



ENTRE PREDICADOS E PROTOCOLOS: *FUROR SANANDI, FORMALISMO PRÁTICO E O CASO A CASO NA CLÍNICA INSTITUCIONAL COM PESSOAS TRANS E TRAVESTITIS*

BETWEEN PREDICATES AND PROTOCOLS: *FUROR SANANDI, PRACTICAL FORMALISM, AND CASE-BY-CASE APPROACHES IN INSTITUTIONAL CLINICAL PRACTICE WITH TRANSGENDER PEOPLE AND TRANSVESTITES*



10.56238/bocav24n73-018

Data de submissão: 29/11/2025

Data de publicação: 29/12/2025

*Luciana Ribeiro Marques*¹

*Priscila Mählmann Muniz Dantas*²

*Pedro Henrique de Souza Boente*³

1

Resumo

O artigo examina impasses éticos da clínica institucional contemporânea com pessoas trans e travestis em um contexto marcado pela proliferação de regimes de nomeação – diagnósticos, categorias identitárias e dispositivos protocolares – fundamentais para a garantia de direitos, mas problemáticas quando se tornam bússolas clínicas exclusivas. A partir da orientação da psicanálise, sustenta-se que o sujeito do inconsciente não se reduz aos predicados que o nomeiam, de modo que nenhum predicado é suficiente para circunscrever o ser. Analisa-se, então, a tensão entre o furor sanandi – excesso de zelo curativo – e o formalismo prático – entendido como a redução da clínica à aplicação de procedimentos –, mostrando como, em contextos institucionais atravessados pela urgência social e por exigências de eficiência, o cuidado pode deslizar para a tutela. Por fim, propõe-se a defesa de um protocolo do caso a caso como operador ético da direção do tratamento. Conclui-se que a psicanálise mantém sua função na clínica institucional quando resiste tanto à lógica da predicação identitária quanto à absolutização dos protocolos, preservando o lugar do sujeito no interior das práticas de saúde.

Palavras-chave: Psicanálise; Clínica Institucional; Pessoas Trans e Travestis; Furor Sanandi; Caso a Caso; Protocolos Clínicos.

Abstract

This article examines ethical dilemmas in contemporary institutional clinical practice with transgender and transvestite people within a context marked by the proliferation of naming regimes – diagnoses, identity categories, and protocol devices – fundamental for guaranteeing rights, but problematic when they become exclusive clinical compasses. From the psychoanalytic principles, it argues that the subject of the unconscious cannot be reduced to the predicates that name it, such that no single predicate is sufficient to circumscribe being. The tension is analyzed between furor sanandi – excessive curative zeal – and practical formalism – understood as the reduction of clinical practice to the application of procedures, showing how, in institutional contexts permeated by social urgency and demands for efficiency, care can slip into tutelage. Finally, it proposes the defense of a case-by-case protocol as an ethical operator for directing treatment. It can be concluded that psychoanalysis maintains its function in institutional clinical practice when it resists both the logic of identity predication and the absolutization of protocols, preserving the subject's place within health practices.

¹ Pós-Doutorada. Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-mail: lucianamarques@icloud.com

² Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicanálise. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-mail: primahlmann@gmail.com

³ Especialista em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ).

E-mail: pedroboente@gmail.com



Keywords: Psychoanalysis; Institutional Clinical Practice; Trans and Travesti People; Furor Sanandi; Case by Case; Clinical Protocols.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a atenção à saúde de pessoas trans e travestis tem ocupado lugar central no debate público, institucional e acadêmico, mobilizando políticas públicas, protocolos clínicos, diretrizes jurídicas e discursos militantes orientados pelo reconhecimento de direitos e pela ampliação do acesso ao cuidado (BENTO, 2006; BENTO & PELÚCIO, 2010; BUTLER, 2004). No Brasil, esse movimento se inscreve de modo particular no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo a partir da institucionalização do Processo Transexualizador, que passou a regular o acesso a procedimentos clínicos e cirúrgicos voltados à afirmação de gênero (BRASIL, 2011, 2013). Se, por um lado, tais avanços representam conquistas históricas no campo dos direitos sociais, por outro, não eliminam os impasses que atravessam a prática cotidiana do cuidado. Como demonstram Freitas et al., a própria implementação de políticas públicas voltadas à saúde de pessoas trans “*não garante acesso imediato ao cuidado, diante da existência de questões multifatoriais que extrapolam os problemas estruturais do sistema de saúde*” (FREITAS et al., 2024, p.8, *tradução nossa*), revelando tensões entre diretrizes normativas, funcionamento institucional e a complexidade das trajetórias subjetivas.

É nesse cenário que se coloca a questão central deste artigo: de que modo sustentar, na clínica institucional, uma prática que não reduza o sujeito aos predicados que o nomeiam, sem, contudo, negar a dimensão política e social que atravessa a experiência trans? A psicanálise, ao operar com a noção de sujeito do inconsciente, introduz uma torção fundamental nesse campo, uma vez que seu objeto não é o indivíduo empírico nem suas identificações sociais, mas aquilo que, na fala, se apresenta como falta, resto e divisão. Como formula Lacan, “o objeto da psicanálise não é o homem; é aquilo que lhe falta” (LACAN, 1966, p.13, *tradução nossa*).

A proliferação contemporânea de discursos sobre a população trans – biomédicos, jurídicos, administrativos, militantes e acadêmicos – tende a organizar o cuidado a partir de categorias estabilizadas, necessárias em diversos registros, mas potencialmente problemáticas quando transpostas de forma direta para o campo clínico. No âmbito biomédico, o diagnóstico e o protocolo funcionam como operadores centrais de ordenação do cuidado, garantindo previsibilidade, segurança e padronização dos procedimentos. No campo das lutas identitárias, por sua vez, os marcadores de gênero operam como instrumentos de reconhecimento coletivo e reivindicação de direitos. Contudo, na clínica assistencial, quando essas lógicas se tornam bússolas exclusivas, corre-se o risco de produzir um efeito paradoxal: aquilo que visa proteger e incluir pode acabar por capturar o sujeito, eclipsando sua singularidade.



A clínica psicanalítica, ao contrário, não se orienta pela atribuição de predicados nem pela adequação a ideais normativos. O sujeito com o qual opera é pontual e evanescente, emergindo nos hiatos do discurso, nos tropeços da linguagem e nas falhas da nomeação. Nesse sentido, expressões como “sujeito trans”, ou até mesmo “clínica trans”, embora politicamente relevantes, não podem ser tomadas como categorias clínicas sem que se produza um deslizamento da ética psicanalítica. Predicados organizam conjuntos, mas o sujeito desse conjunto, no entanto, só se deixa circunscrever por contornos de impossibilidade, como indica Lacan ao afirmar que, no que diz respeito ao ser, “nenhum predicado basta” (LACAN, 1972-1973|1985, p.20).

O problema que se delineia, portanto, é o da captura do sujeito por regimes de saber e de cuidado que, em nome do bem, do direito ou da eficiência, tendem a antecipar o que ele é ou o que deveria desejar. Trata-se de um efeito estrutural dos dispositivos clínicos modernos, tal como analisados por Foucault, para quem o surgimento da clínica não corresponde apenas a um avanço técnico, mas a uma transformação profunda na forma de produzir sujeitos legíveis ao saber médico. Ao introduzir o indivíduo em uma linguagem racional que o precede, a clínica moderna produz um efeito decisivo: o sujeito só pode advir já capturado por um regime de visibilidade e enunciação que define antecipadamente o que pode ser visto, dito e tratado. Para Foucault, “a clínica é esta abertura [...] do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade” (FOUCAULT, 1977|2011, p.XIII), o que implica que o cuidado se organiza menos a partir da singularidade da experiência do sujeito do que da sua inscrição prévia em um campo de saber. É nesse ponto que o cuidado, mesmo quando orientado por intenções de proteção e inclusão, corre o risco de operar como tecnologia de normalização, substituindo a escuta pelo enquadramento e a singularidade pela inteligibilidade normativa.

Essa antecipação se manifesta tanto no *furor sanandi* – o excesso de zelo curativo que busca responder rapidamente ao sofrimento – quanto no formalismo prático – no qual a clínica se reduz à aplicação de protocolos e diretrizes –, esvaziando o lugar da escuta. Em contextos institucionais atravessados pela urgência social e pela pressão por resultados, esse risco se intensifica, exigindo uma vigilância ética constante. É porque este artigo parte da experiência clínica, institucional e de pesquisa desenvolvida em um serviço ambulatorial universitário interdisciplinar voltado ao cuidado integral de pessoas trans e travestis, que viemos sustentar a seguinte tese: a psicanálise só mantém sua função ética na clínica institucional quando resiste tanto à lógica da predicação identitária quanto à absolutização dos protocolos, afirmindo o caso a caso como operador fundamental da direção do tratamento. Tal posição não implica a recusa das políticas públicas, dos protocolos clínicos ou das lutas por reconhecimento, mas a recusa de que esses dispositivos ocupem o lugar de orientação do ato analítico.

Ao articular três eixos – a crítica aos predicados identitários como fundamento clínico, a análise do *furor sanandi* e do formalismo prático nas instituições de saúde, e a defesa de um protocolo do caso a caso



–, o texto busca contribuir para o debate contemporâneo sobre a clínica com pessoas trans, propondo uma leitura ética que recoloca o sujeito do inconsciente no centro do cuidado. Trata-se, assim, de sustentar uma prática que não responda ao sofrimento com garantias universais, mas que se autorize a trabalhar no ponto em que o saber falha, condição mesma para que o desejo possa advir.

2 LÁ ONDE OS PREDICADOS FALHAM: O SUJEITO DO INCONSCIENTE E OS LIMITES DA NOMEAÇÃO

A clínica com pessoas trans e travestis hoje se instala num campo em que nomear deixou de ser apenas descrever. Diagnósticos, categorias identitárias, marcadores administrativos e classificações jurídicas organizam o acesso a direitos, modulam fluxos de atendimento e estabelecem critérios de elegibilidade, funcionando como engrenagens indispensáveis das políticas públicas e da gestão institucional (MARQUES, MÄHLMANN & LOPEZ, 2025). O impasse começa quando esses operadores – necessários em suas esferas – passam a ser importados como se também fossem bússolas clínicas.

É justamente aí que a psicanálise se vê convocada a sustentar uma ruptura: seu ponto de partida não é o indivíduo empiricamente identificável nem a identidade socialmente reconhecida, mas o sujeito do inconsciente, que só se manifesta nos intervalos da fala e nas falhas do discurso. Como afirma Lacan:

Ali onde eu penso, eu não sei o que sei, e não é ali onde eu discurso, ali onde eu articulo, que se produz esse anúncio que é aquele de meu ser de ser, do *eu sou* do ser, é nos tropeços, nos intervalos desse discurso que eu encontro meu estatuto de sujeito (LACAN 1964-1965| 2006, p.411).

Trata-se de um sujeito que não pode ser apreendido por atributos ou predicados, pois ele só aparece como efeito do significante, no intervalo que escapa à nomeação. Nesse sentido, Lacan afirmará mais tarde que, no que diz respeito ao ser, “nada pode ser dito senão por contornos e impasses” (LACAN, 1972-1973|1985, p.20). O sujeito, tal como Lacan o formaliza, não é um ser que acumula propriedades, mas uma emergência descontínua do significante, pontual e evanescente. Essa concepção exige separar com rigor aquilo que frequentemente se confunde no cotidiano institucional: predicado, estrutura e sujeito. Os predicados atribuem propriedades, formam conjuntos e estabilizam inteligibilidades – desempenhando papel crucial na esfera social e política. Contudo, quando se trata do sujeito, isto é, do ponto a partir do qual a clínica psicanalítica se decide, a predicação encontra seu limite estrutural. O que a psicanálise nomeia como sujeito não se esgota no que se diz dele, nem se deixa capturar pelas categorias que o qualificam.

Essa inadequação não é um detalhe, é a própria lógica do inconsciente. Lacan recoloca a instabilidade sujeito↔predicado como problema, ao mostrar que não há equivalência segura entre o termo de quem se fala e o atributo que se lhe cola (LACAN, 1974-1975). A distinção entre sujeito do enunciado – o eu de quem se fala – e sujeito da enunciação – o lugar de onde se fala – torna essa fissura ainda mais



decisiva: aquilo que se diz do sujeito jamais coincide com o ponto em que ele fala. Daí a força da retomada de Freud formulada por Lacan ao “isso fala”: não se trata da emergência de um ser que se expressa, nem de uma identidade que se afirma, mas de uma enunciação que se produz para além de qualquer atributo estável. Como Lacan adverte, trata-se do modelo do inconsciente como um “isso fala [...] com a condição de que nos apercebamos bem que não se trata de nenhum ser” (LACAN, 1966-1967|2008, p.132). O que se enuncia não é um sujeito substancial, mas um efeito da linguagem, irredutível às identidades disponíveis e aos predicados que pretendem descrevê-lo.

As consequências clínicas são diretas. Ao pensarmos um “sujeito trans”, embora politicamente operatório, torna-se problemático quando funciona como chave interpretativa antecipada do sofrimento. Nesse deslizamento, o predicado identitário deixa de ser nome e passa a operar como causa; torna-se essência. A psicanálise faz exatamente o contrário, não pergunta o que a identidade explica, mas como cada sujeito se serve dos significantes que o nomeiam, e de que modo esses significantes se articulam ao desejo e ao gozo (LACAN, 1960|1998). O risco, quando a mediação falha, é a substituição do trabalho do caso por uma leitura pronta.

5

É aqui que convém insistir: estrutura clínica não é predicado identitário. Neurose e psicose não nomeiam grupos sociais nem traços empíricos; designam modos de relação com o Outro, com a falta e com o gozo (LACAN, 1957-1958|1999). Quando a estrutura é tratada como um atributo – um tipo de sujeito –, a direção do tratamento perde sua função ética e vira ontologia disfarçada: passa-se a falar *sobre* o sujeito em vez de sustentar o lugar em que ele possa falar. Trata-se de uma ontologia disfarçada porque aquilo que deveria operar como referência lógica da direção do tratamento passa a funcionar como definição do ser, antecipando o sujeito e silenciando sua enunciação.

Essa confusão não é apenas teórica, ela comparece no cotidiano institucional como obstáculo à escuta: “Não sei conduzir porque é trans”; “não sou especialista em transexualidade”; “Édipo todo mundo tem, o que importa aqui é a transição”. Esses são alguns exemplos de enunciados frequentes que tomam o predicado como explicação, fazendo dele um filtro que antecede o encontro com o sujeito. O efeito é previsível, aquilo que na fala excede a categoria – e é precisamente isso que interessa à clínica – tende a ser silenciado. Como observa Foucault, a produção do discurso é “controlada, selecionada, organizada e redistribuída” por procedimentos que visam dominar aquilo que neles escapa à ordem estabelecida (FOUCAULT, 1971|1996, pp.8-9).

Em março de 2025, a deputada federal Erika Hilton apresentou o Projeto de Lei nº 130/2025, propondo uma Política Nacional de Saúde Mental para pessoas trans e travestis. Entre os objetivos do texto, lê-se a necessidade de “sensibilizar os profissionais de saúde de que o processo psicoterapêutico de pessoas trans e travestis não se restringe à tomada de decisão sobre cirurgias de redesignação sexual” (BRASIL, 2025). O que esse gesto legislativo evidencia não é apenas uma lacuna de formação, é a cristalização



institucional de uma leitura que faz da transição o destino obrigatório da clínica, como se a experiência trans pudesse ser reduzida a uma decisão técnica sobre o corpo. Ter sido necessário normatizar essa obviedade mostra o quanto o regime de nomeação – mesmo quando bem-intencionado – continua organizando o que pode ou não ser ouvido.

A psicanálise introduz aqui uma torção ética: recusar a identidade como bússola clínica não significa negar a violência estrutural, a exclusão ou os efeitos sociais do reconhecimento; significa recusar que tais marcadores funcionem como resposta antecipada ao enigma do desejo. A conversão ética radical exigida pela experiência analítica depende desse ponto: sustentar um lugar de não saber frente ao sujeito para que algo de seu desejo possa advir (LACAN, 1964-1965|2006). Nesse sentido, a crítica não se dirige às políticas de identidade, mas à sua absolutização no interior da clínica, quando o cuidado passa a reconhecer o sujeito apenas como portador de um traço.

Sustentar a clínica lá onde os predicados falham é, portanto, operar no ponto em que o saber classificatório vacila e a nomeação não dá conta. É nesse furo – e não na adesão a categorias prontas – que o sujeito pode advir como falante singular. Essa exigência coloca a clínica institucional diante de uma questão que será decisiva adiante: quando o sofrimento convoca respostas, quando a urgência pressiona por garantias e quando a instituição exige procedimentos, que lugar resta para o ato clínico orientado pela escuta psicanalítica?

3 ENTRE O *FUROR SANANDI* E O FORMALISMO PRÁTICO: A ÉTICA DA PSICANÁLISE NA CLÍNICA INSTITUCIONAL

A expressão *furor sanandi* não é um conceito originário da psicanálise. Ela circula no campo médico anterior a Freud como forma crítica de nomear o excesso de zelo terapêutico – o impulso de curar a qualquer custo – frequentemente associado à produção de efeitos iatrogênicos e à desconsideração da experiência singular do paciente. No contexto da medicina do século XIX, seu uso se inscreve como reação ao interventionismo crescente que, em nome da eficácia e do progresso técnico, tendia a subordinar o corpo e o sofrimento a uma lógica de normalização, fazendo da eliminação do sintoma uma finalidade em si mesma.

Do ponto de vista etimológico, *furor sanandi* conjuga o termo latino *furor* – que designa fúria, delírio, arrebatamento ou perda da medida – ao gerúndio do verbo *sanare*, curar, no genitivo de finalidade *sanandi*, indicando um ímpeto dirigido à cura. Segundo o *Dictionnaire Latin-Français* de Félix Gaffiot, *furor* remete a um estado de excitação excessiva, frequentemente associado à suspensão do juízo racional, ao passo que *sanare* refere-se ao ato de restaurar a saúde ou sanar uma afecção (GAFFIOT, 1934). A expressão pode, assim, ser traduzida como “fúria de curar”, sublinhando não a cura em si, mas o excesso que a desfigura. É nesse sentido que, no uso médico moderno, *furor sanandi* passa a funcionar como



operador crítico do intervencionismo terapêutico, indicando o ponto em que o cuidado perde sua medida e se converte em fonte de dano (LITTRÉ, 1873).

Freud herda essa problemática e a desloca decisivamente para o campo da clínica psicanalítica. Ao longo de seus textos técnicos, o fundador da psicanálise insiste que o desejo de curar pode funcionar como resistência do analista, conduzindo-o a intervenções precipitadas, a conselhos, a medidas sugestivas ou à tentativa de abreviar o tempo necessário ao trabalho psíquico (FREUD, 1912; 1913). O problema do excesso terapêutico deixa, assim, de ser apenas uma questão de técnica para se tornar uma questão ética, pois ele diz respeito à posição subjetiva daquele que conduz o tratamento e ao lugar que ocupa frente ao desejo do paciente.

Lacan radicaliza essa crítica ao retomar explicitamente a noção *furor sanandi* e situá-la como um risco estrutural da prática clínica. Ao advertir para os efeitos do desejo de fazer o bem quando este não é interrogado, Lacan mostra como tal impulso tende a se impor como imperativo moral, autorizando o clínico a saber antecipadamente o que o outro deveria querer (LACAN, 1953|1998). Nessa perspectiva, o *furor sanandi* deixa de ser concebido como um excesso ocasional ou um desvio individual e passa a constituir um ponto permanente de vigilância da ética da psicanálise, especialmente em contextos institucionais atravessados pela urgência social e pela pressão por respostas eficazes.

É a partir dessa herança crítica – que atravessa a medicina, Freud e Lacan – que se torna possível interrogar os efeitos contemporâneos do *furor sanandi* na clínica institucional. Quando o cuidado se orienta prioritariamente pela promessa de proteção, garantia ou resolução imediata do sofrimento, corre-se o risco de deslocar a clínica do campo da ética para o da tutela, transformando o sujeito em objeto de protocolos e ideais de bem-estar. Tal risco se intensifica nos dispositivos interdisciplinares e nos serviços públicos de saúde, onde o imperativo de responder à vulnerabilidade social pode facilmente eclipsar a escuta da singularidade. É nesse ponto que a psicanálise se vê convocada a sustentar um desvio: não a recusa do cuidado, mas a recusa de que o cuidado se converta em imposição moral ou em formulação de demanda em nome do sujeito.

A reflexão desenvolvida neste artigo parte da experiência de um espaço institucional no qual diferentes discursos – médico, psiquiátrico, de enfermagem, do serviço social, da gestão pública, da militância, da formação acadêmica e da pesquisa – coexistem e se articulam em torno da assistência a pessoas trans e travestis. Entre esses discursos, o discurso psicanalítico ocupa um lugar específico, que não se confunde com nenhum dos outros e que, precisamente por isso, introduz tensões éticas decisivas no campo do cuidado.

É nesse entre – entre o excesso de zelo curativo – *furor sanandi* – e a tendência à normatização das práticas por meio de procedimentos padronizados – *formalismo prático* – que se localiza a contribuição específica da psicanálise na clínica institucional. O Serviço em questão atende majoritariamente pessoas



marcadas por trajetórias de exclusão social, desemprego, precariedade habitacional, violência familiar e reiteradas experiências de agressão institucional. Os dados produzidos no próprio Serviço evidenciam desigualdades estruturais significativas relacionadas à raça/cor, território, escolaridade e tempo de espera para atendimento, além de índices elevados de sofrimento psíquico. Conforme demonstrado por Marques, Mählmann e Lopez, num recorte inicial de 210 usuários atendidos, **26,8% dos usuários relataram tentativas de suicídio, 19,5% ideação suicida e 18,3% automutilação**, indicando que o sofrimento psíquico não pode ser compreendido de forma dissociada das condições sociais e institucionais que o produzem (MARQUES, MÄHLMANN & LOPEZ, 2025, p.12). Os autores ressaltam ainda que a violência simbólica e material persiste inclusive no interior das instituições de cuidado, revelando tensões entre a ampliação formal do acesso e a efetiva possibilidade de sustentação clínica das trajetórias singulares.

Diante desse cenário, a resposta institucional tende a se organizar em torno do *bem-fazer*: agilizar fluxos, garantir acessos, proteger sujeitos vulneráveis e oferecer soluções rápidas para impasses clínicos e administrativos. Trata-se de uma reação compreensível e, em muitos casos, necessária. **No entanto, é justamente aí que se abre o risco do *furor sanandi*** que, como nos lembra Lacan, citando a história como mestra, é sempre em nome do maior bem do paciente que se comete o pior (LACAN, 1971-1972|2003). Essa premissa é um eixo para pensar a nossa prática, pois toda vez que sabemos demais o que o outro deveria querer, a ética vacila.

Quando o sujeito é tomado como alguém a ser tutelado – incapaz de decidir, desejar ou responder por sua própria posição –, instaura-se uma ética da tutela, na qual se decide por ele, em seu nome e, não raramente, contra ele. Nessa lógica, o sujeito deixa de ser sujeito do desejo para tornar-se objeto de protocolos, fluxos e garantias institucionais. A psicanálise não está imune a esse risco. Lacan aprofunda essa crítica ao mostrar como o excesso de zelo se infiltra no próprio desejo de curar:

Se se admite a cura como um benefício adicional do tratamento psicanalítico, o analista se previne contra qualquer abuso do desejo de curar, e o faz de maneira tão habitual que, ao simples fato de uma inovação motivar-se neste, inquieta-se em seu foro íntimo, ou reage no foro do grupo com: ‘será que isso ainda é psicanálise?’ (LACAN, 1953|1998, p. 165).

A ética da psicanálise se orienta por uma lógica distinta a do desejo de curar. Conforme Lacan formula em *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais*, o desejo constitui o ponto nodal no qual a pulsão do inconsciente se articula à realidade sexual: um resto metonímico que escapa à demanda, descrito como “elemento insatisfeito, impossível, desconhecido” (LACAN, 1964|2006), e que orienta a ética analítica. É nesse contexto que se impõe a distinção entre *bem-fazer* e *bem-dizer*. No *bem-fazer*, o agente é o profissional, a equipe, o protocolo ou o ideal de cuidado; no *bem-dizer*, o que está em jogo é a possibilidade de que o sujeito possa dizer algo de sua verdade, sobretudo aquilo que não se deixa enquadrar pela norma, pela categoria ou pelo ideal. A ética da psicanálise não é adaptativa nem normativa, ela se



sustenta na possibilidade de que um sujeito se implique naquilo que o faz sofrer e, a partir daí, invente uma solução própria.

Essa posição ética implica um rigor específico. Desde os anos 1950, Lacan advertia que a prática analítica não pode ser definida por formalismos práticos. Não é a existência de um *setting*, de um divã ou de um ritual técnico que garante a operação analítica, mas a posição sustentada no ato. Formulações rígidas, diz ele, produzem apenas um formalismo prático – isto é, um conjunto de regras sobre o que se faz ou não se faz – que deixa intacto o essencial da clínica, o lugar de onde se fala. Freud já expressava preocupação semelhante em seus textos técnicos, ao recusar a formulação de prescrições universais. Temia que suas recomendações fossem tomadas como normas inflexíveis, reduzindo a psicanálise a um conjunto de procedimentos padronizados. Advertência que Lacan retoma ao salientar que, quando tais orientações são aplicadas como regras gerais, mesmo que revestidas de linguagem psicanalítica, o resultado “não pode ser senão psicoterapia” (LACAN, 1953|1998, p.326).

Esse risco reaparece com força na clínica institucional. Quando o ato clínico se orienta prioritariamente pelo que é para fazer, pelo que funciona ou pelo que é garantido, a prática se desloca do campo da ética para o do formalismo. Lacan observa, nesse sentido, que o analista deve interrogar continuamente a posição de onde fala, pois não é o conteúdo do enunciado, mas o lugar de enunciação que define se ali opera o discurso analítico ou apenas a rotina institucional. O perigo é que o profissional se torne “mais ludibriado que ludibriador” (LACAN, 1953|1998, p.332), acreditando agir eticamente enquanto repete, sem perceber, a lógica das práticas instituídas. Em ambulatórios complexos, a tentação do bem garantido é constante: criar protocolos universais, alinhar discursos, equalizar procedimentos. No entanto, se a psicanálise mantém algum lugar nesse cenário, é precisamente por seu desvio – pela recusa em tomar o sujeito como destinatário de garantias e pelo esforço contínuo de não transformar o cuidado em tutela.

A articulação entre clínica e pesquisa reforça essa posição. No Serviço em questão a pesquisa não toma os usuários como objetos de observação, mas parte das falas, dos impasses e das trajetórias singulares dos sujeitos:

Vão me dizer – de qualquer modo, a psicanálise é uma pesquisa. Muito bem, permitam-me enunciar, e mesmo me dirigindo aos poderes públicos para quem este termo pesquisa, há algum tempo, parece servir de senha para muitas coisas – o termo pesquisa, eu desconfio dele. Para mim, jamais me considerei um pesquisador. Como disse uma vez Picasso, para o maior escândalo das pessoas que o rodeavam – *Eu não procuro, acho* (LACAN, 1964|2006, p. 14).

Os dados produzidos emergem dessas experiências e só adquirem sentido quando retornam ao Serviço, orientando práticas clínicas e contribuindo para a formulação de políticas públicas. Produzir indicadores específicos para a população trans não é apenas quantificar demandas, mas produzir existência



e visibilidade, tensionando a gestão pública a partir de um compromisso ético com a equidade no sistema de saúde.

Algumas vinhetas clínicas podem nos ajudar a ilustrar esses impasses. Em um primeiro caso, uma usuária acompanhada pela equipe de saúde mental solicitou laudo para cirurgia. A analista não acolheu nem recusou a demanda, sustentando a necessidade de retomá-la no tempo do caso. No entanto, outra profissional, movida pelo impulso de garantir o bem, prometeu acelerar o processo por meio da soma de tempos de acompanhamento de diferentes serviços, contrariando inclusive diretrizes institucionais. A analista, que não prometeu nem antecipou o laudo, passou a ocupar o lugar de obstáculo, ilustrando como o *furor sanandi* pode produzir deslocamentos transferenciais significativos diante de um trabalho analítico em andamento.

Em outro caso, uma paciente realizou cirurgia de redesignação durante um surto psicótico, sem acompanhamento adequado. No pós-operatório, diante de perdas significativas e sem lembrar das orientações médicas básicas, desenvolveu complicações graves. A urgência acumulada – anos de espera, pressão institucional e desejo de garantir direitos – funcionou como empuxo ao ato, como se a cirurgia pudesse, por si só, responder ao sofrimento. O corpo, contudo, não se deixa governar por decreto.

Há também situações em que a intervenção corporal pode operar como elemento de estabilização, desde que não seja tomada como resposta universal. Em determinados casos, a hormonização ou a cirurgia funcionaram como bordas possíveis frente a um real do corpo insuportável, permitindo alguma organização subjetiva. Diante desses poucos exemplos, já é possível verificar que o critério não pode ser a norma nem o ideal, mas a leitura singular do caso.

Mais ainda! Essas situações evidenciam que a psicanálise não vem acrescentar mais um protocolo nem oferecer uma técnica especializada para uma população específica. Sua contribuição consiste em recolocar a pergunta ética fundamental: de que lugar se escuta aquele que procura o Serviço? Do lugar do profissional que quer o bem, mesmo à custa de antecipações e garantias? Do lugar da instituição pressionada por números e fluxos? Ou do lugar – necessariamente incômodo – daquele que sustenta o furo do desejo, o mal-entendido e aquilo que não se encaixa?

A ética da psicanálise não renuncia ao sujeito do inconsciente – dividido, atravessado pela linguagem, irredutível ao diagnóstico, à identidade ou à norma. Como lembra Lacan, o trabalho do analista implica um ato de *décharité*: um gesto ético que subverte a lógica da caridade e do bem-fazer, na medida em que o analista renuncia à posição de benfeitor e consente em ocupar o lugar de dejeto, recusando a tutela e a antecipação da demanda para sustentar aquilo que do sujeito só pode advir como resto, como real (LACAN, 1974|2003). Entre o *furor sanandi* e o formalismo prático, a psicanálise só mantém sua função quando sustenta essa ética singular e não universalizável – a ética do desejo, e, portanto, de cada sujeito.



4 POR UM PROTOCOLO DO CASO A CASO: A DIREÇÃO DO TRATAMENTO ENTRE NORMA E SINGULARIDADE

A crítica ao *furor sanandi* e ao formalismo prático não conduz, neste trabalho, à recusa dos protocolos clínicos nem à negação das diretrizes institucionais que organizam o cuidado em saúde. Ao contrário, parte-se do reconhecimento de que tais dispositivos são indispensáveis para garantir acesso, segurança e equidade, sobretudo em serviços públicos que lidam com grande volume de demandas e com populações historicamente excluídas. A questão central não reside, portanto, na existência dos protocolos, mas no lugar que eles ocupam na direção do tratamento.

No âmbito da psicanálise, a noção de **caso a caso** não se confunde com improvisação, arbitrariedade ou ausência de rigor. Lacan adverte que, quando a formalização teórica é confundida com um formalismo prático, perde-se o essencial da prática analítica (LACAN, 1946|1998). O caso a caso designa precisamente a recusa dessa confusão.

Este subtítulo se inicia com a descrição de um protocolo de sucesso, algo que funciona muito bem há mais de meio século: “Dois hambúrgueres, alface, queijo, molho especial, cebola, picles e um pão com gergelim”. Para quem não está familiarizado, trata-se de um dos protocolos mais bem-sucedidos da história contemporânea, que ainda admite certa personalização, como o pedido “sem picles, por favor”.

Por que questionar os protocolos se eles funcionam bem há tanto tempo? Talvez justamente porque funcionam bem demais. Eles operam com a promessa de eficiência, previsibilidade e controle – isto é, com a oferta de uma ordem estável e replicável. É precisamente aí que, no campo clínico, algo entra em atrito: a clínica não se reduz ao previsível e, muitas vezes, é atravessada por aquilo que escapa à norma. Um protocolo é feito para padronizar; a psicanálise, para escutar o que se desvia. E é nesse desvio que o sujeito aparece.

No Serviço ambulatorial em que atuamos os protocolos clínicos têm função nobre: padronizam procedimentos, organizam fluxos e elevam a segurança do cuidado. No entanto, quando tomados como bússola única, correm o risco de tamponar aquilo que resiste à padronização: o desejo. Em contrapartida, a orientação psicanalítica apostava, rigorosamente, no caso a caso: “um rigor [...] ético, fora do qual qualquer tratamento, mesmo recheado de conhecimentos psicanalíticos” (LACAN, 1946|1998, p. 326), não é psicanálise.

Daí a importância, tal como apontado anteriormente, de distinguir o bem-fazer – tão próprio ao funcionamento de equipes e instituições – do bem-dizer, que constitui uma aposta ética específica da psicanálise: “Resulta daí que a análise inverte o preceito; bem-fazer e deixar falar, a ponto de o bem-dizer satis-fazer, já que é somente ao mais-a-dizer que corresponde o não-bastante” (LACAN, 1971-1972|2003, p. 540). O bem-dizer não é benevolência, é operar com a palavra de modo a convocar o sujeito a se dizer.



Outra vinheta clínica pode ajudar a ilustrar o desencontro possível entre a oferta protocolar e o tempo subjetivo. Uma usuária que aguardara por mais de uma década a cirurgia de redesignação entrou em intensa angústia quando a oferta finalmente se apresentou. As boas novas, transmitidas por um integrante da equipe, de modo paradoxalmente precipitado, revelaram a distância entre o desejo e a demanda. Nesse ponto, vale a advertência de Lacan, formulada no contexto da medicina:

Responder o que se demanda a cura não é responder absolutamente nada, pois, a cada vez que a tarefa precisa que deve ser realizada com urgência não corresponder pura e simplesmente a uma possibilidade que se encontre ao alcance da mão, algo fica fora do campo daquilo que é modificado pelo benefício terapêutico, algo que se mantém constante e que todo médico sabe bem de que se trata (LACAN, 1966|2001, p. 5).

Pode-se evocar também o caso de Tauana⁴, emblemático por mostrar o avesso do protocolo tomado como premissa, quando uma agente comunitária de saúde, ao bater em sua porta, encontra a faxineira da casa – também usuária da clínica da família – e revela informações sigilosas, produzindo como efeito a expulsão de Tauana de casa.

Tauana foi usuária de cocaína por vários anos e, em uma fase de uso muito intenso, em que vivia “louca” (sic), fez uma escolha importante. Em uma ocasião em que voltava de uma noite de uso acentuado, deparou-se com um vendedor de livros de rua que, entre os vários exemplares, dispunha de um voltado à programação de computadores. Interessou-se pelo livro, mas já não tinha qualquer dinheiro para comprá-lo; foi então, que ofereceu o resto da cocaína que ainda tinha como moeda de troca pela obra que queria. A proposta foi aceita e a troca acabou se estendendo para além daquele episódio. Tauana largou o vício da cocaína para trabalhar como programadora de jogos *freelancer*. Nesse processo, pôde produzir o próprio dinheiro, investir em equipamentos melhores e em mais conhecimento. O seu trabalho como *freelancer* acontecia, não lhe faltavam pedidos de clientes.

Com a expulsão de casa, ordenada por seu pai adotivo – catalisada pela atitude atroz e antiética da agente comunitária –, Tauana voltou ao uso da cocaína para suportar a prostituição, que foi o único meio que viu para conseguir o dinheiro necessário à sobrevivência nas ruas, onde viveu por alguns meses. Retornou à casa do pai em apelo ao sofrimento vivido por tanto tempo na rua e foi aceita de volta. Como se nada de mais tivesse acontecido, o pai lhe diz: “E o Botafogo, hein?!” (sic). Ao voltar para casa, toma ciência de que seu pai havia vendido seu computador e quase todas as suas roupas. Ela retorna ao Serviço depois de todo esse tempo em que esteve afastada, revoltada por ter voltado à cocaína, com a promessa para si mesma de que cessaria novamente o uso – promessa que cumpriu rapidamente.

Diante da gravidade de toda a situação, foi oferecida, por parte da equipe do serviço social, a possibilidade de intervenções junto ao pai, na tentativa de conciliação e/ou entendimento em relação à

⁴ Nome fictício para preservar o sigilo dos casos.



situação da filha. Do mesmo modo, também foi ofertada a intervenção junto à agente comunitária, cuja conduta evidenciava a violação dos requisitos éticos mais básicos da assistência em saúde. No entanto, Tauana declinou da oferta: alegando só querer paz agora que estava fora da situação de rua, não desejava qualquer chance de maiores complicações, deixando clara a sua posição quanto a qualquer tipo de mediação.

Essas cenas recolocam a pergunta: até que ponto cada pessoa atendida em um ambulatório voltado ao cuidado integral da população trans e travesti preencheria um *check* em todas as possibilidades de assistência que o Serviço oferece? Nos protocolos de recepção de cada especialidade clínica que compõe o Serviço, pergunta-se sempre o que o sujeito deseja, e as respostas variam: há quem queira apenas hormonização; quem queira mastectomia; quem deseje a cirurgia de redesignação sexual; e há também quem a tema profundamente, nomeando-a como mutilação. Alguns buscam a cirurgia vocal; outros preferem apenas o acompanhamento fonoaudiológico; e há ainda quem não queira – ou, pelo menos, não queira ainda – qualquer alteração corporal, mas sim uma escuta analítica em um ambiente seguro e preparado. Seguro, aqui, não é uma palavra abstrata, ela se impõe diante das inúmeras atrocidades, violências e constrangimentos que muitos usuários já vivenciaram no contato com profissionais de saúde ao longo de suas vidas. Quanto ao preparo, trata-se menos de oferecer uma grande variedade de procedimentos e mais de sustentar uma abertura à escuta singular de cada sujeito, tal como na boa e velha prática da clínica psicanalítica. É essa escuta que viabiliza o advir do desejo, permitindo que as demandas inicialmente formuladas possam ser revisitadas ao longo do acompanhamento.

Na especificidade do atendimento nesse Serviço, mais do que manejar um conjunto de procedimentos, trata-se de sustentar uma posição ética, oferecendo uma escuta que vá além do óbvio, além das fichas de cadastro, dos protocolos e das categorias que organizam qualquer serviço. A transexualidade, nesse sentido, comparece como um traço do sujeito e não se situa fora das estruturas clínicas já conhecidas. É essa abertura que permite que alguém, muitas vezes capturado por imperativos identitários ou confundido pela massificação das bandeiras, possa iniciar um percurso em direção a si mesmo, fazendo emergir algo que não é da ordem do coletivo, mas do singular. Consideremos, então, mais algumas vinhetas clínicas.

Roberto realizou uma transição de mulher lésbica para homem heterossexual e passou a se questionar, em parte, sobre a sua escolha. Ao perceber a brusca queda nas possibilidades de flerte e de relações afetivo-sexuais, comprehende que as mulheres lésbicas que antes o desejavam como mulher lésbica agora não o desejam mais, pois ele é um homem. As mulheres heterossexuais, por sua vez, não se aproximam porque ele é um homem trans. Esse deslocamento inesperado – que não diz respeito apenas a um mercado de afetos, mas a uma reconfiguração do lugar simbólico e do modo como o corpo é lido no laço – o convocou a revisitar a própria posição de desejo.



Breno é um homem trans que chegou ao Serviço com grande parte de sua transição já realizada: anos de hormonização e mastectomia. Optou por manter seu aparelho reprodutor com a possibilidade futura de gestar. Sua procura pelo Serviço centra-se no acompanhamento endócrino e, principalmente, na saúde mental. Em seus relatos, sublinha que muitos profissionais tinham dificuldade de tirar o foco da questão trans. O que Breno quer é ser tratado como sujeito – um sujeito entre outros, com impasses variados, e não como um recorte identitário. Breno também trouxe uma questão sobre oscilações hormonais: utiliza uma ampola de Durateston a cada 21 dias, conforme prescrição endócrina baseada na bula. No entanto, antes do ciclo terminar, percebia maior vulnerabilidade emocional. Críticas que, sob o auge do efeito hormonal, não o afetavam, tornavam-se devastadoras ao final da meia-vida do hormônio, mostrando que nenhum protocolo farmacológico substitui a leitura do caso singular.

Artemis apresenta delírios persecutórios e erotomaníacos de forte intensidade. Há muito afastada do CAPS, continuava utilizando a mesma prescrição de anos atrás, em dosagem que nitidamente já não a estabilizava. Na análise, foi regularmente ouvida e lhe foi indicado procurar o CAPS próximo de sua casa para ter mais um ponto de apoio. A indicação teve efeito positivo: reconheceu a necessidade de reforço medicamentoso e aceitou buscar esse cuidado. Ainda assim, fez questão de manter seu espaço junto à saúde mental do Serviço, insistindo que ali era o único lugar onde conseguia dizer o que lhe acontecia: “com os outros não falo, porque vão achar que eu sou maluca” (sic). Artemis e sua amiga Flora frequentam o Serviço juntas e frequentemente surgem uma no discurso da outra. Enquanto Flora aguarda ansiosamente pela cirurgia de transgenitalização, Artemis diz querer todos os acompanhamentos do Serviço, exceto a “mutilação” (sic), como nomeia a cirurgia. A diferença entre essas posições, seus tempos e seus desejos mostram, uma vez mais, que não há protocolo capaz de dar conta da singularidade. Cada uma responde de modo distinto à oferta institucional, evidenciando que, quando se trata do sujeito, não existe linha reta nem sequência pré-determinada.

Essa constatação permite retomar o ponto inicial deste artigo: enquanto um protocolo se propõe à padronização visando à otimização – e, quem sabe, até mesmo à perfeição – dos procedimentos, a psicanálise se orienta por escutar justamente aquilo que escapa, aquilo que se desvia. É nesse desvio que o sujeito aparece, e é nele que qualquer direção de tratamento encontra a sua bússola. Ainda assim, não se trata de abolir os protocolos. Eles permanecem – porque são fundamentais para organizar o cuidado e orientar procedimentos –, mas permanecem como ferramenta, e não como norte. O norte, defendemos, deve ser sempre o caso a caso.

É nesse ponto que a orientação psicanalítica encontra sua formulação mais precisa: “a psicanálise é subordinada ao que há de mais particular ao sujeito” e, por essa razão, “deve ser colocada em questão a cada caso” (LACAN, 1953|1998, p. 360). Não se trata, portanto, de aplicar um saber previamente



constituído, mas de sustentar uma prática que se autoriza apenas da singularidade que cada encontro clínico faz surgir.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido ao longo deste artigo buscou sustentar uma posição clínica e ética diante dos impasses contemporâneos da atenção à saúde de pessoas trans e travestis no contexto institucional. Partindo da crítica às operações de predicação que organizam diversos campos, procurou-se demonstrar como a transposição acrítica dessas categorias para o interior da clínica psicanalítica pode produzir efeitos de captura do sujeito, silenciando aquilo que, em sua fala, excede qualquer nomeação identitária. A psicanálise, ao operar com um sujeito que não se confunde com o indivíduo nem com seus predicados, oferece ferramentas conceituais e éticas decisivas para enfrentar tais impasses.

Ao situar o sujeito como efeito da linguagem, o texto evidencia que não há predicado capaz de esgotar a experiência subjetiva. Essa constatação não implica a negação da relevância política das identidades nem das lutas por reconhecimento que atravessam a história da população trans. Ao contrário, reconhece-se que tais categorias são indispensáveis no plano jurídico e social. O ponto crítico, contudo, reside em evitar que elas sejam convertidas em chaves explicativas do sofrimento psíquico ou em bússolas clínicas universais. A ética da psicanálise exige sustentar um espaço em que o sujeito não seja antecipadamente sabido, mesmo – e sobretudo – quando o discurso social demanda respostas claras, rápidas e normatizadas.

Nesse contexto, a análise do *furor sanandi* e do formalismo prático permitiu evidenciar os riscos éticos que emergem quando o cuidado se orienta prioritariamente pelo ideal do bem ou pela aplicação de procedimentos. A clínica institucional, atravessada por urgências sociais legítimas, encontra-se particularmente exposta a esses riscos. A tentação de salvar, reparar ou garantir pode conduzir a decisões precipitadas que, longe de aliviar o sofrimento, produzem efeitos iatrogênicos e reforçam posições de tutela. A contribuição da psicanálise, nesse cenário, não consiste em oferecer mais uma técnica ou especialidade, mas em sustentar uma posição de desvio, um lugar a partir do qual se interroga de onde se decide e a quem serve determinada intervenção.

A proposta do caso a caso, desenvolvida neste trabalho, não se apresenta como alternativa à organização institucional do cuidado, tampouco como recusa dos protocolos clínicos. Trata-se, antes, de recolocar tais dispositivos em seu estatuto de instrumentos, subordinados à direção do tratamento e não elevados à condição de garantias. O caso a caso designa um rigor próprio da prática analítica, que se orienta pela singularidade da posição do sujeito frente ao desejo, ao corpo e ao gozo. Esse rigor exige tempo, escuta e, frequentemente, a sustentação do impasse, elementos que entram em tensão com a lógica da urgência e



da mensuração, mas que são indispensáveis para que o cuidado não se transforme em mera gestão de procedimentos.

A diversidade das trajetórias, das demandas e das respostas subjetivas à oferta institucional evidencia que não há linearidade nem sequência pré-determinada no percurso clínico. A mesma intervenção pode operar como estabilização para um sujeito e como fonte de angústia para outro, assim como a mesma demanda pode encobrir desejos radicalmente distintos. Reconhecer essa heterogeneidade não enfraquece o cuidado, mas o qualifica, ao impedir que a singularidade seja sacrificada em nome da norma, do ideal ou da inclusão formal.

Do ponto de vista institucional, sustentar o caso a caso implica também uma redefinição da formação profissional e da gestão do cuidado. Preparar-se para atender pessoas trans não se resume à aquisição de saberes especializados sobre identidades de gênero, mas exige uma posição ética que recuse a antecipação de respostas e a redução do sujeito ao que dele se espera. Essa orientação tem efeitos diretos na organização das equipes, na articulação entre saberes e na produção de dados e indicadores. Quando construídos a partir das trajetórias singulares, tais dados deixam de operar como simples contabilidade e passam a informar práticas mais sensíveis às desigualdades e vulnerabilidades concretas da população atendida.

Ao longo do artigo, procurou-se demonstrar que a ética da psicanálise, longe de se opor às políticas públicas ou à clínica institucional, pode oferecer um operador crítico fundamental para a sua qualificação. Ao insistir na distinção entre demanda e desejo, entre predicado e sujeito, entre protocolo e direção do tratamento, a psicanálise contribui para sustentar uma prática de cuidado que não se deixa capturar nem pelo imperativo de curar nem pela segurança do formalismo. Trata-se de uma ética que aposta na implicação subjetiva e na invenção singular, mesmo quando isso exige sustentar a falta, a dúvida e a não resposta. Defender um protocolo do caso a caso não é propor uma exceção à regra, mas sustentar que, na clínica institucional, a ética só se mantém quando nenhuma regra se autoriza a falar no lugar do sujeito.

Concluir, portanto, pela defesa de um protocolo do caso a caso é afirmar que o cuidado em saúde, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde, não pode prescindir de dispositivos institucionais, mas tampouco pode abdicar da escuta do sujeito. Entre a padronização e o improviso, entre a garantia e a negligência, o caso a caso se apresenta como operador ético capaz de sustentar uma clínica que reconhece a singularidade sem renunciar à responsabilidade coletiva. É nessa tensão – e não em sua resolução apaziguadora – que se inscreve a contribuição da psicanálise para a clínica institucional contemporânea.



AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Laboratório de Psicanálise, Saúde Mental e Interseccionalidades (LAPPSI-IP-UERJ) pelo espaço de interlocução teórica e institucional que sustentou a elaboração deste trabalho. Agradecem, ainda, o apoio institucional da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em especial ao Complexo de Saúde (HUPE e PPC) e ao Instituto de Psicologia (IP-UERJ). Agradecimentos especiais são dirigidos à equipe do Serviço aqui em questão, pelo compromisso contínuo com a clínica, o ensino, a pesquisa e a extensão, que tornou possível o desenvolvimento deste estudo. Este trabalho contou com o apoio da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP).



REFERÊNCIAS

- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Editora UNESP.
- Bento, B., & Pelúcio, L. (2010). Despatologização do gênero: A politização das identidades abjetas. *Cadernos Pagu*, (35), 569–602. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332010000200017>
- Brasil. Câmara dos Deputados. (2025). *Projeto de Lei nº 130/2025: Institui a Política Nacional de Saúde Mental para Pessoas Trans e Travestis*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2011. Institui o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF.
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge.
- Foucault, M. (1996). *A ordem do discurso* (Tradução brasileira). Loyola. (Trabalho original publicado em 1971)
- Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica* (Tradução brasileira). Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1977)
- Freitas, F. L. S., Díaz Bermúdez, X. P. C., Merchán-Hamann, E., Santos, A. S. D., & Vieira, V. F. (2024). Social and programmatic vulnerability in the context of transgender people's health: A scoping review of scientific evidence from Brazil. *International Journal for Equity in Health*, 23, Article 272. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02359-1>
- Freud, S. (1912). A dinâmica da transferência (2006). In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 12). Amorrortu.
- Freud, S. (2013). Sobre o início do tratamento (2006). In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 12). Amorrortu.
- Gaffiot, F. (1934). *Dictionnaire illustré latin-français*. Hachette.
- Lacan, J. (1946). Acerca da causalidade psíquica (1998). In J. Lacan, *Escritos*. Zahar.
- Lacan, J. (1953). Variantes do tratamento-padrão (1998). In J. Lacan, *Escritos*. Zahar.
- Lacan, J. (1957-1958). *O seminário, livro 5: As formações do inconsciente* (1999). Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1974). *Televisão* (2003). Zahar.
- Lacan, J. (1971-1972). ...Ou pior: Relatório do seminário 2003. In J. Lacan, *Outros escritos*. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1964). *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (2006). Zahar.
- Lacan, J. (1964-1965). *O seminário, livro 12: Problemas cruciais para a psicanálise* (2006). Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1972-1973). *O seminário, livro 20: Mais, ainda* (1985). Zahar.
- Lacan, J. (1966-1967). *A lógica do fantasma: Seminário 2008* (A. Lyra et al., Trads.). Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Publicação interna, não comercial)
- Lacan, J. (1966). Réponses à des étudiants de philosophie sur l'objet de la psychanalyse. *Cahiers pour l'Analyse*, 3, 5–13.



BOLETIM DE CONJUNTURA

Lacan, J. (s.d.). *O seminário, livro 22: R.S.I.* (1974–1975). Inédito em português.

Littré, É. (1873). *Dictionnaire de la langue française*. Librairie Hachette.

Marques, L. R., Mählmann, P., & Lopez, L. C. (2025). Health inequities and mental health care for transgender and travesti populations: Evidence from a Brazilian university-based outpatient service. *International Journal for Equity in Health*, 24, Article 59. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02359-1>