

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**KARINE MENDES DA SILVA**

**O CUIDADO EM REDE NO ESPAÇO TRANS DA UFPE: sentidos negociados pelas  
profissionais de saúde**

Recife  
2021

KARINE MENDES DA SILVA

**O CUIDADO EM REDE NO ESPAÇO TRANS DA UFPE: sentidos negociados pelas  
profissionais de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

**Área de concentração:** Psicologia

**Orientadora:** Profa. Dra. Wedna Cristina Marinho Galindo

Recife  
2021

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

S586c Silva, Karine Mendes da.  
O cuidado em rede no Espaço Trans da UFPE : sentidos negociados pelas profissionais de saúde / Karine Mendes da Silva. – 2021.  
118 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Profª. Drª Wedna Cristina Marinho Galindo.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2021.  
Inclui referências e apêndices.

1. Psicologia. 2. Pessoas transgênero - Identidade. 3. Saúde. 4. Cuidados. 5. Acolhimento nos serviços de saúde. I. Galindo, Wedna Cristina Marinho (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22. ed.) (BCFCH2021-213)

KARINE MENDES DA SILVA

**O CUIDADO EM REDE NO ESPAÇO TRANS DA UFPE: sentidos negociados pelas  
profissionais de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.  
Área de concentração: Psicologia

Aprovada em: 27/10/2021

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Wedna Cristina Marinho Galindo (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Jaqueline Gomes de Jesus (Examinadora Externa)  
Instituto Federal do Rio de Janeiro

A todos/as aqueles/as que cuidam (profissionais de saúde ou não)  
e que têm o cuidado como condutor de toda ação que se pretende humana.

## AGRADECIMENTOS

Nenhuma pesquisa é feita de forma isolada. Nesse percurso, inúmeras pessoas cruzam o nosso caminho e transformam, ajudam, desafiam, apoiam. Durante os dois anos de elaboração deste estudo uma extensa rede de apoio se fez presente e contribuiu sobremaneira para que este trabalho se concretizasse. Sou grata a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, colaboraram neste processo e, especialmente:

À minha orientadora, Profa. Wedna Galindo, pela confiança, disponibilidade, pela generosidade de compartilhar suas experiências enquanto pesquisadora e pela sensibilidade de sempre tentar acompanhar o nosso movimento. Essa não é uma caminhada fácil, mas se tornou muito mais leve na sua companhia. É sobre caminhar junto. Obrigada por tudo!

À coordenação do Espaço Trans, pelo acolhimento e pela abertura que me permitiram realizar este estudo. Às profissionais do serviço, por terem aceitado participar da pesquisa e terem dedicado parte do seu precioso tempo para refletir sobre o cuidado.

À amiga Jacqueline França, que acreditou na proposta deste estudo e me encorajou a participar da seleção de mestrado.

Aos colegas da turma de mestrado e do grupo de estudos FRESTAS pela cooperação, generosidade, compartilhamento de angústias e momentos de descontração durante os encontros. Principalmente por termos transformado o ambiente acadêmico, muitas vezes competitivo, em um espaço de acolhimento e construção coletiva.

Às professoras Edclécia Morais e Karla Galvão, por terem possibilitado a construção de um espaço crítico e estimulante durante as aulas.

Aos professores Luís Felipe Rios e Suely Emília Santos pela participação na banca de qualificação e por contribuírem para o aprimoramento desta pesquisa.

Aos professores José Luiz Ratton e Cristiano Ramalho, pela liberação para a licença capacitação e por todo apoio durante este período.

Aos professores Benedito Medrado e Jaqueline Gomes de Jesus, por comporem a banca de defesa e pela leitura crítica e cuidadosa desse texto que é, na verdade, um convite ao diálogo.

À minha família. Em especial à minha mãe Josilda, pelo *cuidado* e apoio incondicional.

“[...] Estes anseios/ensaios são incursões em busca do sentido. Por isso o próprio da natureza do sentido: ele não existe nas coisas, tem que ser buscado, numa busca que é sua própria fundação [...]” (LEMINSKI, 2012, p. 13).

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo geral analisar os sentidos produzidos sobre o cuidado em saúde por profissionais que atuam em um serviço de saúde especializado voltado para a população trans. Para tal, foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo, a partir da abordagem das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, inspirada no Construcionismo Social. As informações produzidas são resultantes de entrevistas semiestruturadas com seis profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar do Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans, localizado no Hospital das Clínicas da UFPE. As entrevistas foram videogravadas, transcritas integralmente e tiveram seus conteúdos organizados em quatro categorias a partir da construção de mapas dialógicos, a saber: 1) Usuários/as; 2) O Espaço Trans e o Processo Transexualizador; 3) Demandas; e 4) Atuação profissional. A análise do material transcrito resultou na sistematização de cada categoria com apresentação de aspectos identificados nos diálogos e a discussão das práticas discursivas envolvidas na produção de sentidos sobre o cuidado em saúde. A investigação identificou que o sentido de cuidado em saúde no Espaço Trans reúne diversos aspectos, cuja configuração entendemos como uma Rede. Marcado pela dialogia e por intervenções que estão para além do aspecto relacional entre profissional-usuário/a, o cuidado em Rede caracteriza-se por uma lógica de atenção psicossocial. Difere, portanto, do paradigma biomédico hegemônico inscrito na portaria que institucionaliza o Processo Transexualizador no Brasil. A identificação das necessidades da população trans e os esforços em garantir resolutividade para elas é rotina do/a profissional ao disponibilizar cuidado em Rede, lidando com diversas questões que permeiam a saúde e o Processo Transexualizador nos aspectos micro e macro políticos. Pesquisas como esta contribuem com os esforços em qualificar o cuidado nos serviços de saúde na direção de fortalecimento da sociedade democrática, em especial, a inclusão de usuários/as, historicamente marginalizados, no SUS.

Palavras-Chave: pessoas trans; serviços de saúde para pessoas transgênero; processo saúde-doença; produção de sentidos.

## ABSTRACT

The overall objective of this work is to analyse the meanings produced concerning healthcare by professionals working in a specialized health service aimed at the trans population. To achieve this aim, qualitative research was conducted that explored discursive practices and the production of meanings in the everyday, inspired by social constructionism. The information produced came from semi-structured interviews with six healthcare professionals who work in the Trans Care and Welcoming Space (*Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans*), based at the Clinical Hospital of the Federal University of Pernambuco (UFPE). The interviews were videotaped, transcribed in full and organized in four thematic axes based on the construction of dialogical maps: 1) user; 2) the Trans Space and Transsexualizing Process; 3) demands; and 4) professional work. Analysis of the transcribed material resulted in the systematization of each thematic axis, including presentation of aspects identified in the dialogues and the discussion of the discursive practices involved in the production of meanings relating to healthcare. The investigation determined that the meaning attributed to healthcare in the Trans Space combines diverse aspects, whose configuration can be understood as a Network. Marked by dialogue and interventions that go beyond the relational dimension between professional-user, Network care is characterized by a logic of psychosocial attention. It thus differs from the hegemonic biomedical paradigm inscribed in the ministerial directive that institutionalized the Transsexualizing Process in Brazil. Identification of the needs of the trans population and efforts to ensure these are met are routine practice for those professionals providing Network care, dealing with diverse questions that traverse the micro- and macropolitical dimensions of health and the Transsexualizing Process. Research such as this one contributes to efforts to qualify care in health services in the direction of strengthening a democratic society and inclusion of users, historically marginalized, in the SUS.

Keywords: trans persons; health services for transgender persons; health-sickness process; production of meanings.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatísticos de Doenças Mentais
GM	Gabinete do Ministro
HC	Hospital das Clínicas
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PrTr	Processo Transsexualizador
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTOS TEÓRICOS, EPISTEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS</b>	<b>17</b>
2.1	Pressupostos do Construcionismo Social .....	18
2.2	Características básicas da orientação construcionista .....	21
2.3	Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano .....	25
2.4	A construção do campo-tema em pesquisas de orientação construcionista .....	28
<b>3</b>	<b>TRANSEXUALIDADES, PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E CUIDADO EM SAÚDE .....</b>	<b>30</b>
3.1	Construções discursivas sobre transexualidades .....	31
3.2	O Processo Transexualizador no Brasil.....	38
3.3	A Psicologia e as identidades trans.....	43
3.4	O cuidado em saúde.....	45
3.5	As múltiplas perspectivas do cuidado em saúde .....	48
<b>4</b>	<b>TRILHAS DO TRABALHO INVESTIGATIVO .....</b>	<b>56</b>
4.1	O local da pesquisa .....	57
4.2	Participantes da pesquisa.....	59
4.3	Estratégias de construção do material de pesquisa.....	60
4.4	Procedimentos de análise.....	62
4.5	Aspectos éticos .....	64
<b>5</b>	<b>CONVERSANDO SOBRE CUIDADO.....</b>	<b>66</b>
5.1	Usuários/as .....	66
5.2	O Espaço Trans e o Processo Transexualizador .....	68
5.3	Demandas .....	72
5.4	Atuação profissional.....	75
<b>6</b>	<b>CUIDADO EM SAÚDE NO ESPAÇO TRANS: SENTIDOS E CONEXÕES .....</b>	<b>81</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>93</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>108</b>
	<b>APÊNDICE B - QUESTÕES NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS.....</b>	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA</b>	<b>111</b>
	<b>APÊNDICE D - TRECHO DE MAPA DIALÓGICO .....</b>	<b>115</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos as discussões em torno das transexualidades ganharam destaque em diferentes esferas. Nesse contexto, a ausência de políticas públicas que garantissem o acesso a direitos fundamentais, principalmente aqueles relacionados ao campo da saúde, tornou visível a necessidade de organização de serviços que dessem conta das demandas específicas de pessoas trans<sup>1</sup>. Aliado a isso, o aumento da procura por assistência médica fez crescer a mobilização desse público, da academia e de profissionais da área, o que impulsionou a construção de uma política pública de atenção à saúde voltada para esta população, denominada Processo Transexualizador (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008; ARÁN; Murta; Lionço, 2009).

O Processo Transexualizador (PrTr) realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é regulado pela Portaria nº 2.803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia os procedimentos de atenção à saúde (com a inclusão de homens trans e travestis), habilitando os hospitais para a realização de procedimentos de modificação de aspectos físicos e/ou de características sexuais de forma gratuita. Esta portaria propõe que as práticas de cuidado devem ocorrer a partir de um atendimento integral e acolhimento humanizado, com respeito ao uso do nome social e livre de discriminação (BRASIL, 2013). As demandas desse público, portanto, devem ser acolhidas pelo SUS, sem limitar-se à realização de cirurgias ou intervenções somáticas, tendo em conta os princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção (ARÁN; Murta; Lionço, 2009).

Atualmente cinco estabelecimentos de saúde no Brasil estão habilitados para o Processo Transexualizador, na modalidade hospitalar, com a realização de procedimentos cirúrgicos, a saber: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG); Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HC-UFRGS); Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (HUPE-UERJ); Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Além dessas unidades, outros

---

<sup>1</sup> Nesta dissertação utilizaremos o termo guarda-chuva “pessoas trans” e suas variações, como “população trans”, para nos referirmos aos indivíduos cuja identidade de gênero é compreendida como não-cisgênera. Dessa forma, o uso do termo visa agregar, por exemplo, mulheres trans, homens trans, travestis, não-binários e demais possibilidades, considerando que relação com o gênero é complexa e pode ser experienciada de forma plural e contingente.

estabelecimentos ligados ao SUS também realizam atendimentos, porém, apenas na modalidade ambulatorial, incluindo os procedimentos de hormonização.

A implementação do Processo Transexualizador no SUS representa um importante marco para a ampliação dos direitos dessa população na sociedade brasileira, mas os serviços de saúde direcionados às pessoas trans ainda contam com vários desafios. Dentre eles está a aplicação de um modelo de assistência baseado num paradigma biomédico, que situa essas experiências num lugar de adoecimento. Dessa forma, mesmo priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, foi com base em documentos que encaram tais experiências enquanto uma expressão patológica — principalmente através do Código Internacional de Doenças, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, organizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) — que os serviços de saúde dedicados a esta população foram estruturados (BORBA, 2016).

Para o saber biomédico, o sexo biológico tem sido a referência para a determinação da identidade sexual entendida como “normal” ou natural das pessoas (ROCON; SODRE; RODRIGUES, 2016; COELHO; SAMPAIO, 2014), fazendo com que as práticas de saúde fossem direcionadas para a adaptação dos indivíduos a padrões de gênero cisheteronormativos. Dessa forma, a dimensão do cuidado em saúde que deveria ser guiada pelos princípios do SUS e inspirada pela “integralidade da atenção” e pelo “respeito às diferenças”, conforme preconizado pela Portaria nº 2.803/GM/MS (BRASIL, 2013), acaba se perdendo de vista, já que tal forma de conceber o serviço e de orientar as práticas pouco dialoga com a multiplicidade de experiências que constituem as vivências trans.

Conforme destacam Márcia Arán, Daniela Murta e Tatiana Lionço (2009, p. 1142), os serviços de saúde voltados para a população trans têm sua importância “não apenas no cuidado do processo de saúde-doença, mas fundamentalmente numa estratégia de construção de si”. Compreende-se, portanto, que a busca pelo Processo Transexualizador vai além do aspecto técnico ou médico-centrado e das verdades impostas pelo que Judith Butler (2017) chama de “matriz de inteligibilidade de gênero<sup>2</sup>”, mas perpassa, sobretudo, a possibilidade de reafirmação das identidades trans e a construção de redes de reconhecimento e de inclusão social.

Essa construção identitária, no entanto, tem sido vista por parte da sociedade como uma “escolha” que deriva de uma questão estética ou superficial. Sendo assim, as ações de saúde

---

<sup>2</sup> Este conceito será melhor discutido na seção 3.

realizadas nos serviços que prestam assistência a pessoas trans são, muitas vezes, consideradas como desnecessárias e, por este motivo, ainda sofrem muitas resistências institucionais. Sabemos que tais posicionamentos são decorrentes da transfobia (em seus diferentes níveis), o que tem sido outro grande desafio para estes serviços. Isso nos diz sobre o quanto a visibilidade das pessoas trans ainda desperta um movimento de repulsa e serve para pensarmos a maneira desumanizada como esses corpos são marcados e a forma como são lançados a um lugar de abjeção, estigma e exclusão.

Diante dessas questões, pensar o cuidado em saúde numa perspectiva que enfatize a atenção integral e humanizada, a autodeterminação de gênero, a garantia do acesso aos serviços de saúde, a abertura de espaços que promovam a visibilidade das pessoas trans e o debate de questões centrais, a partir de ações que envolvam diálogo, solidariedade e cidadania continua sendo uma tarefa difícil. Neste cenário, a noção de cuidado em saúde pode mostrar-se multifacetada: indo desde uma dimensão ética e política, comprometida com a emancipação da pessoa, até aquela puramente técnica, que pode, inclusive, configurar-se como tutela, a partir de um olhar que não escapa das configurações sociais cisheteronormativas.

O tema cuidado em saúde no contexto do Processo Transexualizador, escolhido como objeto de estudo desta pesquisa, insere-se na seguinte trajetória: meu contato com o campo de estudos sobre transexualidades teve início em 2015, no último ano da graduação em Psicologia, durante a realização do estágio obrigatório no Hospital das Clínicas da UFPE. A psicóloga com quem faria o estágio informou que passaria a exercer suas funções em um novo setor do hospital chamado “Espaço de Acolhimento e Cuidado para Pessoas Trans” ou “Espaço Trans”, onde eu também poderia atuar como estagiária. Naquela ocasião, tive a oportunidade de auxiliar na coordenação de grupos operativos, realizar acolhimentos com os/as usuários/as do serviço e de participar das reuniões de equipe. Tal fato possibilitou a aproximação não só com a dinâmica de um serviço de saúde voltado para o atendimento de pessoas trans, mas também fez despertar o interesse pelos diferentes aspectos que permeiam o tema.

Esse contato inicial foi bastante desafiador e muitas das questões com as quais me deparei deixavam a sensação de que a academia nem sempre fornece subsídios para atuarmos junto a alguns temas. Cisgeneridade, transgeneridade, passabilidade, binarismo, cissexismo são exemplos de conceitos e termos até então desconhecidos ou pouco explorados por mim, e sobre os quais tive que me debruçar. Durante este período foi necessária muita troca de informação, leituras e discussões teóricas sobre como o debate acerca das vivências das pessoas trans brasileiras vinha se estruturando. Também comecei a ter contato com os textos de Thomas

Laqueur, Judith Butler, Berenice Bento, Viviane Vergueiro, Tatiana Lionço, Jaqueline Gomes de Jesus entre outros/as autores/as que discutiam sobre sexo, gênero, patologização, Processo Transexualizador no Brasil etc. Assuntos fundamentais para aprofundar alguns questionamentos e que também acabaram por gerar outros.

Tais aproximações e inquietações surgiram como consequência dessa experiência e passaram a ser consideradas como foco de investigação desta pesquisa de mestrado. Desde então, comecei a questionar: de que forma as relações de poder permeiam as práticas de cuidado no Processo Transexualizador? Como se dá o processo de construção da experiência trans por meio do cuidado com a saúde?

Além desses questionamentos, outras interrogações se atravessavam em minhas reflexões: Como o cuidado em saúde poderia ser efetivado diante de um serviço que foi concebido a partir de uma lógica patologizante e cisheteronormativa? Como os profissionais de saúde têm percebido o cuidado em saúde para pessoas trans no SUS? De que forma essa percepção determina ou sustenta suas práticas em saúde? Como pensar um modelo de assistência à saúde para as pessoas trans implicado com o cuidado? E o que seria efetivamente esse cuidado? Longe de querer apontar uma forma de cuidado ideal ou de tentar fazer avaliação de algum serviço de saúde, comecei a delinear um projeto de pesquisa partindo dessas indagações.

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar os sentidos atribuídos ao cuidado em saúde por profissionais que atuam no Processo Transexualizador. Como objetivos específicos, pretendeu-se:

- Identificar quais demandas de saúde das pessoas trans são acolhidas pelos profissionais que atuam no Processo Transexualizador;
- Compreender os repertórios sobre cuidado em saúde que orientam o atendimento aos/as usuários/as do serviço;
- Investigar a relação que os sentidos atribuídos ao cuidado em saúde sugerem em relação às políticas de saúde direcionadas às pessoas trans.

Dar visibilidade e refletir sobre os sentidos que o cuidado possui no cotidiano de profissionais, atores e autores das ações de saúde é de fundamental importância, sobretudo quando se pensa o cuidado em saúde como uma prática que promove a inclusão de usuários/as, historicamente marginalizados, no SUS. Além disso, entender como o cuidado é significado e quais sentidos têm emergido desse processo, é um importante instrumento para que se possa

compreender não só como se dá a sua presença nas instituições públicas de saúde, mas também a possibilidade que carrega de potencializar a construção de um serviço de saúde democrático.

De forma a tentar nos aproximar dos nossos objetivos de pesquisa e aprofundar algumas questões levantadas nesta introdução, esta dissertação foi organizada em sete seções, sendo esta a primeira. No início de cada uma delas buscamos sinalizar aquilo que pretendemos abordar e o texto, por sua vez, é desenvolvido a partir de subtópicos que têm como propósito discutir alguns aspectos relevantes para o assunto abordado.

A segunda seção, intitulada “*Fundamentos teóricos, epistemológicos, metodológicos*”, tem por objetivo apresentar as bases teóricas e epistemológicas que se constituem como o alicerce desta pesquisa ou, em outras palavras, as lentes que utilizamos para construir as informações aqui discutidas. Nela apresentamos os pressupostos da perspectiva construcionista em psicologia social e as características básicas desta orientação teórico-metodológica, a abordagem das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano e a construção do campo-tema em pesquisas de orientação construcionista.

A terceira seção, “*Transexualidades, Processo Transexualizador e cuidado em saúde*”, tem por foco, inicialmente, apresentar os discursos e práticas que contribuíram para a construção e atualização daquilo que alguns autores denominam de dispositivo. Em seguida, apresentamos um breve percurso histórico do Processo Transexualizador no Brasil, com base nas portarias e resoluções que definiram os caminhos a partir dos quais os serviços de saúde dedicados às pessoas trans foram estruturados. Também trazemos uma breve reflexão sobre a contribuição da psicologia nos debates acerca das identidades trans, que tem convocado os profissionais da área a assumir determinados posicionamentos por meio de suas normativas. Posteriormente, fazemos uma discussão sobre o cuidado em saúde, as áreas em que o termo tem sido explorado e as suas múltiplas abordagens, a partir de textos de autores e pesquisadores que tem se dedicado ao tema.

A quarta seção, que denominamos “*Trilhas do trabalho investigativo*”, é dedicada a apresentar os diferentes elementos que fizeram parte do caminho percorrido na investigação propriamente dita. Buscamos explicitar os passos que demos no decorrer da pesquisa, que incluem a descrição e caracterização do campo escolhido para a realização deste estudo, os instrumentos utilizados, os interlocutores e os procedimentos de tratamento e análise dos diálogos, que envolveu o recurso de mapas dialógicos. Por fim, são apresentadas algumas considerações éticas.

A quinta seção, “*Conversando sobre cuidado*”, diz respeito a apresentação dos repertórios identificados nos diálogos e a discussão das práticas discursivas envolvidas na produção de sentidos sobre o cuidado em saúde. Esta seção foi dividida em quatro subtópicos, que correspondem às categorias de análise: 1- Usuários/as; 2 - O Espaço Trans e o Processo Transexualizador; 3 - Demandas e 4 - Atuação profissional.

Na sexta seção, intitulada “*Cuidado em saúde no Espaço Trans: sentidos e conexões*”, faremos uma discussão dos diferentes elementos que compõem o sentido produzido sobre o cuidado em saúde, em diálogo com outras produções relacionadas ao tema e que podem nos ajudar a ampliar o entendimento sobre o nosso objeto.

Por fim, nas considerações finais, tecemos uma última reflexão sobre as informações aqui reunidas. Faremos um fechamento sem, no entanto, ter a intenção de esgotar as possibilidades de entendimento sobre o nosso objeto. Dessa forma, buscamos apontar as possíveis contribuições do estudo, bem como as lacunas que devem ser melhor investigadas e que podem ampliar o campo de discussões sobre o tema. Além disso, são feitas breves reflexões da pesquisadora acerca da produção deste trabalho dissertativo.

Considerando que o fazer pesquisa, a partir de uma perspectiva construcionista, é um processo situado que não pretende se mostrar neutro ou imparcial e que esta atividade implica assumir posicionamentos ético-políticos, principalmente quando vinculada a questões de gênero e sexualidade, explicitamos que este estudo se alinha aos movimentos sociais e às produções acadêmicas que defendem a despatologização das identidades trans, a autodeterminação de gênero e o direito de dispor sobre o próprio corpo. Em consonância com essa posição, entendemos que tomar o cuidado em saúde como objeto de discussão pode significar uma oportunidade de refletir sobre as ações que ocorrem no Processo Transexualizador, no sentido de pensar alternativas de inclusão e reconhecimento da diversidade humana.

## 2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS, EPISTEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS

Considerando a diversidade teórica e metodológica que perpassa os diferentes campos de investigação da psicologia social, pretendemos situar, nesta seção, a postura construcionista e a abordagem das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano (SPINK, 2013), perspectiva adotada para conduzir este trabalho dissertativo. Para isso, será apresentado o contexto de emergência da perspectiva construcionista no âmbito da Psicologia Social, seus caminhos epistemológicos e os principais conceitos/pressupostos que têm subsidiado a construção de pesquisas em psicologia.

O Construcionismo Social compreende a ciência como uma prática social, situada num contexto histórico, cultural, político etc. e produzida a partir da linguagem em uso. Aqui a linguagem é entendida não apenas como um meio de comunicação, mas sobretudo como um conjunto de práticas que estruturam e organizam a vida social (MARTÍNEZ-GUZMÁN; ÍÑIGUEZ-RUEDA, 2017). Tal premissa nos ajuda a compreender que os sentidos produzidos – foco de nossa investigação – não partem de uma definição individual ou da mera descrição de um aspecto exterior e observável, mas emergem dos processos de intercâmbio social e se produzem como resultado da articulação de práticas discursivas.

Nesse horizonte teórico, interessa-nos especificamente analisar os sentidos sobre o cuidado em saúde por profissionais que atuam no Processo Transexualizador. Dito de outra forma, as práticas discursivas sobre o *cuidado em saúde* no âmbito de um serviço especializado voltado para a população trans constituem o eixo problemático a partir do qual a nossa pesquisa se estrutura. Nosso entendimento é que os sentidos produzidos acerca do cuidado em saúde têm ressonâncias nas práticas cotidianas desse serviço de saúde. Ou seja, são construções discursivas que se materializam em atos por meio de uma infinidade de recursos linguísticos, promovendo ou interditando inúmeras possibilidades de lidar com o mundo.

Os sentidos são constantemente atualizados na interação entre as pessoas, as quais se posicionam e são posicionadas por meio de uma complexa rede de trocas e discursos sociais que criam as noções compartilhadas e negociadas no seu fazer cotidiano. Nesta perspectiva, acreditamos que considerar o Construcionismo Social como suporte para o estudo da produção de sentidos pode indicar um caminho fértil para o entendimento das ações que são reproduzidas nos discursos sobre os objetos de que as pessoas falam e que, de certa maneira, ajudam a construir.

## 2.1 Pressupostos do Construcionismo Social

A psicologia social, ao longo do seu percurso histórico, tem se constituído a partir de uma multiplicidade de perspectivas teóricas que, segundo Ferreira (2010, p. 51) são “adotadas como referenciais legítimos à produção de conhecimentos sociopsicológicos”. Diante dessa pluralidade, é importante destacar que a compreensão de qualquer tipo de conhecimento exige que nos apropriemos da conjuntura na qual este se desenvolveu, levando sempre em conta as questões sociais que mobilizam os indivíduos e a coletividade em seu contexto cultural e histórico.

Os intensos debates e contínuos questionamentos acerca do fazer científico, fruto da crise teórica e epistemológica no campo da Psicologia Social ocorrida entre as décadas de 1960 e 1970, fizeram surgir um movimento chamado de “Psicologia Social Crítica” (IBAÑES, 2003). Tal movimento teve como característica o questionamento de vários aspectos referentes à práxis da psicologia social, dentre eles: o rompimento com as dicotomias instituídas e com a ideia de neutralidade e objetividade científicas; a necessidade de assumir uma postura transdisciplinar; o compromisso com a emancipação e transformação das estruturas sociais a partir da busca de temas que dessem conta dos reais problemas da sociedade; e a reafirmação do entendimento de que o conhecimento é construído e, portanto, produto de processos sociais histórica e culturalmente específicos (IÑIGUEZ-RUEDA, 2003a; CAMINO; TORRES, 2013; NOGUEIRA, 2001). Esse movimento de contestação surgiu da necessidade de rever conceitos e construir práticas de produção de conhecimento comprometidas com uma visão crítica. Tais pressupostos são utilizados por estudiosos provenientes de matizes teóricas distintas, que criaram condições para o desenvolvimento de diferentes perspectivas que hoje compõem a psicologia social academicamente instituída (SPINK; SPINK, 2006).

Essa atitude também é utilizada para fazer referência as posturas construcionistas que, por sua vez, reúnem a maior parte das características da psicologia crítica, no que se refere às questões epistemológicas, metodológicas e de caráter ético-político. As questões de ordem epistemológica estão ligadas a crítica às metodologias tradicionais, rompendo com as dicotomias estabelecidas na modernidade clássica e reconhecendo a ciência como uma prática social que não está isenta das consequências do fazer humano. As questões metodológicas

dizem respeito ao reconhecimento do giro linguístico<sup>3</sup>, considerando a construção do conhecimento a partir de processos singulares de produção de sentidos. As de caráter ético-político, por sua vez, alinham-se às práticas de emancipação e transformação social, propondo uma reflexão sobre as práticas científicas e seus efeitos (SPINK; SPINK, 2006).

Mary Jane Spink (2010) descreve o construcionismo social como sendo o produto de uma ciência que se torna reflexiva. Corroborando com os pressupostos teóricos do sociólogo Ulrich Beck, a autora destaca que a reflexividade em ciência é decorrente de transformações ou rupturas que causaram profundo impacto na sociedade, como, por exemplo, a transição do feudalismo à modernidade a partir da emergência dos Estados-nação e do sistema capitalista, marcando o surgimento de uma nova ordem social. A modernidade, neste entendimento, remete ao movimento de dissolução da tradição, embora alguns aspectos continuem a fazer parte e passem a ser incorporados nesses novos arranjos sociais.

Beck (citado por Spink, 2010) afirma que a Modernidade Reflexiva (o que Spink nomeia de Modernidade Tardia) percorre três estágios: a Pré-Modernidade, que diz respeito à transição do feudalismo à sociedade moderna; a Modernidade Clássica, que ocorre simultaneamente a sociedade industrial, pautada pela distribuição de bens; e a Modernidade Tardia (atualidade), que é coexistente à sociedade de risco – os riscos decorrentes da industrialização, e que são provocados pela própria sociedade a partir do desenvolvimento da ciência e da tecnologia. A reflexividade, portanto, se torna uma forma de garantia contra os riscos da vida moderna.

Ainda apoiada em Beck, Spink (2010) aponta três aspectos da “Modernidade Tardia” que são de grande importância para a compreensão da perspectiva construcionista: 1) a *globalização*, que aborda as possibilidades de interação à distância e o entrelaçamento de relações e eventos sociais em contextos locais distintos. Esse processo tem ocorrido principalmente por meio das mídias eletrônicas, que têm alterado as formas de comunicação, os fluxos de informação e modo como as pessoas, grupos e instituições se relacionam; 2) a *individualização*, que está bastante ligada à ideia de singularização por meio da destradicionalização, isto é, a ruptura com a tradição, particularmente no âmbito de instituições como a família, o trabalho e a educação. Tal singularização tem se tornado central na

---

<sup>3</sup> O “giro linguístico” (ou “virada linguística”) é a expressão utilizada para designar o momento em que a linguagem passa a ganhar atenção no âmbito científico, sendo considerada não apenas como forma de expressão do pensamento e de comunicação, mas pelo seu caráter performativo. Isto é, os enunciados também transmitem informações sobre o tipo ação que desejam efetuar. Neste sentido, a linguagem é entendida como construtora de realidades, e, portanto, um legítimo campo de investigação para as ciências humanas e sociais (MÉLLO et al., 2007).

constituição da subjetividade contemporânea; 3) e a *reflexividade* que, por sua vez, refere-se à tendência de rever conceitos, desde aspectos da nossa vida cotidiana até o projeto de ciência.

Essa última característica é fundamental para se compreender a emergência do construcionismo, uma vez que traz questões que envolvem a atitude da própria ciência de olhar para si mesma, questionar métodos, quebrar certas hegemonias e rever procedimentos éticos. É a partir desse olhar que surgem as ideias construcionistas, inaugurando novas formas de se entender a construção do conhecimento científico e suas diferentes possibilidades. Trata-se, portanto, de um convite a reexaminar os pressupostos básicos da atividade científica e entendê-los como convenções socialmente situadas (SPINK; MEDRADO, 2013).

Castañon (2004, p. 69), ao realizar uma análise crítica da perspectiva construcionista, a situa como uma “autêntica representante do pós-modernismo”, cujos fundamentos epistemológicos compreendem basicamente as seguintes premissas – que são, inclusive, uma inversão de todos os pressupostos que fundamentam o projeto de ciência moderna: a) *antirrealismo*, que traz a ideia de que o conhecimento sobre a realidade é construído socialmente através da linguagem; b) *irregularidade do objeto*: não existem aspectos na realidade que escapem à especificidade cultural e histórica do conhecimento; c) *pessimismo epistemológico*: descreve a posição de que mesmo se a realidade existir para além da linguagem, aquela seria impenetrável a esta; d) *antirepresentacionismo*: negação do pressuposto de que a mente é um espelho da natureza e, por conseguinte, a linguagem não é capaz de representar um suposto ‘mundo exterior’ de forma adequada e regular.

Esse autor argumenta que, apesar de “inconsistentes”, essas ideias influenciaram o surgimento do construcionismo social, que não possui uma característica única, mas aborda, na verdade, uma série de posições teóricas que se alinham a tais premissas pós-modernas (como, por exemplo, a etnometodologia, o feminismo e o pós-estruturalismo). Disso decorre a dificuldade em definir o construcionismo, uma vez que o movimento é resultado posicionamentos teóricos variados, incluindo as teorias “desconstrucionistas de Jacques Derrida, relativistas linguísticas de Ludwig Wittgenstein e neo-pragmáticas de Richard Rorty” (CASTAÑON, 2004, p. 71), ensejando em diferentes tendências dentro do movimento.

As críticas tecidas por Castañon (2004) nos levam a entender não apenas a dita dificuldade de definição única para esta perspectiva, mas também o motivo de ela ser descrita como um movimento ou uma “consciência compartilhada” (GERGEN, 1985), e não como uma

teoria explicativa. Isso se deve ao seu formato plural, evidenciado pela sua tendência a incorporar diferentes concepções que nem sempre são concordantes entre si.

Cabe ressaltar, entretanto, que a tentativa de circunscrever ou elaborar uma descrição conceitual rígida para o construcionismo social estaria na contramão daquilo que o próprio movimento questiona. Isso se deve principalmente ao fato de que, nesta perspectiva de investigação, não cabem definições concretas e estáveis, mas sim uma postura crítica constante sobre as formas de pensar e descrever o mundo, que variam conforme a sociedade, as necessidades e os interesses de cada época. A ideia do construcionismo, portanto, não é a de se colocar enquanto uma teoria explicativa, mas de abrir a possibilidade de produção de inteligibilidade teórica (RASERA; JAPUR, 2005) que, apesar de multifacetada, nos convida a uma crítica das nossas práticas científicas e do que está posto como verdade legitimada.

## 2.2 Características básicas da orientação construcionista

A perspectiva construcionista tem, em sua formação inicial, o psicólogo social Kenneth Gergen como principal referência teórica, sendo este um dos nomes mais representativos desse movimento. Em seus artigos “*Social Psychology as History*” (1973) e “*The Social Constructionist Movement in Modern Psychology*” (1985), ele traçou os principais contornos dessa perspectiva. Neste segundo texto, Gergen afirma que o construcionismo social é uma abordagem que

preocupa-se em explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou, de outra forma, dão conta do mundo em que vivem (incluindo a si mesmas). Ela tenta articular formas de entendimento tal como existem atualmente, como existiram em períodos históricos anteriores e como poderiam vir a existir, se a atenção criativa for direcionada neste sentido. (GERGEN, 1985, p. 267).

Apesar de muitos autores mencionarem a dificuldade em se definir o Construcionismo Social, esta perspectiva tem sido descrita como um movimento (RASERA; JAPUR, 2005; MÉLLO et al., 2007) que enfatiza o papel da linguagem na construção das realidades e na produção de conhecimento, surgindo como uma crítica ao método positivista de fazer ciência e questionando o que é posto como “verdade” incontestável, generalizante e cristalizada. Tal perspectiva “parte do pressuposto de que o mundo em que vivemos resulta de nossas práticas sociais que se expressam a partir da linguagem” (SPINK; SPINK, 2006, p. 575).

Iñiguez-Rueda (2003b) elencou alguns elementos que identificam as posturas construcionistas, quais sejam: o *antiessencialismo*, que parte do pressuposto de que as pessoas e o mundo social resultam de processos sociais específicos. Neste sentido, desfaz-se a dicotomia sujeito-objeto, tomando-os como construções sociais interdependentes. O *relativismo/antirrealismo*, que aponta que a realidade são versões construídas coletivamente, a partir de elementos históricos e culturais. Tal perspectiva pressupõe uma postura relativista, já que a realidade e o conhecimento que se produz sobre ela são indissociáveis; O *questionamento de verdades*, que busca problematizar a ideia de que o conhecimento é originado a partir da observação direta e imparcial da realidade. Não existem, portanto, “verdades”, mas versões construídas e negociadas conforme interesses específicos.

O autor destaca ainda: a *determinação cultural e histórica do conhecimento*, que parte do princípio de que toda concepção do mundo é social e culturalmente dependente e, portanto, é possível questionar a objetividade e o caráter absoluto dos saberes. O *papel da linguagem*, que traz a ideia de que os elementos com os quais se constrói a realidade são discursivos. E, por fim, o *conhecimento como produção social*, que aponta para o entendimento de que o conhecimento é uma construção coletiva e se produz nas práticas cotidianas socialmente localizadas. Iñiguez-Rueda (2003b) adverte, ainda, para o perigo de se usar a noção de “construção social” como algo de caráter reificante. Neste contexto, entende-se que as práticas sociais não apenas criam estruturas sociais, mas também tais estruturas exercem influência sobre essas práticas de forma dinâmica.

Ainda considerando os aspectos que delineiam as pesquisas construcionistas, cabe enfatizar que, nesta perspectiva, a ideia de mente como espelho da realidade é desconstruída. A noção de conhecimento como representação mental é uma das principais críticas feitas por Gergen (SPINK, 2010). Da mesma forma, há uma crítica à ideia de que os conhecimentos possuem um caráter natural, sendo originados no interior do organismo (MÉLLO et al., 2007). Para Gergen, o conhecimento se produz nos processos de intercâmbio social. Não há, portanto, uma estabilidade entre as palavras e aquilo que elas representam ou uma realidade objetiva a ser descoberta, pois são os seres humanos que constroem o conhecimento por meio da relação com os outros e com o meio social no qual estão inseridos.

Spink (2010) recorre à obra “Inventando o Sexo”, do historiador Thomas Laqueur, para ilustrar a postura construcionista em pesquisa. Em seus estudos, Laqueur (2001) analisou as transformações que ocorreram na forma de conceber a anatomia sexual e propõe que esta seria

muito mais relacionada às relações de gênero compatíveis com a visão de mundo predominante na época, do que necessariamente ao aparato biológico.

Laqueur (2001) afirma que a suposta distinção natural entre os sexos, tal como a concebemos contemporaneamente, se apoia em visões que foram construídas a partir de fenômenos culturais, e não pela ciência. Para isso, o autor realiza uma análise de manuais, textos de anatomistas e relatos que vão desde a antiguidade até Freud, expondo o modo como a sociedade, a política, a religião e a filosofia interferem no chamado “sexo biológico” e as mudanças que o discurso sobre o corpo produz nas práticas e concepções de gênero e sexualidade.

O autor observou que, até um dado momento, as mulheres eram entendidas como “homens invertidos”, inclusive havia desenhos que demonstravam o quanto as genitálias femininas eram inversões (imperfeitas ou inacabadas) das masculinas. Apenas no século XVIII passa-se a considerar a existência de um modelo de dois sexos, contrariamente à percepção herdada dos gregos de que haveria apenas um sexo biológico, enquanto o gênero se apresentaria em pelo menos duas possibilidades. Laqueur (2001) questiona se o progresso da ciência teria sido o agente promotor dessa mudança de paradigma, e ele chega à conclusão que as descobertas científicas, por si só, nada significam. Estas só fazem sentido quando associadas a um contexto histórico e social específicos e a sua capacidade de oferecer respostas a diferentes demandas sociais em determinada época (ROHDEN, 1998). Ao longo de sua obra, Laqueur busca comprovar a ideia de que o corpo, mesmo sendo constantemente capturado por suas referências biológicas, também é objeto de uma construção social.

Para Spink (2010), o cuidado com a linguagem e a atenção aos dados históricos, que sinalizam a evolução dos repertórios linguísticos utilizados para dar conta de um determinado fenômeno, aproximam a obra de Laqueur (2001) da postura construcionista. Tais aspectos são exemplos da complexidade da proposta construcionista, em que cabem questionamentos sobre as verdades estabelecidas e a observação do contexto em que surgem.

Conforme evidenciado anteriormente, a linguagem (aqui entendida como prática discursiva) é o principal foco de análise na abordagem construcionista (SPINK; FREZZA, 2013; SPINK; MEDRADO, 2013). Nesta concepção ela deixa de ser apenas expressiva e adquire um caráter *performativo*, passando a ser concebida como forma de ação no mundo e condição de possibilidade para a construção da realidade por gerar as categorias a partir das quais damos sentidos aos eventos do nosso cotidiano (SPINK; SPINK, 2006).

O conceito de enunciado performativo foi proposto pelo filósofo John Austin, a partir da sua obra “*Quando dizer é fazer*” (1990/1962). Além dele, filósofos como John Searle e Ludwig Wittgenstein também influenciaram as reflexões sobre o caráter performativo da linguagem. Para Austin, a linguagem produz efeitos, particularmente quando são levadas em conta as condições de uso e as circunstâncias da qual faz parte. Nesta obra, o autor introduz a noção de “atos de fala”, distinguindo-os inicialmente entre atos constataivos e performativos. Os primeiros dizem respeito ao uso da linguagem para fazer relatos, descrições ou afirmações (por exemplo, “o céu está sem nuvens”). Já os atos de fala performativos referem-se a pedidos, ordens, promessas, vetos, concessões etc. que implicam a realização de uma ação (por exemplo, “você está condenado a três anos de prisão” ou “eu vos declaro marido e mulher”). Segundo Borba,

Austin lança, com isso, uma nova proposta epistemológica para o estudo da relação entre linguagem e sociedade: considerar a linguagem como ação implica entender sua atuação *sobre* o real, como ela constitui o real e, assim, deve-se deixar de lado a visão de linguagem como um simples instrumento para representar uma realidade existente *a priori*. (BORBA, 2014, p. 462, grifos do autor).

Ao longo de suas construções, Austin observou que mesmo os atos de fala constataivos têm estruturas performativas implícitas. Por exemplo, se eu digo que “o céu está sem nuvens” fica subentendido que “eu declaro que o céu está sem nuvens”, o que também produz efeitos sobre a realidade. Outro exemplo bastante elucidativo seria considerar a declaração de um médico ao descobrir o sexo de uma criança: quando ele diz “é menino/a” não só descreve algo, mas faz com que esse corpo seja capturado pelo que Judith Butler (2017) vai chamar de “matriz de inteligibilidade de gênero”, que determina lugares na sociedade e inscreve uma série de condições culturalmente estabelecidas para as experiências sexuais, de comportamento e desejo.

É pensando a partir da ideia de performatividade que se constroem os estudos sobre práticas discursivas. Nesta perspectiva, é através da linguagem e seus efeitos que as pessoas se relacionam, organizam, estruturam e (re)produzem sentidos a um conjunto inumerável de objetos e práticas sociais. Neste sentido, o conhecimento de como a noção de cuidado em saúde (em suas diferentes nuances) constitui-se discursivamente pela ação e interação entre profissionais, usuários/as, instituição hospitalar etc. pode permitir o entendimento de como este tem se configurado no cotidiano deste serviço.

### 2.3 Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano

Considerando que a noção de cuidado em sua articulação com a saúde das pessoas trans é apreendida, nesta pesquisa, como um campo reflexivo e que se dá numa dimensão dialógica, entende-se que é possível abordar o tema a partir do terreno das práticas discursivas. Portanto, esta pesquisa se alinha às discussões sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, conforme definido por Mary Jane Spink (2013).

A abordagem das práticas discursivas fundamenta-se em um referencial construcionista que, conforme já mencionado nesta seção, tece críticas às epistemologias tradicionais, encarando o conhecimento como produção histórica, datada e fruto de dinâmicas sociais específicas. As práticas discursivas pertencem, portanto, à ordem da interação, pois envolvem as diferentes maneiras que as pessoas, por meio da linguagem, partilham visões de mundo, se posicionam em suas relações cotidianas e, por consequência, produzem realidades.

Foi Foucault quem desenvolveu um dos estudos mais relevantes sobre práticas discursivas e é a partir desse referencial que o termo tem sido utilizado. Para Foucault (2008/1969, p. 133), práticas discursivas podem ser definidas como “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa”. Segundo Mélo et al. (2007, p. 29), Foucault adotou este termo para designar as “condições de uso de discursos, conjunto de enunciados ou formações discursivas, que possibilitam o exercício de saberes, operando e instituindo acontecimentos em campos estratégicos (exercitando poderes)”. Assim, o estudo sobre práticas discursivas não mantém o foco apenas nos diferentes significados que os enunciados podem ter, mas busca compreender os jogos de poder que perpassam os contextos dialógicos e suas condições de produção. Isto é, a forma e os mecanismos utilizados na produção de objetos dos quais tais práticas se referem.

Diferentemente da noção de discurso que, concebido a partir de seu uso institucionalizado, remete à ideia de regularidades linguísticas e estabilidades temporais, o conceito de práticas discursivas envolve os momentos ativos do uso da linguagem, a polissemia e a processualidade com a qual se constrói os sentidos. Dessa forma, Mary Jane Spink e Benedito Medrado (2013, p. 26) entendem as práticas discursivas como linguagem em ação que “têm como elementos constitutivos a dinâmica, ou seja, os enunciados orientados por vozes; as

formas ou gêneros de fala; e os conteúdos, que são os repertórios interpretativos”. A análise desses aspectos nos fornece subsídios para compreender, nos processos de interanimação dialógica<sup>4</sup>, a construção discursiva de cada pessoa em suas interações sociais e a veiculação de sentidos no cotidiano.

Estes autores definem o sentido como sendo “uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (Ibid., p. 22). Assim, entende-se que refletir sobre o sentido de algo é buscar compreender sua função na vida das pessoas, sua participação na rede de relações cotidianas e de que maneira tais relações são afetadas pelo que nos propomos a investigar. Mary Jane Spink e Vera Menegon (2013, p. 42) afirmam ainda que “dar sentido ao mundo é uma prática social que faz parte de nossa condição humana”. Esta asserção traz consigo o entendimento de que a produção de sentidos é sempre uma construção negociada, sendo a partir da forma como a linguagem se apresenta nos diferentes contextos que temos acesso ao modo como se organizam as ações humanas.

É importante salientar que cada contexto discursivo tem suas próprias estruturas de poder que, ao longo do tempo, podem indicar permanências, tensionamentos, rupturas e ressignificações de um fenômeno social – como ocorre em relação ao cuidado em saúde. Os estudos sobre práticas discursivas apontam para a centralidade da linguagem e é através dela que entendemos que o cuidado é negociado. Portanto, ao focalizarmos a temática do cuidado em saúde no âmbito do Processo Transsexualizador em nossas entrevistas, pesquisadora e interlocutores/as criam oportunidades de construção de versões sobre um fenômeno, sendo um convite a novas produções de sentidos.

Conforme sugerem Spink e Medrado (2013), a abordagem teórico-metodológica das práticas discursivas pode ser melhor definida a partir de três dimensões básicas: *linguagem*, *tempo/história* e *pessoa*. No primeiro caso, a concepção adotada recai na linguagem em uso, entendendo-a como prática social. Como já foi mencionado, três elementos constituem a linguagem (ou as práticas discursivas): a *dinâmica* é composta pelos enunciados (expressões produzidas em ações situadas) que, por sua vez, são orientados por vozes (presentes ou

---

<sup>4</sup> “Interanimação dialógica” é o termo proposto por Bakhtin (1994, citado por Spink, 2014) para designar o processo que acontece numa conversação, em que os enunciados de uma pessoa (sempre atravessados por vozes que estão presentes ou foram presentificadas no diálogo) são endereçados a um ou mais interlocutores, e esses se interanimam mutuamente. É neste processo que se dá a dinâmica da construção de sentidos.

presentificadas na fala); as *formas*, que são as maneiras de se expressar “mais ou menos estáveis de enunciados, que buscam coerência com o contexto, o tempo e o(s) interlocutor(es)” (Ibid., p. 24); e os *conteúdos*, que se referem aos repertórios interpretativos. Isto é, os termos, conceitos, descrições etc. que estão à nossa disposição e dos quais fazemos uso para construir os sentidos.

Os autores também dão destaque à dimensão temporal, situando a importância de se trabalhar a partir de três tempos históricos, quais sejam: o *tempo longo*, que faz referência aos conteúdos culturais e históricos, marcados pela cristalização em discursos institucionalizados (religião, ciência, tradições do senso comum etc.) e definidos no decorrer da história humana; o *tempo vivido*, que remete aos processos de socialização e experiências da trajetória social de cada pessoa, a partir da qual se tem acesso a determinados repertórios linguísticos. Refere-se às mais variadas linguagens sociais que aprendemos ao longo da nossa história pessoal, profissional, afetiva e identitária; e o *tempo curto*, que é o tempo das interações, da troca dialógica, do aqui-agora: é quando fazemos uso das mais variadas estratégias linguísticas para nos posicionar no processo de interanimação dialógica (SPINK; MEDRADO, 2013). É importante destacar que nem todas as permanências estão situadas no tempo longo e nem toda diversidade no tempo curto, uma vez que tais aspectos permeiam todos os tempos históricos e os sentidos são construídos a partir da interseção desses três tempos, em que permanências e rupturas se sobrepõem (SPINK; MATTA, 2007).

A terceira dimensão apontada por Spink e Medrado (2013) é a noção de *pessoa*. Para os autores, o uso deste termo tem como propósito dar ênfase à dialogia e operar em contraposição às dicotomias clássicas, tais como sujeito-objeto e indivíduo-sociedade. Neste entendimento, a noção de pessoa é tida como inerentemente relacional, o que remete ao próprio processo de produção de sentidos no cotidiano. Na compreensão dos autores, “a pessoa, no jogo das relações sociais, está inserida num constante processo de negociação, desenvolvendo trocas simbólicas, num espaço de intersubjetividade ou, mais precisamente, de interpessoalidade” (Ibid., p. 36).

Tal posicionamento não pretende abandonar a ideia de indivíduo ou de sujeito, mas de repensá-las a partir da perspectiva construcionista. A discussão sobre o uso desse termo nos leva a adotar uma postura crítica acerca dos efeitos que nossas escolhas conceituais podem gerar, a partir das nossas produções científicas. Neste sentido, se faz importante explicitar o lugar a partir do qual falamos e estar atento as implicações sociais, éticas, políticas etc. que atravessam nossas práticas discursivas.

Os conceitos apresentados acima são norteadores para a realização de análises sobre práticas discursivas e produção de sentido em diferentes contextos dialógicos (como entrevistas, rodas de conversas e pesquisa em jornais ou documentos de domínio público, por exemplo). Desse modo, percebe-se a centralidade da linguagem em uso nesta abordagem e o quanto a produção de conhecimento ocorre na fluidez das relações sociais. Para as pesquisas em psicologia, o estudo sobre práticas discursiva tem sua importância por buscar entender as descrições e interpretações possíveis de situações do cotidiano, os meios pelos quais são negociadas e suas implicações para uma infinidade de atividades sociais.

#### 2.4 A construção do campo-tema em pesquisas de orientação construcionista

Peter Spink (2003) propõe a noção de campo-tema com o objetivo de questionar a compreensão de que o campo de pesquisa estaria vinculado a um local específico. Para isto, o autor aciona a teoria de campo de Kurt Lewin, em que o “campo” remete a ideia de “totalidade de fatos psicológicos que não são reais em si, mas são reais porque tem efeitos” (Ibid., p. 21). Nesta teoria, Lewin (1952 citado por Spink, 2013) introduz uma mudança importante no entendimento sobre o campo: este também é definido psicologicamente. Disso depreende-se que a configuração do campo de pesquisa tem início com a interação do/a pesquisador/a com o tema a ser pesquisado, que é contínua e mutuamente influenciável. Em resumo,

Campo é o campo do tema, o campo-tema; não é o lugar onde o tema pode ser visto – como se fosse um animal no zoológico – mas são as redes de causalidade intersubjetiva que se interconectam em vozes, lugares e momentos diferentes, que não são necessariamente conhecidos uns dos outros. Não se trata de uma arena gentil onde cada um fala por vez; ao contrário, é um tumulto conflituoso de argumentos parciais, de artefatos e materialidades. (SPINK, 2003, p. 37).

A noção de “matriz”, elaborada por Ian Hacking, também é incorporada à discussão. Para Hacking (1999 citado por Spink, 2013), as ideias não surgem de forma isolada, mas estão implicadas em diferentes situações sociais. Ou seja, os acontecimentos sociais sobre os quais nos debruçamos em nossas investigações são constituídos a partir de uma variedade de falas, lugares, eventos e materialidades que vão dando forma ao nosso tema de pesquisa. Essa configuração de elementos compõem o conceito de “matriz”, que envolve fatos concretos, relatos, interesses, conversas e a busca por informações que, efetivamente, constroem os objetos e produzem versões do mundo. A noção de “matriz”, por isso, se aproxima da ideia de campo-tema, entendendo que “acontecimentos sociais não acontecem, eles têm lugar” (Ibid., p. 32).

A ideia de “campo-tema” proposta por Spink (2003) caracteriza o campo como um “espaço criado, herdado ou incorporado pelo pesquisador ou pesquisadora e negociado na medida em que este/a busca se inserir nas suas teias de ação” (p. 28). O campo não é, nesta perspectiva, um lugar específico em que o/a pesquisador/a faz suas observações ou coleta seus dados. A noção de campo de pesquisa, portanto, é ampliada e ganha novos contornos, partindo do pressuposto de que, ao escolhermos um tema de estudo, já estamos implicados com ele e, conseqüentemente, no campo. Segundo o autor, “há campo-temas que já foram declarados psicologicamente relevantes tantas vezes que corremos inclusive o risco de assumi-los como óbvios - como fatos independentes e autônomos – esquecendo que são construções sociais” (Ibid., p. 25).

Para Spink (2003), o campo não seria um lugar separado e distante, mas algo que vai tomando forma a partir do momento em que nos vinculamos à temática. O autor afirma que quando dizemos que estamos indo ao campo, na verdade, estamos buscando nos aproximar territorialmente de um determinado lugar onde as práticas discursivas se confrontam e se tornam mais reconhecíveis. Mas, além de referir um possível espaço geográfico, ao identificarmos o campo com o qual estamos trabalhando, estamos tornando-o psicologicamente presente. Para investigar a produção de sentidos sobre cuidado em saúde no âmbito do Processo Transexualizador é importante, portanto, anunciar o nosso posicionamento neste campo-tema.

A minha aproximação com o tema “Processo Transexualizador” ocorreu através de um estágio no final da graduação, conforme já explicitado na introdução. Simultaneamente, as leituras, dúvidas, inquietações, conversas com funcionários/as, profissionais de saúde e usuários/as do serviço, assim como o posicionamento ético e político construído ao longo da minha formação acadêmica, formaram alguns dos elementos da “matriz” — para usar o conceito cunhado por Hacking — que ajudaram a configurar o meu campo-tema.

Considerando que a perspectiva construcionista compreende a atividade de pesquisa como uma prática social, entende-se que os sentidos sobre o objeto vão sendo construídos ativamente ao longo do estudo. Dessa forma, as posições assumidas sobre o Processo Transexualizador e sobre cuidado refletem, inclusive, a minha visão de mundo e aparecem, de alguma forma, no decorrer deste texto dissertativo. É dentro dessa perspectiva e considerando essas implicações que abordaremos os sentidos do cuidado em saúde.

### **3 TRANSEXUALIDADES, PROCESSO TRANSEXUALIZADOR E CUIDADO EM SAÚDE**

O objetivo desta seção é apresentar alguns dos elementos históricos e teóricos ligados à construção do Processo Transexualizador no SUS. O debate sobre os fenômenos que constituem as vivências trans tal como foram entendidas até recentemente, sua delimitação em torno de protocolos diagnósticos, as tensões geradas pela lógica patologizante e o consequente movimento de despatologização são algumas das questões abordadas nesta seção.

A discussão aqui empreendida busca dialogar com produções teóricas que questionam o campo de forças que concebe a transexualidade como um transtorno mental, objetificando e universalizando as vivências trans através de classificações médico-psiquiátricas. Assim, serão apresentadas algumas compreensões que marcaram a elaboração de instrumentos legais e políticas públicas de saúde voltadas para esta população e que, até determinado momento, regiam e fizeram surgir o Processo Transexualizador no SUS. Nesse contexto, também serão abordados os aspectos que nos levam a problematizar a patologização das identidades trans e refletir sobre em que medida esse debate mobiliza a construção de um cuidado em saúde efetivo para essas pessoas.

Também buscaremos reunir uma base que possa fomentar a discussão teórica sobre o cuidado em saúde, recorrendo a produções bibliográficas que tensionam, atravessam e provocam reflexões neste campo de estudos. Na sequência, portanto, abordaremos a importância deste tema no campo científico e as diferentes maneiras de compreender o cuidado em saúde. Para isso, dialogaremos com autores/as e pesquisadores/as, dentre os quais destacamos José Ricardo Ayres, Emerson Merhy e Roseni Pinheiro, buscando apontar o que tem sido trabalhado em seus escritos e refletir como as diferentes formas de conceber o cuidado apontadas por estes/as interlocutores/as podem nos oferecer pistas para analisar os sentidos produzidos sobre esta temática.

Para a construção do texto desta seção, utilizamos a revisão bibliográfica narrativa. As revisões narrativas não utilizam critérios explícitos e sistemáticos para a busca e seleção de referências acerca de determinado tema na literatura. Segundo Edna Rother (2007, p. 5) “constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.”

### 3.1 Construções discursivas sobre transexualidades

Em 1952 o caso de um ex-soldado norte-americano ficou conhecido como a primeira intervenção corporal para mudança de sexo bem-sucedida tornada pública (MURTA, 2014). Relata-se que Georges Jorgensen foi até a Dinamarca a fim de obter auxílio médico do endocrinologista Christian Hamburger, afirmando que seria hermafrodita e que sempre viveu como mulher. Por esse motivo, seria necessário se submeter a uma intervenção cirúrgica para modificar o seu corpo. Jorgensen fazia uso de hormônios femininos há anos e, por isso, as características femininas lhe eram sobressalentes. O seu relato, juntamente à sua aparência feminina e o pouco conhecimento sobre a transexualidade, levou a equipe médica a acreditar em sua versão e remover sua genitália (DIAS; ZENEVICH, 2014; RODRIGUES; CARNEIRO; NOGUEIRA, 2021).

Ao retornar para aos Estados Unidos, Christine Jorgensen (nome escolhido em homenagem ao médico que lhe operou) passa a ter sua vida explorada pela mídia, ficando amplamente conhecida, inclusive fomentando novos debates científicos sobre mudança de sexo. Tomando este caso como referência de estudo, o endocrinologista Harry Benjamin publicou, em 1953, o seu famoso artigo “*Transsexualism and Transvestism as Psycho-Somatic and Somato-Psychic Syndromes*” no qual tentou fazer uma distinção entre travestis e pessoas transexuais. Segundo essa diferenciação, as pessoas transexuais poderiam ser identificadas como aquelas que possuem uma profunda identificação com o sexo oposto ou, nas palavras de Benjamin (2006, p. 46, tradução nossa), “um desejo intenso e, muitas vezes, obsessivo de mudar o *status* sexual, incluindo a estrutura anatômica”. A categoria “travestis”, por sua vez, estaria associada às perversões e ao fetichismo (LEITE JR., 2008).

Posteriormente, em 1966, Benjamin lançou o livro intitulado “*The Transsexual Phenomenon*”, no qual traçou os critérios que serviriam de base para identificar e diagnosticar o que considerava como “transexual verdadeiro”. Dentre esses critérios estava a aversão aos próprios órgãos genitais e o desejo de removê-los. É a partir desse momento que a temática da transexualidade é capturada pelo campo biomédico, que toma os escritos de Harry Benjamin como uma das principais influências para a inclusão dessa identidade nos manuais de diagnósticos (DIAS; ZENEVICH, 2014; ARÁN; MURTA, 2009; LEITE JR., 2008).

Nesse cenário, a tentativa de conceber a gênese da transexualidade conduziu diversos pesquisadores a formular teorias médicas e sociológicas, inclusive com a defesa de que as intervenções corporais seriam a única forma de “tratamento” possível. Além de Harry

Benjamin, outros dois personagens contribuíram na condução desta identidade para um lugar da medicalização e patologização, são eles: o psicólogo e sexólogo John Money e o psicanalista e psiquiatra americano Robert Stoller.

Money propôs, em 1955, que o conceito de gênero poderia ser melhor definido a partir da compreensão dos papéis sociais desempenhados por homens e mulheres, uma vez que os aspectos culturais da socialização seriam de fundamental importância para a formação da identidade das pessoas. Tomando como base a teoria dos “papéis sociais”, formulada pelo sociólogo Talcott Parsons, Money argumenta que a identidade sexual dos indivíduos poderia ser moldada até os 18 meses de vida, sendo definida logo após este período. Mesmo tendo avançado ao propor o uso do conceito de gênero, considerando que este não seria algo inato ou ligado a aspectos biológicos, Money reforça a ideia de continuidade entre sexo, gênero, desejo e práticas sexuais, tomando a heterossexualidade como o caminho natural a ser seguido (LEITE JR., 2008).

Stoller, por sua vez, ajudou a repercutir a temática da transexualidade ao publicar o livro intitulado “A experiência transexual”, em 1952, no qual defende que a identidade de gênero seria constituída pela combinação de aspectos masculinos e femininos, mas que estes seriam expressos em graus diferentes para cada indivíduo. Ao longo de seus estudos, o autor cria o conceito de “identidade de gênero nuclear”, a fim de “reforçar a sua tese de que existe um gênero “nuclear” e, uma vez desenvolvido e estabelecido na primeira infância, imutável” (LEITE JR., 2008, p. 149, grifo do autor) e desfazer qualquer ideia que encarasse o gênero como algo que poderia ser modificado a qualquer momento. Assim como Money, Stoller reitera o binarismo de gênero e reforça a existência de um tipo de sexualidade entendida como “normal” e que teria como regra uma heterossexualidade compulsória.

É importante destacar que tais obras, conceitos e teorizações sofreram um processo de influência mútua e se constituíram como um mecanismo, legitimado pelo discurso científico, que servirá de base para a formulação de regimes de verdades que contribuíram para sustentar a ideia da transexualidade enquanto uma patologia. Dessa forma, a criação de critérios diagnósticos para a identificação e “tratamento” por meio de intervenções cirúrgicas e hormonais, sempre passando pelo aval do profissional de medicina, atuarão como reforçadores para a entrada das identidades trans nos manuais de diagnóstico.

O “transexualismo” (o sufixo *-ismo* indica a existência de uma condição patológica), termo inicialmente utilizado pela medicina para caracterizar as experiências trans, aparece pela

primeira vez como categoria nosológica em 1980, na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Em seguida, passa a ser chamado de “Transtorno da Identidade de Gênero” no DSM-IV, e, por fim, “Disforia de Gênero”, no DSM-V. Em 1992 também passou a figurar nos manuais da Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde (OMS), na subseção dos “Transtornos da Identidade Sexual”, com o código F.64 (LEITE; SANTOS, 2016).

Além desses dois manuais, há ainda outro protocolo formulado pela “Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero” (WPATH)<sup>5</sup> que, através de suas “Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero” (*Standards of Care* ou SOC-7), busca fornecer orientações clínicas para profissionais no que diz respeito a condução das ações de assistência à saúde para pessoas trans (WPATH, 2012). Vale ressaltar, entretanto, que as versões anteriores do SOC estabeleciam os procedimentos para “tratamento” (apesar da linguagem mais compreensiva e do incentivo à não patologização, a sétima versão do SOC mantém a ideia de tratamento, numa leitura de adequação à cisheteronorma) e os critérios de elegibilidade para a realização de mudanças corporais (BORBA, 2014).

É principalmente a partir das construções delineadas por essas três instituições que as pessoas trans tiveram sua identidade enquadrada pelo diagnóstico psiquiátrico, que impõe limites à pluralidade das suas vivências.

Sob a ótica das categorias diagnósticas, conforme observam Martínez-Guzman e Íñiguez-Rueda (2010, p. 44), “existe uma identidade de gênero que corresponde “corretamente” a uma categoria de sexo, e a incongruência ou ruptura dessa correspondência é justamente o que se considera patológico”. Entretanto, não seria possível para o saber médico identificar alguma disfunção fisiológica que justificasse essa “patologia”, uma vez que os critérios diagnósticos descrevem comportamentos guiados por normas de gênero socialmente instituídas.

A patologização das vivências trans, materializada por meio das classificações diagnósticas, marca uma posição de definir o lugar do outro, servindo, principalmente, para

---

<sup>5</sup> Anteriormente chamada de “Associação Internacional Harry Benjamin para a Disforia de Gênero” (WPATH, 2012).

justificar o *status* de normalidade das cisgeneridades<sup>6</sup>. É importante frisar que, uma vez que as classificações são criadas para nomear determinados modos de ser e estar no mundo, novas realidades passam a existir efetivamente. Ser encaixado em um diagnóstico psiquiátrico, como é o caso do “transtorno de identidade de gênero” ou “disforia de gênero”, produz efeitos na forma com as pessoas sentem, pensam e se comportam em relação aos outros e a si mesmas. Nesse sentido, tais práticas classificatórias não apenas atuam como condição originária de algo, mas também assumem um papel delimitador do campo de experiências possíveis, já que pressupõem indivíduos estáveis e indiferentes à forma como são descritos (BARBOSA, 2018).

Ian Hacking (2007) se refere a essa questão como o processo de “inventar pessoas”, isto é, quando tipos de pessoas ou de comportamentos passam a existir no mesmo instante em que as categorias que usamos para nomeá-las são criadas. O autor argumenta que há duas esferas envolvidas nessa dinâmica: de um lado, está a fabricação de determinados tipos de pessoas que são criados e passam a ser reconhecidos pelo conhecimento científico. Do outro lado, estão as próprias pessoas categorizadas, que interagem com essa classificação, seja por meio da identificação com a categoria a elas atribuída ou pelo movimento de resistência ao tipo de classificação a que são submetidas. Cabe enfatizar que aqui também estamos diante de um aspecto bastante significativo do discurso: sua capacidade de produzir realidades. Assim, o discurso científico e, especificamente, o discurso psiquiátrico, não apenas descreve algo, mas produz os objetos dos quais fala (MARTÍNEZ-GUZMÁN; IÑIGUEZ-RUEDA, 2010).

O anúncio de revisão do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Internacional de Doenças (CID), impulsionou o surgimento da Campanha Internacional *Stop Trans Pathologization* (STP), que reivindica a retirada das identidades trans dos manuais de diagnóstico, trazendo a compreensão de que os gêneros são construções instáveis, contingentes e plurais. Dentre os temas que impulsionaram a campanha estão a garantia de acesso aos serviços saúde trans-específicos, por meio de uma assistência pública de qualidade, a substituição do modelo de avaliação utilizado por uma abordagem baseada na ideia de autodeterminação e a luta contra a transfobia. Defende-se o direito de todos se expressarem a partir da forma que julgarem convenientes e de ter sua voz considerada no

---

<sup>6</sup> Segundo Jaqueline Gomes de Jesus, a palavra cisgeneridade começou a ganhar evidência por volta dos anos 2000 e faz referência às pessoas não-trans. De acordo com Jesus (2015, p. 1), “Trans significa além. Logo, sabendo-se que o seu antônimo “cis” significa “deste lado”, criou-se, por contraposição, a palavra “cisgênero”, aplicada às pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi imposto socialmente”. A autora destaca que uso do termo foi politicamente necessário, considerando que a cisgeneridade também é uma identidade socialmente praticada. E, mais que isso, é um grande regime de governo de corpos que institui privilégios guiados por uma identidade de gênero idealizada – a cisnormatividade.

que se refere ao seu cuidado em saúde, sem que sejam encaixados em categorias e/ou receberem sanções sociais (ALMEIDA; MURTA, 2013; BENTO, 2012).

Diante de diversas pressões conduzidas pelo movimento de pessoas trans, em junho de 2018 a OMS anunciou que a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) passaria a apresentar um novo entendimento no que diz respeito às identidades trans. Na décima primeira versão do código, estas pessoas passam a ser incluídas na seção de “condições relacionadas à saúde sexual”, saindo da lista de transtornos mentais. A permanência das identidades trans no CID-11 se deve, segundo a OMS, pelo fato de ainda haver necessidades significativas de cuidados de saúde que podem ser melhor atendidas por meio dessa codificação (BRASIL, 2018).

A reflexão sobre a lógica desses elementos enfatiza a construção sócio-histórica que operou sobre as identidades trans, sendo estas baseadas em um paradigma que homogeneíza e limita essas vivências. Reconhecemos, como observa Viviane Vergueiro (2015), que tal leitura se situa a partir de um discurso médico-psiquiátrico ciscolonialista, especificamente vinculado à produção científica europeia e estadunidense. Entretanto, foi a partir desse entendimento sobre as identidades trans que os serviços de saúde dedicados a esta população, como o Processo Transexualizador, passaram a ser estruturados.

Berenice Bento (2006) e Fátima Santos (2011) denominam de dispositivo da transexualidade o reconhecimento médico da experiência trans enquanto patologia psiquiátrica. Inspiradas na noção Foucaultiana de dispositivo, as autoras interpretam por esta ótica aquela construção. Isto é, um conjunto de saberes e práticas que se constitui a partir da tentativa de descrição de uma dada realidade, mas que, na verdade, atua como um instrumento de criação ou atualização de normas regulatórias. Tais normas, no tema em questão, visam criar uma distinção entre experiências “normais” e aquelas que são lidas como “desviantes”. De acordo com Fátima Santos,

A ideia da transexualidade, enquanto dispositivo, reflete um conjunto de saberes que, através de relações e práticas de poder, estabeleceram sobre os corpos, o sexo e a sexualidade toda uma organização conceitual e prática que permitiu e legitimou a transexualidade como um fenômeno por excelência do âmbito médico, principalmente psiquiátrico. (SANTOS, 2011, p. 119).

O conceito de dispositivo é central nas formulações teóricas de Foucault e aqui se mostra relevante para entendermos as particularidades do caminho pelo qual percorreu o conhecimento construído sobre as identidades trans até a forma como é compreendida nos dias de hoje.

Segundo a abordagem foucaultiana, um dispositivo pode ser entendido como a rede que se estabelece entre um conjunto de elementos heterogêneo, que “engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (FOUCAULT, 2019, p. 364). Nas suas teorizações, a sexualidade é entendida como um dispositivo, algo que funciona como ponto de partida para a transformação de experiências sexuais em identidades. Para o autor, nas sociedades ocidentais, ela não é vista apenas como uma via de reprodução da espécie e/ou de prazer, mas como uma dimensão fundamental do ser humano que é capturada por um conjunto de discursos, saberes e práticas. Em outros termos, “o sexo sempre foi o núcleo onde se aloja, com o devir de nossa espécie, nossa “verdade” de sujeito humano” (Ibid., p. 344).

Foucault (2019) problematiza os mecanismos que vinculam o sexo à produção da verdade que, a partir de sua apropriação por determinados saberes (como é o caso da psiquiatria), faz circular discursos que dividem as sexualidades entre normais e anormais. As transexualidades são um produto deste dispositivo, o qual Foucault denominou de “dispositivo da sexualidade”. Portanto, a busca por essa “verdade do sujeito” ou aquilo que seria sua essência diz respeito a um movimento que, para além de tentar descrevê-lo, o produz e o faz ocupar determinados lugares.

Segundo Borba (2016), o esquadramento das vivências trans a partir da busca pela sua causa, sua definição, seus sinais e sintomas, seu “tratamento” e a sua “cura” é fruto, principalmente, de dois tipos de racionalidades que operam no interior desse processo: a racionalidade biomédica e a matriz de inteligibilidade de gênero.

Cabe destacar que as formas de racionalidades são de diferentes ordens e podem atuar a partir de diferentes campos: psiquiátrico, jurídico, biomédico, político, sexual etc., gerando efeitos distintos sobre a realidade. No caso das transexualidades, é possível observar a forma como o discurso científico, que se supõe plenamente objetivo, desempenha um papel decisivo para a produção e regulação dessas identidades. A racionalidade biomédica, que é guiada por esse discurso, tem como marca proposições generalizantes, construídas a partir de uma concepção mecanicista do processo saúde-doença e que busca explorar a distinção entre o que se entende como normal e patológico. As práticas diagnósticas são exemplos de como esta racionalidade se materializa e atua enquanto um dispositivo, em que é possível observar uma tentativa de controle e intervenção sobre os corpos.

A segunda racionalidade citada por Borba (2016) diz respeito àquilo que Judith Butler (2017, p. 43-44) denominou de “matriz de inteligibilidade de gênero”. O conceito butleriano faz referência à lógica de que deve existir coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Consoante ao padrão cisheteronormativo, o sexo possui um caráter binário: ou se é do sexo masculino, cujo elemento biológico diferenciador seria a presença de um pênis, ou se é do sexo feminino que, neste caso, deve necessariamente possuir uma vagina.

A diferenciação pelas genitálias pênis-vagina corresponde, respectivamente, à identidade de gênero homem ou mulher que, por sua vez, exercem determinados papéis sociais e devem direcionar o seu desejo para o sexo oposto. Nesta lógica, a dimensão “sexo” determinaria o destino de todas as outras (identidade de gênero, prática sexual e desejo), conferindo, portanto, a sua “inteligibilidade”. A heterossexualidade e a cisgeneridade assumem, portanto, um caráter central e, sendo encaradas como compulsórias, dominantes e normais, “exige que certos tipos de ‘identidade’ não possam ‘existir’” (BUTLER, 2017, p. 44).

As discussões propostas pelas pessoas trans no âmbito acadêmico e, principalmente, a partir dos debates que tais atores têm promovido acerca da noção de cisgeneridade como operador analítico, têm tensionado o *status* de normalidade dessa noção. A cisgeneridade, na verdade, se constitui um dispositivo que visa regular corpos, comportamentos, identidades, instituições e/ou ações assistenciais, por exemplo (VIVIANE VERGUEIRO, 2016).

O dispositivo de forma geral, e no caso em questão, o da sexualidade, funciona como um instrumento de captura de sujeitos e corpos, a partir de uma perspectiva universalizada que opera a partir de diferentes estratégias de poder e campos de saber. Os dispositivos de poder cisheteronormativos, dessa forma, organizam sistemas a partir de uma referência que é, inclusive, fortalecida e reafirmada por tudo aquilo que é considerado abjeção. É tomando a cisgeneridade como norma que se estabelece o processo de nomeação do que é considerado “normal”, “ideal” ou “congruente” e, por consequência, aquilo que é tido como “anormal”. Entendemos como *em curso* o debate científico sobre a existência de um dispositivo da transexualidade ou exclusivamente a presença do dispositivo da cisgeneridade. Este não é um ponto pacífico na comunidade científica, cujo aprofundamento do debate não cabe no presente texto. Anotamos este elemento de tensão no debate científico (informação verbal)<sup>7</sup> como expressão do campo dialógico de construções discursivas em torno do tema.

---

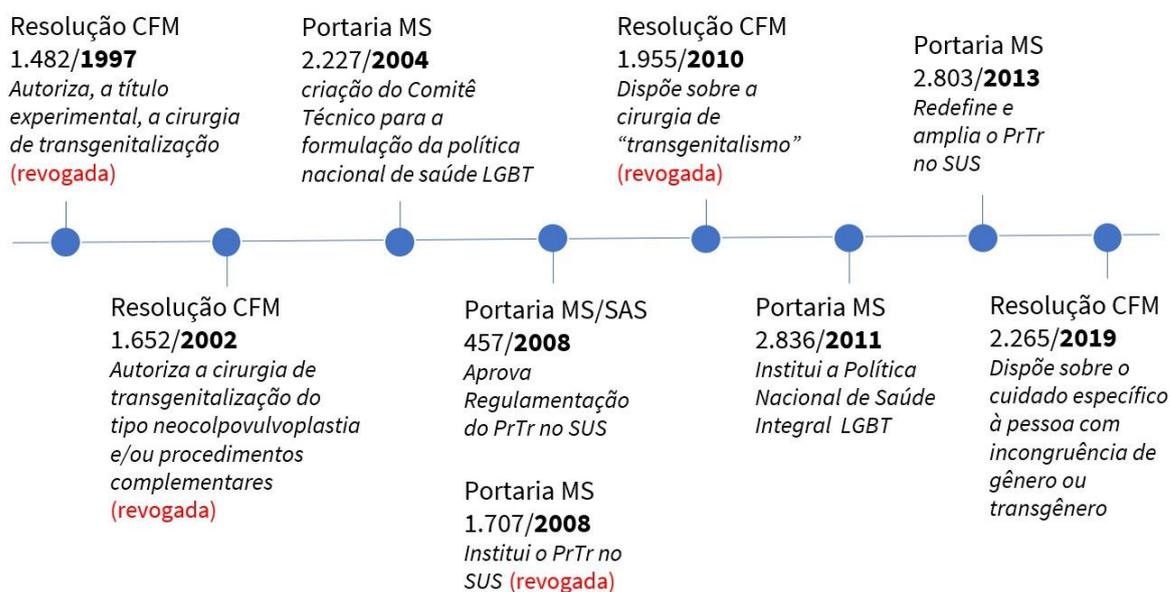
<sup>7</sup> Informação fornecida pela banca examinadora durante arguição, realizada no formato remoto em 27 de outubro de 2021. Agradecemos a Jaqueline Gomes de Jesus e Benedito Medrado pela interlocução em torno deste aspecto.

### 3.2 O Processo Transexualizador no Brasil

No Brasil, os documentos que orientam as políticas de saúde voltadas para a população trans são guiados pelas definições estabelecidas no Código Internacional de Doenças (CID) e no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). As resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) exerceram uma forte influência na organização de serviços de saúde e no estabelecimento de linhas de cuidados para pessoas trans no âmbito do Processo Transexualizador, uma vez que determinam os critérios para o “diagnóstico”, os procedimentos possíveis de serem realizados e, conseqüentemente, a inclusão e exclusão de pessoas no processo (MATOS et al., 2020). Dessa forma, para entender melhor como se deu a implementação do Processo Transexualizador no SUS, se faz necessário avaliar o tema a partir do campo da medicina e seus reflexos tanto na formulação de políticas públicas quanto nas práticas de saúde direcionadas a este público.

É importante destacar, de antemão, que a implementação do Processo Transexualizador é resultado de intensa pressão popular e das lutas travadas por grupos de pessoas trans e movimentos sociais. Dessa forma, conforme pontuam Santos e Almeida (2019, p. 1) as resoluções e portarias do CFM e do Ministério da Saúde apenas “sintetizam na superfície” os diversos embates e tensionamentos que fizeram parte do processo de disputa política que possibilitou a construção de um projeto de assistência à saúde para a população trans. Projeto este que é, de um lado, fortemente marcado pelo saber-poder biomédico e pela conseqüente tentativa de controle e tutela dos corpos trans, mas que também reflete os processos de resistência e os esforços em questionar a precariedade da assistência em saúde para este público.

**Figura 1:** Linha do tempo com alguns marcos legais referentes a implementação do PrTr no SUS.



Fonte: A autora (2020).

Conforme podemos observar na Figura 1, os serviços que atendem às demandas das pessoas trans no Brasil foram criados a partir da regulamentação dessa prática, que tem como marco inicial a publicação da Resolução nº 1.482/97 do CFM, que autorizava, a título experimental, a cirurgia de transgenitalização com o “propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico”, considerando o “paciente transexual” como “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e ao auto-extermínio” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997). Anteriormente à publicação desta resolução, a cirurgia de redesignação era considerada crime de mutilação grave pelas normas do Código de Ética Médica brasileiro, passível de cassação do exercício da medicina e até prisão (BORBA, 2016). Essa Resolução vigorou até 2002, quando foi revogada pela Resolução nº 1.652/02, que passou a autorizar a realização de cirurgias em hospitais públicos ou privados, independentemente da atividade de pesquisa, mas seguindo os mesmos critérios de acompanhamento estabelecidos na resolução anterior.

Em 2010 o CFM publicou uma nova Resolução, a nº 1.955/10, que passou a autorizar efetivamente a cirurgia de transgenitalização e outros procedimentos complementares, mantendo ainda em caráter experimental a cirurgia do tipo neofaloplastia (reconstrução peniana). O texto dessa resolução traz uma mudança digna de nota nos critérios para a autorização da cirurgia: altera a frase “ausência de outros transtornos mentais” para “ausência

de transtornos mentais”, numa visão suspostamente despatologizante. No entanto, a normativa mantém termos como “desvio psicológico”, “distúrbio”, e permanece apontando diretrizes para a realização do “tratamento do transexualismo” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010). Essa resolução, que vigorou por quase dez anos, preserva o discurso que evidencia a ideia de patologização da pessoa trans e reafirma o saber-poder médico para decidir quem pode se submeter a tais intervenções.

Em janeiro de 2020 foi publicada no Diário Oficial da União a Resolução nº 2.265 do CFM (aprovada em sessão plenária de 20 de setembro de 2019), que dispõe sobre o cuidado médico para pessoas trans. Textualmente, a nova resolução apresenta algumas mudanças, sendo uma delas a definição da transexualidade, que aqui passa a ser entendida como uma “incongruência” expressa pela “não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). Embora neste documento o CFM tenha eliminado termos que produziam um maior estigma e passe a fazer uso de novos recursos linguísticos para se ajustar ao debate atual, diversos pesquisadores/as afirmam não haver avanços significativos, tanto em termos normativos quanto no que se refere a consensos internacionais sobre o cuidado em saúde direcionado às pessoas trans (MATOS et al., 2020).

De acordo com a análise realizada pelo grupo de pesquisadores/as, podem ser encontrados vários pontos de fragilidade e contradições na Resolução nº 2.265 do CFM, dentre eles podemos destacar: as definições das transexualidades e travestilidades estabelecidas na resolução fixam e limitam identidades, negando a existência de diferentes expressões de gênero; há uma confusão terminológica entre sexo/gênero, uma vez que o documento considera que há perfeita correspondência entre genitália e expressões de gênero; o uso do termo de consentimento livre e esclarecido se dá mais como uma estratégia de proteção ao profissional do/a que ao usuário/a; o êxito em obter uma “formulação diagnóstica específica” dada por um psiquiatra permanece como condição de acesso aos cuidados em saúde; e o não reconhecimento de que as vulnerabilidades psíquica e social das pessoas trans estão diretamente relacionadas à transfobia presente na sociedade (MATOS et al., 2020).

Voltando para o terceiro ponto da nossa linha do tempo, em 2004 o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 2.227 com a finalidade de criar um Comitê Técnico para a formulação da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais. Este Comitê surge como uma das ações previstas no Programa “Brasil sem Homofobia”, que tem como objetivo combater a violência e a discriminação contra a população LGBT. Em 2011, através da Portaria nº 2.836, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi lançada. Esta é

encarada como um marco histórico no que diz respeito ao reconhecimento das necessidades específicas de saúde da população LGBT, reconhecendo também os reflexos da discriminação, do estigma e da exclusão social no processo de saúde-doença deste público. Esta política, que é norteada pelos princípios da equidade, universalidade e integralidade, tem como um de seus objetivos o aprimoramento do Processo Transexualizador do SUS, bem como a garantia de acesso a todos aqueles que necessitam dessa modalidade de cuidado.

O Processo Transexualizador foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2008, por meio das Portarias nº 1.707/GM/MS e nº 457/SAS/MS. Essa primeira portaria, no entanto, não contemplava as travestis. Em 2013, visando oferecer um cuidado integral à população de transexuais e travestis, o Ministério da Saúde revogou a portaria de 2008, que foi substituída pela Portaria nº 2.803 para redefinição e ampliação das ações de cuidado. A portaria atual estabelece as normas de habilitação dos serviços na modalidade ambulatorial e hospitalar e os estabelecimentos de saúde autorizados a prestar essa assistência. Além disso, traz como atualização a alteração da idade mínima para a hormonioterapia (que antes só poderia ser iniciada aos 21 anos) e a ampliação do número de procedimentos cirúrgicos oferecidos pelo SUS para os homens trans, ainda que em caráter experimental.

É importante destacar que todas as portarias do Ministério da Saúde levam em consideração os critérios estabelecidos nas resoluções do Conselho Federal de Medicina. Assim, durante todos esses anos, a vivências trans vem sendo pensadas sob um prisma patologizante. Por esse viés, àqueles/as cuja performance de gênero é considerada “anormal” ou “desviante” é oferecido acesso aos serviços de saúde com o único propósito de adequar os seus corpos à linguagem binária hegemônica, já que, para ser uma pessoa inteligível, se faz necessário expressar coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo (BUTLER, 2017). Nesse cenário, o Processo Transexualizador surge na tensão entre a necessidade de traduzir a transexualidade numa patologia psiquiátrica, descrita a partir de um modo de funcionamento fixo e específico, e os que defendem a despatologização, entendendo que as vivências trans comportam diferentes formas de subjetivação (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; BORBA, 2014).

Se considerarmos que há múltiplas possibilidades de vivenciar o gênero e que aquelas pessoas que desejam transicionar para o gênero com o qual se identifica são plenamente capazes de atuar como agente destas transformações, de falar por si, protagonizar sua própria existência e de produzir resistência, não há justificativa para que as práticas de cuidado sejam orientadas a partir de uma lógica patologizante.

Entender as identidades trans sob o viés não patológico, assim como promover estratégias de cuidado em saúde sensíveis às demandas dessa população, significa compreender que essas pessoas constroem suas identidades a partir dos mesmos processos que aquelas lidas como "normais". É a partir desses questionamentos que surgiram as mobilizações com o objetivo de tensionar o estatuto de verdade do discurso biomédico e o “conjunto de forças discursivas e práticas sociais que forjaram o que se convencionou chamar de transexualidade” (LIMA; CRUZ, 2016, p. 167), incitando mudanças nos dispositivos que tentam capturar as experiências trans, como é o caso dos manuais diagnósticos. Tal deslocamento introduz a possibilidade de perceber que a construção de certas categorias nas quais as pessoas são encaixadas não é algo dado, mas constituído em meio às práticas históricas de saber-poder.

Diferentes estudos apontam que a patologização, assim como a discriminação têm, muitas vezes, limitado as possibilidades de efetivar o cuidado em saúde (BORBA, 2014; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; ROCON; SODRE; RODRIGUES, 2016; SOUZA; IRIART, 2018; SPIZZIRRI et al., 2017). O debate acerca da despatologização das identidades trans, no entanto, é bastante complexo, já que parte da população trans teme que a retirada dos manuais diagnósticos implique a perda do acesso gratuito ao Processo Transexualizador pelo SUS. A questão que se coloca, por outro lado, é se essa categorização produzida pela medicina e pela psiquiatria e sua inclusão no domínio das doenças mentais, garante algum direito de fato ou se é apenas mais um modelo de controle de corpos que estão situados fora da norma de gênero dominante.

Sousa e Cavalcanti (2016, p. 137) pontuam que tais discursos e práticas criam uma “série de aparatos e instituições que produzem a(o) sujeita(o) a que esperam “cuidar””. Os autores afirmam ainda que a homogeneização das vivências trans causadas pela condição de patologização abre espaço para que os profissionais de saúde se percebam como aqueles que detém o poder de decisão sobre o processo de transição dessas pessoas. É neste contexto que as ações em saúde deixam de produzir cuidado e passam a se configurar como tutela.

Nesta direção, Sofia Favero (2020) acrescenta que além da tentativa de promover uma despatologização do gênero, é preciso avançar em busca de uma “despatologização epistemológica” (p. 411). Isto é, olhar para as estruturas político-sociais e considerar que os diversos aparatos institucionais utilizados para lidar com as questões que envolvem as transexualidades e travestilidades estão situados dentro de uma organização cisgênera. Significa, antes de tudo, desfazer toda uma linha de pensamento que sustenta e está por trás dos diferentes conhecimentos que se dizem neutros e científicos, mas que atuam a partir de

mecanismos opressores. O desafio, diante desse tema, é pensar se é possível, no cotidiano de um serviço específico de saúde, construir uma relação com o outro sem deixar de considerar a forma como esse outro produz sua própria existência e constrói suas necessidades de saúde.

Considerando essas questões, entende-se que a produção de cuidado em saúde para a população trans tem colocado em cena diferentes sentidos, que transitam entre a potencialidade desses serviços de produzir direitos, mas também tensões e conflitos. Assim, as reflexões que se articulam ao processo de cuidado em saúde apontam para a necessidade de se discutir a hegemonia do modelo biomédico, geralmente ligado à dimensão técnica, considerando que as formas específicas de vivenciar as transexualidades vão além de critérios diagnósticos generalizantes e das práticas decorrentes desse tipo de interação.

### 3.3 A Psicologia e as identidades trans

A Psicologia, principalmente por meio dos seu Sistema Conselhos (federal e regionais), tem contribuído cada vez mais com os debates acerca das pessoas trans, posicionando-se institucionalmente a favor da despatologização dessas identidades. Embora este campo do saber tenha produzido discursos que, historicamente, acabaram por reiterar a perspectiva cisheteronormativa, por outro lado, suas recentes produções têm impulsionado a defesa de conceitos importantes para se repensar o paradigma da patologização, como é o caso da autodeterminação de gênero e da utilização do conceito de cisgeneridade enquanto operador analítico (VIEIRA et al., 2019; MATTOS; CIDADE, 2016).

A Resolução 01/1999 foi o primeiro documento lançado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) com objetivo estabelecer normas de atuação para os psicólogos em relação à orientação sexual. O documento recomenda que tais profissionais não reforcem preconceitos, participem de ações patologizantes ou atuem no sentido de buscar tratamentos e práticas reorientação para a homossexualidade. Vale destacar que esta resolução foi a que recebeu o maior número de ações judiciais, o que põe em evidência o campo de forças que opera persistentemente nas questões ligadas ao gênero e a sexualidade (CAVALCANTI; CARVALHO; BICALHO, 2018).

Em 2013, o CFP publicou uma nota técnica sobre o Processo Transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans. Este documento é composto por oito orientações, que

destacam o respeito pela diversidade, o atendimento humanizado, a não patologização das diferentes identidades de gênero e a promoção da autonomia das pessoas que buscam este serviço. Sendo lançada logo após à regulamentação do Processo Transexualizador no SUS, a nota técnica oferece referências para a prática psicológica, ao mesmo tempo em que tensiona a lógica patologizante imposta pelas normativas do CFM (LIONÇO, 2016).

Recentemente o CFP elaborou mais uma normativa no sentido de orientar os profissionais de psicologia em relação às vivências trans. Em 29 de janeiro de 2018, Dia Nacional da Visibilidade de Travestis e Transexuais, foi publicada a Resolução 01/2018, que “estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). Diferentemente da nota técnica, que tem apenas o intuito de orientar, a resolução prevê fiscalização e sanções éticas no caso de descumprimento daquilo que foi estabelecido na norma.

A Resolução 01/2018 se destaca ao lançar mão de conceitos como “cisnormatividade” e “cisgeneridade”, tecendo um diálogo com os atuais estudos de gênero e com o que vem sendo produzido academicamente pelas próprias pessoas trans. Outro elemento importante que põe a normativa em posição de destaque é a utilização da noção de autodeterminação das identidades de gênero, que insere questões importantes para se pensar as dinâmicas de poder que atravessam a relação entre as vivências trans-específicas e os diferentes campos que tomam para si a incumbência de definir o outro (CAVALCANTI; CARVALHO; BICALHO, 2018; CANNONE, 2019). O conceito de autodeterminação é fundamental para tensionar a lógica da tutela, sendo este considerado como um exercício de autonomia (BUTLER; RIOS, 2009), de ativação de protagonismos ou, em outras palavras, um processo que garante a liberdade e o direito de cada pessoa para determinar sua identidade de gênero.

Através desses documentos, de resoluções e de diversas campanhas, o CFP tem convocado a categoria a refletir sobre sua atuação frente a este público, principalmente no sentido de saber escutar suas reivindicações para, em conjunto e de forma dialogada, contribuir na formulação de políticas de saúde compatíveis com as demandas dessa população. Os profissionais são convidados a pensar numa atuação que esteja atenta e questione os diferentes processos de violação sistemática, exclusão e patologização que afetam as pessoas com identidades de gênero culturalmente vistas como inconformes. Nesta direção, abre-se a possibilidade de pensar sobre o lugar do/a profissional da psicologia não enquanto um confirmador de supostas verdades ou aquele que dispõe de um poder regulador para dizer o que as pessoas trans são, mas sim como responsável por criar espaços para a discussão e contribuir

para que os processos de cuidado incidam sobre questões de saúde específicas das vivências dessas pessoas.

### 3.4 O cuidado em saúde

O cuidado em saúde é um objeto de estudo complexo, uma vez que pode ser abordado a partir dos mais diferentes ângulos. Podemos dizer que se assemelha a um prisma, com cada uma de suas faces indicando uma de suas perspectivas, que podem ser melhor compreendidas se vinculadas a contextos, interesses e sentidos que são histórica e culturalmente configurados.

Uma breve exploração etimológica nos revela que as palavras “cuidar” e “cuidado”<sup>8</sup> são derivadas do latim *cogito/cogitare* e expressam as ações de imaginar, pensar, meditar, refletir. Dentre os seus significados podemos encontrar: atenção, cautela, precaução, diligência, desvelo ou interesse por algo. Tais significados nos indicam que mesmo no campo semântico é possível encontrar uma pluralidade de sentidos, que nem sempre são confirmados pelos sentidos que essa expressão assume no cotidiano das diferentes práticas de saúde.

Alguns autores buscaram descrever o cuidado, apresentando conceitos que dessem conta de caracterizá-lo. O termo tem sido explorado, principalmente, nas áreas da filosofia e da saúde, tendo lugar também nas representações do senso comum. De maneira geral, a visão do senso comum entende o cuidado em saúde como um “conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (AYRES, 2004a). Para Anéas e Ayres (2001) essa compreensão restringe a noção de cuidado à utilização de recursos e procedimentos terapêuticos. Além disso, parte do pressuposto de que aquele que recebe o cuidado é passivo, ficando à espera de técnicas que deem conta de maneira precisa e planejada da demanda que foi apresentada. Esta visão é, portanto, fragmentada e simplificada, já que não leva em conta a complexidade do cuidado, principalmente no que concerne ao seu aspecto relacional.

No campo da filosofia, uma das tentativas de descrição do cuidado pode ser encontrada na obra “Ser e Tempo” de Martin Heidegger. Para Heidegger (2005/1927), o cuidado é a dimensão originária da condição humana no mundo, uma essência *a priori* que orienta a pessoa em suas ações. O filósofo afirma que a totalidade estrutural do ser-no-mundo (o que ele chama

---

<sup>8</sup> Cf. “cuidar” e “cuidado”, em Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [online], 2008-2020, <https://dicionario.priberam.org/cuidado> [acessado em 24 de maio de 2020].

de “*Dasein*”) revela-se por meio do cuidado. A visão ontológica do cuidado expressa por Heidegger influenciou alguns estudos sobre o cuidado na área da saúde, conforme veremos no tópico seguinte.

De acordo com Boff (2020, p. 392), também numa perspectiva filosófica, “o cuidado pertence à essência do humano e de tudo o que existe e vive”. As palavras de Boff evidenciam que todos nós, em alguma medida, necessitamos de cuidado e coloca a problemática da interdependência como fundamental para se pensar as relações sociais, sendo o cuidado o elemento que constitui a existência humana. Assim, para este autor, “cuidar é mais do que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p. 12).

No campo da saúde, um dos terrenos mais férteis em que tem sido abordado, o termo abarca principalmente os aspectos relacionais que atravessam a ação do agente cuidador para com o outro. O conceito de acolhimento se soma a esta discussão, já que está presente em todo e qualquer encontro e é aquilo que, de certa forma, sustenta o cuidado. Para Silva et al. (2018), acolher significa reconhecer o diferente e a singularidade expressa nas necessidades de saúde. Sendo assim, “a atitude dos profissionais pode ser a porta de entrada ou de saída dos serviços de saúde” (Ibid., p. 253).

Marilene Sá, Maria de Fátima Tavares e Marismary De Seta (2018) afirmam que a crescente relevância da temática do cuidado, tanto nas produções acadêmicas quanto nos serviços de saúde, se deu a partir de duas condições principais: a primeira delas diz respeito ao deslocamento do foco de interesse dos pesquisadores da área, que passou da análise de problemas macropolíticos para questões relacionadas ao campo micropolítico, com destaque para as interações entre os indivíduos. Esse movimento também se expressa por trazer para o centro do debate temas como o acolhimento, a integralidade da assistência, a humanização dos serviços e das práticas de saúde e as situações do cotidiano da vida.

Como segunda condição para o aumento da produção sobre o cuidado em saúde, as autoras citam o movimento de reação à dinâmica social contemporânea, marcada pelo avanço do individualismo e de diferentes processos sociais, como a desigualdade, a intolerância, a exclusão social, a desvalorização da vida e a banalização do sofrimento alheio. Somado a isso, estão a precariedade das condições materiais, tecnológicas, a insuficiência de pessoal, a fragmentação do cuidado provocada pelo processo de especialização, além da visão

reducionista de práticas baseadas em modelos assistenciais biomédicos dominantes, com foco na doença e na aplicação de rígidos protocolos (SÁ, 2009; SÁ; TAVARES; DE SETA, 2018).

No âmbito do sistema de saúde brasileiro, o debate sobre o cuidado parece estar em sintonia com a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2015). Uma das propostas dessa política é fomentar a autonomia dos/as usuários/as, o protagonismo e a corresponsabilização no cuidado de si. Neste sentido, a PNH põe em destaque o respeito às diferenças e o caráter singular das histórias de vidas que são trazidas ao serviço de saúde, uma vez que investe na ideia de cuidado para além da intervenção em determinado “problema” de saúde, priorizando os processos intersubjetivos.

Conforme pontua Marilene Sá (2009), em algumas áreas, o discurso e as práticas de humanização já se encontram consolidados, como é o caso da assistência ao parto e ao paciente terminal. Em outros serviços, porém, a atenção a este tipo de política só se deu mais recentemente. As ações de humanização voltadas para serviços que atendem o público LGBT, por exemplo, enfrentam uma série de desafios, uma vez que, institucionalmente, reconhecer como legítimas as demandas trazidas por esses/as usuários/as e estabelecer uma boa comunicação com esse público tem sido algo frágil.

A proposta de humanização do SUS está presente na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013). Esse documento estabelece diretrizes e ações de enfrentamento à discriminação ao preconceito institucional, sendo o respeito às especificidades do público LGBT tido como o “fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde” (Ibid., p. 8). Os debates atuais indicam que o Processo Transexualizador do SUS, contemplado por essa política, poderia intensificar seus processos de humanização por meio de ações despatologizantes, que visem a autonomia e o empoderamento dos/as usuários/as, dando a estes a possibilidade de falar por si e indo além das práticas diagnósticas centradas nos procedimentos.

Além de estar aliado ao debate sobre acolhimento e humanização das práticas de saúde, o cuidado em saúde também é frequentemente associado à discussão sobre integralidade. Sendo amplamente conhecida como uma das diretrizes fundamentais do SUS, a ideia de integralidade também tem se destacado pelo seu caráter polissêmico. Mattos (2009) apontou algumas nuances desses sentidos, segundo o que lhe parece ser mais relevante no rol de práticas de saúde. Em primeiro lugar, o autor destaca “a integralidade como um traço da boa medicina” (p. 48), ou

seja, um modo de operar os processos de trabalho em saúde a partir de um olhar abrangente sobre as necessidades daqueles que buscam um serviço. Outro conjunto de interpretação do termo estaria relacionado ao que o autor chamou de “integralidade como modo de organização dos serviços e das práticas de saúde” (p. 56), que trata da articulação entre a saúde pública e a assistência médica, em que os serviços passam a ser estruturados de modo a promover uma compreensão ampliada e unificada das demandas da população atendida.

O terceiro conjunto de sentidos destacado por Mattos (2009, p. 61) aborda as configurações de políticas específicas, isto é, “políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional”. Ressalta-se, nesta perspectiva, a recusa em reduzir aqueles que são alvos de uma determinada política a objetos descontextualizados. A resposta governamental a problemas específicos de saúde deve, portanto, incorporar as ações de prevenção e de assistência, respeitando as especificidades dos diferentes grupos atingidos por um problema.

Estes conceitos ou princípios se complementam e, em conjunto, atuam como ferramentas que têm a capacidade de potencializar as práticas de saúde, viabilizando e concretizando as ações de cuidado (SEIXAS et al., 2016). Pensar no cuidado como objeto de pesquisa e, em especial, o cuidado em saúde para pessoas trans revela o quanto a organização de serviços de saúde tem como grande desafio a construção de políticas e práticas assistenciais que se mostrassem sensíveis às demandas apresentadas pelos diferentes públicos. São nesses espaços que a noção de cuidado se torna mais complexa, uma vez que absorve referências pautadas na garantia de direitos e na equidade da assistência.

### 3.5 As múltiplas perspectivas do cuidado em saúde

Partimos do pressuposto de que o cuidado em saúde não é um fenômeno estático, mas multidimensional, principalmente quando vinculado ao tema transversal desta pesquisa. Entendemos que as práticas de cuidado em saúde podem ser histórica e culturalmente situadas, transformando-se diante da mudança de muitos elementos, como os repertórios linguísticos, as tecnologias de saúde, as políticas públicas, entre outros.

Portanto, para ampliar nosso conhecimento sobre essa temática, é preciso trazer à luz conceitos e teorias que ajudarão a orientar este estudo e dar sustentação à nossa análise no que diz respeito aos sentidos sobre o cuidado em saúde, levando-se em consideração o contexto

social particular em que estes foram construídos. Não se trata, porém, de uma tentativa de esgotar todas as possibilidades de compreensão do termo, mas sim de ampliar o entendimento e construir uma base para fomentar a discussão, apresentando algumas das diferentes perspectivas e reflexões críticas envolvidas nesse diálogo.

Diversos autores, principalmente do campo da Saúde Coletiva, têm se debruçado sobre a noção de cuidado, impulsionados pelo debate sobre a perspectiva política da integralidade e da humanização das práticas de saúde. Muitos deles citam a dificuldade em conceituar o termo (BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2004; ALVES, 2019), por se tratar de uma expressão polissêmica e por não existir uma definição global que abarque todas as suas dimensões. Uma melhor compreensão do termo, portanto, parece estar bastante ligada ao contexto de saúde em que o cuidado está situado.

Ayres (2001, 2004b, 2006) afirma que o cuidado em saúde pode ser compreendido de maneira ampla, possuindo uma dimensão existencial que aponta para uma atitude terapêutica que possa levar o indivíduo a retomar os seus projetos de vida e felicidade. Por “projeto de felicidade” entende-se o ideal de humanização que remete à produção de respostas/experiências positivas ou a condições que aqueles que buscam um serviço de saúde desejam alcançar. Neste sentido, o cuidado surge como uma sabedoria prática que, em constante interseção com os aspectos técnico-científicos, direciona as ações de saúde para a busca do que o autor define como “êxito técnico” e “sucesso prático”, a fim de que os projetos existenciais de indivíduos e comunidades sejam alcançados.

Ao abordar o cuidado como um construto filosófico, tomando como base a fábula de Higino presente na obra “Ser e Tempo” de Heidegger, o autor o descreve como uma categoria com a qual se pretende caracterizar, ao mesmo tempo, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reivindica uma ação terapêutica. Isto é, “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (AYRES, 200a, p. 74).

Trata-se, portanto, de uma atitude de reconstrução da intersubjetividade, uma sabedoria apoiada na tecnologia, mas que não se resume a ela. Assim, entende-se que a maneira como são construídas e aplicadas as tecnologias e conhecimentos científicos fornece os contornos específicos para o que se pode denominar como intervenção em saúde.

Além da categoria ontológica descrita acima, outras três perspectivas conceituais de cuidado são apontadas por Ayres (2004a), quais sejam: a categoria genealógica, a categoria crítica e a categoria reconstrutiva. Ao versar sobre a categoria genealógica, Ayres faz uso do conceito foucaultiano de “cuidado de si”. Enquanto na categoria ontológica o cuidado é abordado como algo que é constitutivo da condição humana, aqui ele é tratado como uma expressão de formas de vida da civilização ocidental, sendo uma necessidade universal do ser humano. A discussão em torno da noção do cuidado de si, trazida por Foucault, aborda uma espécie de tecnologia que “emerge da experiência social na forma de saberes e práticas voltados para a construção do lugar do eu e do outro na complexa teia de suas interações, nos planos público e privado” (AYRES, 2004a, p. 79).

Em relação à categoria crítica, o autor problematiza o cuidado em relação ao “modo de interação nas e pelas práticas de saúde nos seus moldes contemporâneos” (ARYES, 2004a, p. 81), que tem se voltado para o uso de tecnologias centradas em uma racionalidade científica. Para ele, a aplicação de tecnologias de saúde nesta perspectiva tem pontos positivos e negativos, uma vez que tanto podem oferecer maior segurança para a intervenção terapêutica, quanto nos levar a refletir sobre sua capacidade de disciplinar ou regular os corpos, além de não considerar o/a usuário/a em sua complexidade e, muitas vezes, não se mostrar sensível às necessidades das pessoas.

A categoria reconstrutiva, por fim, indica a possibilidade de reconciliação entre as práticas assistenciais e os projetos de vida e felicidade. Neste sentido, as interações terapêuticas deveriam deixar de ser guiadas exclusivamente pelo exame de objetos de intervenção ou a busca pelo êxito técnico, passando a considerar aquilo que o outro deseja como modo de vida. Para isso, três motivações seriam fundamentais para lidar com os desafios que se colocam na busca pela reconstrução das práticas de saúde: 1) voltar-se à presença do outro; 2) otimizar a interação; e 3) enriquecer horizontes. Na visão de Ayres, a importância do cuidar nas práticas de saúde está exatamente na (re)construção de ações de saúde e de legítimos espaços de encontro intersubjetivo.

Para adensar a discussão sobre as tecnologias empregadas no cotidiano das práticas de saúde, conforme discutido por Ayres em referência à categoria crítica, é pertinente citar o trabalho de Merhy (2000; 1998). O autor classifica as ações de saúde a partir das tecnologias envolvidas. Refere tecnologias dura, leve-dura e leve, que dizem respeito, respectivamente, aos recursos materiais utilizados, aos saberes estruturados e aos aspectos relacionais presentes no processo de cuidado ou naquilo que ele denomina de “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho

em saúde<sup>9</sup>. Como tecnologias leves, o autor aponta o acolhimento, o vínculo, uma escuta que permita a expressão do outro e a construção de uma relação em que a responsabilidade seja compartilhada e vise a autonomia do/a usuário/a. As tecnologias leves-duras são os saberes técnicos e científicos como a clínica médica, a epidemiologia e todo o conjunto de conhecimentos que operam no processo de trabalho em saúde. Já as tecnologias duras dizem de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas e estruturas organizacionais, por exemplo.

Para Malta e Merhy (2010, p. 599), o cuidado em saúde pode ser entendido como “uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa”. Nesse vasto jogo de produções, a dimensão cuidadora, que é produtora de tecnologias leves, é fundamental para ampliar a capacidade dos trabalhadores de lidarem com a subjetividade, com as necessidades de saúde dos/as usuários/as e, portanto, com a produção de um cuidado integral à saúde.

Para estes autores, as ações centradas em rígidos protocolos, isto é, aquelas que valorizam a dimensão biológica e técnica, acabam criando uma forma de assistência em saúde que pouco dialoga com os aspectos subjetivos implicados no processo de saúde, que é o modo como o/a usuário/a produz sua própria vida. Assim, a potencialidade do encontro entre profissional e usuário/a pode ser intensificada ou mesmo reprimida em função do modelo de assistência praticado e dos pressupostos adotados (MALTA; MERHY, 2010).

Mary Jane Spink (2015) problematizou a noção de cuidado numa perspectiva relacional, reunindo contribuições da filósofa Annemarie Mol como pano de fundo. Nessa perspectiva, a autora pontua as múltiplas possibilidades de se posicionar e ser posicionado (cliente, paciente e cidadão) nos serviços de saúde. Em seu livro *The logic of care*, Mol (2008, citada por Spink, 2015) propõe o uso do termo “pacientismo” (numa analogia ao feminismo) como uma forma de desconstrução da centralidade da doença no posicionamento de pessoas que procuram um serviço de saúde. Para Spink (2015), analisar esses posicionamentos é uma forma de compreender a dinâmica do bom cuidado.

Ao discutir sobre a relação médico-paciente, Pellegrino (1985, citado por Fry, 1990), bioeticista e estudioso da ética na prática médica, observou que há pelo menos quatro sentidos que a palavra “cuidar” pode assumir, no entendimento dos profissionais de saúde. O primeiro

---

<sup>9</sup> Para Merhy (2007) o trabalho em saúde (e em educação) distingue-se do trabalho morto, o da produção industrial em série. Em saúde (e educação), o produto do trabalho chega em seu estado final no momento mesmo em que o/a trabalhador/a está em ato, executando-o.

sentido que ele destaca é o “cuidado como compaixão”, que reflete a preocupação com o outro ou o fato de sentir-se afetado pela situação que a outra pessoa apresenta. O cuidado, nesta lógica, não encara o paciente apenas como objeto de determinadas intervenções, mas como alguém com quem se compartilha a mesma humanidade.

O segundo sentido proposto por Pellegrino é o de cuidado como “exercício de confiança entre usuário/a e profissionais”, que trata da crença no conhecimento do médico e ao que ele se propõe. O terceiro sentido versa sobre o cuidado como “acompanhamento do outro em sua trajetória com vistas à sua autonomia”. O quarto sentido, por fim, aborda o cuidado como “meio de disponibilizar os recursos necessários (pessoais e técnicos) para ajudar o outro”, isto é, a tentativa de fazer pelo outro aquilo que ele não pode fazer por si mesmo (FRY, 1990, p. 19-20). Nota-se que o modelo apresentado por Pellegrino implica, sobretudo, um entrelaçamento de aspectos técnicos e pessoais envolvidos no encontro clínico, abrangendo questões éticas. Para este autor, o cuidado integral, nos quatro sentidos apontados, é uma “obrigação moral” dos profissionais de saúde (FRY, 1990; ALVES, 2019).

Na visão de Roseni Pinheiro (2010), o cuidado é postulado como valor do direito humano à saúde, destacando a centralidade do usuário/a na produção de cuidado em contextos de efetivação desse direito. Para a autora, trata-se de “ação de integralidade que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser e ter saúde” (p. 20). A ideia de “direito de ter saúde” implica a garantia de acesso às diferentes práticas terapêuticas e o fato de o usuário/a poder participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser utilizada consigo. Já o “direito de ser” na saúde se manifesta através do respeito às diferenças entre as pessoas, conferindo uma abertura para a produção de cuidado como exercício da cidadania. A compreensão da autora é a de que essa visão do cuidado possui uma estreita ligação com três princípios da política de saúde: a integralidade, a universalidade e a participação.

Maria Raquel Pires (2005), de forma similar a Roseni Pinheiro, entende o cuidado em saúde como uma via para “assegurar vida, direitos e cidadania”. A autora acrescenta que o cuidado possui uma dimensão política e traz consigo um caráter ambivalente, sendo a ajuda também considerada como relação de poder. Neste viés, o cuidado pode possuir tanto um caráter emancipatório, que possibilita o fortalecimento da autonomia das pessoas, quanto de tutela e domínio. Para Pires (2005, p. 1032), “na relação estabelecida no ato de cuidar, em que ajuda e poder se confrontam e se superam nas sínteses dos atos produzidos, acredita-se que seja

possível emancipar por meio da construção de autonomias de sujeitos, sabendo-as relativas e processuais”.

Pires (2005) considera que a reflexão sobre a politicidade do cuidado é capaz de desconstruir a assimetria existente entre ajuda e poder a partir de três proposições, quais sejam: *conhecer para cuidar melhor* – que implica a compreensão do contexto sócio-histórico no qual são geradas as relações de ajuda-poder; *cuidar para confrontar* – que envolve o fortalecimento da autonomia das equipes de saúde, principalmente por meio do diálogo com os saberes partilhados pela população; e *cuidar para emancipar* – que implica o manejo da ajuda-poder e a construção de práticas que sejam capazes de desfazer as assimetrias de poder. Esse “triângulo emancipatório do cuidar”, conforme é denominado pela autora, alinhado às políticas públicas e aos processos de trabalho em saúde, pode se constituir numa referência capaz de criar cenários propícios para o fortalecimento da autonomia das pessoas.

Considerando as formulações teóricas resgatadas acima, observa-se que a noção de cuidado pode transitar entre diferentes perspectivas que, possivelmente, se entrecruzam durante os processos de saúde. Ballarin, Carvalho e Ferigato (2010), ao discorrerem sobre os diferentes sentidos do cuidado no campo da saúde mental, observaram que há pelo menos três categorias presentes na literatura a partir das quais o termo costuma ser abordado, são elas: ética e filosófica, técnica-instrumental e política. A perspectiva filosófica aborda o cuidado como um fenômeno ontológico-existencial — em referência às formulações de Heidegger — e que está na essência da existência humana. No que diz respeito à ética, o cuidado é abordado como algo que está na base da prática profissional, devendo esta ser orientada pelo respeito à natureza humana.

A dimensão técnica-instrumental do cuidado aponta para a reflexão sobre o modelo médico-centrado e o uso exclusivo de “tecnologias duras”. Nessa perspectiva, a construção de uma postura que envolva o acolhimento, o fortalecimento de vínculos e o convite a uma relação dialógica, marcada pela corresponsabilização, se tornam possibilidades de intervenções orientadas pelo cuidado em saúde. A dimensão política do cuidado, por sua vez, traduz-se como o direito à cidadania, conforme nos lembra Pires (2005), e põe em destaque o caráter ambíguo do cuidado, que tanto pode assumir um papel emancipador como se revelar um instrumento de submissão (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010). Essa última dimensão apontada pelas autoras nos remete fortemente aos mecanismos tutelares de captura e controle dos corpos dissidentes que ainda atuam em serviços de saúde que têm como público a população trans.

Barros e César (2018) chamam a atenção para o que, nas ações de cuidado, se impõe como dominação e assujeitamento. As autoras questionam o lugar “salvacionista naturalizado” que é dado ao profissional/cuidador e propõem uma reflexão acerca da relação entre as práticas de governo orientadas pela biopolítica e suas implicações naquelas ações de cuidado que tendem a promover controle e normalização. Cabe trazer, nesse contexto, uma breve explanação acerca das reflexões de Michel Foucault sobre *biopolítica*, *biopoder* e *governamentalidade*.

Foucault (2014/1979) utilizou o conceito de biopolítica para designar diferentes estratégias atuantes na sociedade contemporânea que têm o controle dos modos de vida da população como alvo principal. Em seus estudos, a noção de biopolítica surge a partir da observação de alguns acontecimentos que envolvem, principalmente, a transformação na forma de governar. Essa transformação ocorre entre os séculos XVII e XVIII, quando o poder soberano que detinha o direito sobre a vida e morte dos indivíduos se mostra ineficiente para conduzir as questões econômicas e políticas da sociedade. Esse contexto é marcado pela emergência de uma nova organização de poder, que se traduz pelo dever do Estado de fazer viver ou, melhor dizendo, de gerenciar a vida. Nesse novo arranjo, as tecnologias disciplinares surgem com o objetivo de produzir corpos dóceis e aptos ao trabalho produtivo.

Tais tecnologias disciplinares assumem duas características distintas: a primeira tem como foco o corpo-máquina, constituindo os dispositivos disciplinares que atuam sobre o indivíduo; já a segunda tem como foco o corpo-espécie, que envolvem as técnicas de governo das populações (SPINK; MATTA, 2007). Se na sociedade da soberania o indivíduo é avaliado a partir da obediência à lei, na sociedade da disciplina o indivíduo é classificado a partir do cumprimento de normas, cujos mecanismos de regulação determinam a sua vinculação ou não àquilo que é considerado como normalidade. No âmbito da saúde, os sistemas classificatórios (vide os manuais diagnósticos), a quantificação dos fenômenos e a distribuição de frequências são exemplos de como a categorização e a medição podem ser utilizadas como base para a construção de estratégias de controle dos modos de vida da população.

Em resumo, podemos dizer que a biopolítica (controle sobre as populações) aliada aos dispositivos disciplinares (controle sobre os indivíduos) são duas formas de governamentalidade que constituem o que Foucault chamou de biopoder (poder sobre a vida). Os mecanismos de regulação dos corpos podem ser exercidos de diferentes formas, um deles é a por meio da relação de saber-poder que atravessa os campos do saber que, muitas vezes, funcionam como instrumentos auxiliares desse controle.

Dentre os diversos modos de existência que passaram por esse processo de disciplinarização estão as expressões das sexualidades, que acabaram sendo submetidas a classificações, verificações e processos de exclusão. No caso da população trans, tais verificações se deram principalmente por meio da judicialização, da medicalização e da patologização, ancoradas em padrões cisheteronormativos (ROCON; SODRÉ; RODRIGUES, 2016; LIMA; CRUZ, 2016). Nesse sentido, podemos deslocar a noção de biopoder e governamentalidade para pensar certas questões sobre de cuidado no âmbito do Processo Transexualizador, principalmente a partir do momento em que ações de saúde visam administrar e criar mecanismos de controle, baseando-se, para isso, em saberes de diferentes campos de conhecimento (como, por exemplo, as disciplinas *psi* – psicologia, psiquiatria e psicanálise). O controle sobre os corpos, neste caso, conta com o auxílio de tecnologias disciplinares operadas também pelos saberes biomédicos que têm o poder de conceber e implementar concepções normativas acerca da sexualidade humana.

#### 4 TRILHAS DO TRABALHO INVESTIGATIVO

Esta pesquisa adotou o método qualitativo por possibilitar a compreensão dos sentidos sobre o cuidado em saúde no Processo Transexualizador, a partir da abordagem das práticas discursivas. Para Maria Cecília Minayo (2012), em pesquisas qualitativas, o verbo “compreender” assume um papel central e pode ser entendido como a principal ação neste tipo de tarefa. Entretanto, deve-se ter em mente que toda compreensão é parcial e inacabada, uma vez que tanto os participantes quanto os pesquisadores possuem limitações no entendimento e na interpretação dos fenômenos a sua volta. Por isso, todo movimento de interpretação ou de “apropriação do que se compreende” (MINAYO, 2012, p. 623) deve considerar a singularidade do contexto a que pertence.

É importante ressaltar que os tópicos que se seguem funcionam como uma forma de compartilhar a maneira como esta pesquisa foi produzida ou, melhor dizendo, compartilhar os elementos que elegemos (e que estiveram à nossa disposição) para contar uma história, reconhecendo que as nossas experiências de vida, concepções prévias, posicionamentos ético-políticos e modos de pensar a realidade se fundem e se atravessam no processo de construção das informações apresentadas.

Sendo assim, concordamos com Mary Jane Spink e Helena Lima (2013, p. 82) quando afirmam que “o sentido é, portanto, o meio e o fim de nossa tarefa de pesquisa”. Da produção de sentidos como atividade-meio fazem parte as informações utilizadas como matéria-prima de pesquisa, categorias, hipóteses e todas as outras escolhas que nos possibilitam interpretar os fenômenos investigados. Como atividade-fim temos a tarefa de tornar explícito os resultados da análise e os sentidos decorrentes do processo de interpretação. Assim, é necessário lembrarmos que as informações obtidas durante a pesquisa não são dadas, não estão aí para serem capturadas por uma pessoa que se supõe neutra, mas são co-construídas ao longo de todo o processo de pesquisa, a partir da relação entre o/a pesquisador/a (e sua bagagem teórica) e o material obtido através da imersão no seu campo-tema (SPINK, 2003).

#### 4.1 O local da pesquisa

O presente estudo foi realizado no Espaço de Cuidado e Acolhimento Trans (Espaço Trans) que, como o nome sugere, é um serviço de atenção e cuidado especializado na saúde de pessoas trans (transexuais, travestis e intersexuais). Este espaço está localizado no 2º andar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) e tem como princípios norteadores a não patologização das vivências trans; a autodesignação, isto é, a noção de que o indivíduo é quem define sua própria identidade de gênero; o trabalho em equipe multidisciplinar e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>10</sup>. O HC/UFPE é o único hospital de Pernambuco e um dos cinco hospitais públicos brasileiros a disponibilizar, através do SUS, os procedimentos necessários para o Processo Transexualizador e, por isso, foi escolhido como campo desta pesquisa.

Em 2001 o Hospital das Clínicas da UFPE iniciou a realização de cirurgias de transgenitalização do tipo *male-to-female* (homem para mulher), como parte de uma pesquisa do Departamento de Ginecologia. Nesta época, a equipe era constituída por um cirurgião ginecologista, um residente em ginecologia, um residente em urologia, um psiquiatra, uma psicóloga e uma assistente social. Entretanto, a prática foi suspensa no final de 2011, em função da aposentadoria do cirurgião ginecologista e do psiquiatra. Sobre esses atendimentos, Leonardo Tenório, Luciana Vieira e Suzana Livadias (2017, p. 114) afirmam que

O movimento social e várias pessoas do segmento trans qualificavam essas experiências como negativas, alegando falta de humanização e integralidade no atendimento, desrespeito ao nome social, cirurgias sem acompanhamento pós-operatório, cirurgias de neovaginas precisando de correções e sem terem a demanda acolhida, dificuldade de obter informações e acesso restrito a um universo ínfimo de menos de 25 pessoas trans acolhidas em 10 anos de existência de atendimento.

Nesse cenário, várias denúncias, mobilizações e intervenções do movimento LGBTQIA+ e de ativistas trans marcaram a luta pela criação de um serviço de saúde para esta população, reivindicando o reconhecimento da existência da grande demanda para atendimento no Processo Transexualizador. Em dezembro de 2013 foi aprovado pela presidência da Comissão Intergestores Bipartite Estadual o credenciamento do HC/UFPE enquanto

---

<sup>10</sup> O Projeto Terapêutico Singular (PTS) diz respeito a um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas” direcionadas a um indivíduo (ou a grupos e famílias) como resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com o/a usuário/a, considerando sua singularidade e demandas específicas de cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 40).

componente da Atenção Especializada no Processo Transexualizador do SUS, nas modalidades ambulatorial e hospitalar, no Estado de Pernambuco (TENÓRIO; VIEIRA; LIVADIAS, 2017).

Como resultado de uma nova política destinada a esse público, o HC/UFPE, através da Portaria nº 1.055, de 13 de outubro de 2014, recebe a habilitação oficial junto ao Ministério da Saúde, atuando à luz da Portaria nº 2.803/2013/GM/MS, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS. O serviço foi criado, passando a ser regulamentado e a oferecer linhas de cuidado com psicólogos, assistentes sociais, ginecologista, endocrinologistas, hormonioterapia, procedimentos cirúrgicos, entre outros serviços, dentro de uma política de cuidado institucional. As intervenções corporais, como é o caso da cirurgia de transgenitalização são, portanto, apenas um dos serviços oferecidos e não uma “meta terapêutica”. Vale frisar que, considerando a assistência integral à saúde, a oferta de cuidado passa por essa possibilidade de transformação corporal, entendendo que isso pode ser aquilo que permite à pessoa sentir-se mais confortável na sua identidade e expressão.

O Espaço Trans do HC/UFPE possui uma equipe nuclear que atualmente é composta por duas psicólogas e duas assistentes sociais. Estas lidam diariamente com o público atendido, sendo identificadas como Técnicas de Referência (TR), isto é, aquelas profissionais que são responsáveis pelo acompanhamento do/a usuário/a ao longo de sua permanência no serviço. Além disso, o serviço possui uma equipe multidisciplinar que conta com profissionais das áreas de enfermagem, ginecologia, urologia, fonoaudiologia, endocrinologia, cirurgia plástica, mastologia, entre outros. É importante destacar que o serviço não dispõe de um psiquiatra na equipe, sendo esta especialidade acionada apenas em caso de necessidade. O espaço também dispõe de uma recepcionista, que é uma pessoa trans não vinculada ao Espaço Trans, com o objetivo de, por um lado, tornar o serviço mais acolhedor e, de outro, evitar conflito de interesse.

O serviço conta atualmente com três salas para atendimento aos/às usuários/as. Uma das salas, localizada no segundo andar do bloco E do HC, próxima ao Ambulatório de Neuropsiquiatria, é destinada à recepção e realização de grupos operativos e/ou informativo-reflexivos com os profissionais de psicologia e serviço social, além das atividades administrativas e reuniões de equipe. As demais salas, no mesmo andar e bloco, são destinadas aos atendimentos individuais e/ou acolhimento inicial com as assistentes sociais e psicólogas e para a realização de atendimento com profissionais de enfermagem e medicina.

Os/As usuários/as chegam até o serviço através da rede de Atenção Básica à Saúde, por regulação ou por demanda espontânea, sendo eles/elas provenientes da região metropolitana do

Recife, de municípios do interior do Estado e de outros Estados do Nordeste. Atualmente, o serviço possui uma lista de espera para ingresso de novos/as usuários/as, evidenciando a grande demanda reprimida existente no Processo Transexualizador.

O acolhimento dos/as usuários/as é realizado pelas técnicas de referência e por profissionais da enfermagem. Nessas entrevistas iniciais são identificadas as necessidades de saúde e psicossociais do/a usuário/a, os possíveis encaminhamentos e as expectativas quanto ao serviço. Conforme determinado pela Portaria nº 2.803/2013, do Ministério da Saúde, são requisitos para a inclusão de usuários/as no serviço: ter dezoito anos para terapia hormonal; vinte e um anos para procedimento cirúrgico e qualquer idade para acolhimento e recebimento de orientações.

O tempo mínimo de acompanhamento prévio com a equipe interdisciplinar e multiprofissional, para demandas cirúrgicas, é de dois anos e de um ano após o procedimento. Para a Resolução nº 2.265/2019, do Conselho Federal de Medicina, que ainda não está em vigor nesses serviços, a idade mínima requerida para a realização de terapia hormonal passou a ser de dezesseis anos e de dezoito anos para a realização de procedimentos cirúrgicos, após acompanhamento prévio mínimo de um ano por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Aguarda-se, portanto, uma atualização da portaria do Ministério da Saúde com relação a estas questões.

#### 4.2 Participantes da pesquisa

Participaram deste estudo seis profissionais de saúde, sendo todas mulheres cisgêneras, com idade entre 35 e 55 anos, atuantes no Espaço Trans do Hospital das Clínicas da UFPE. A experiência das entrevistadas com o atendimento à população trans e travesti varia de 3 a 6 anos (mesmo tempo de existência do serviço). As participantes possuem entre 14 e 32 anos de formação, cujas áreas de atuação são: enfermagem, farmácia, medicina, psicologia e serviço social.

A amostra foi do tipo “por conveniência”, isto é, selecionou-se a participante que indicou disponibilidade para colaborar com o estudo. A indicação das participantes pela interlocutora-chave (coordenação do serviço) se deu, basicamente, pelo fato de as profissionais atenderem às demandas do Processo Transexualizador do HC-UFPE e da concordância em

participar do estudo de forma voluntária. Três das participantes já conheciam a pesquisadora previamente, fator que facilitou o aceite em participar da pesquisa, assim como a condução das conversas. Todas as participantes têm formação profissional no campo da saúde e foram identificadas com a letra E seguida de um número definido aleatoriamente, como E1, E2 etc.

#### 4.3 Estratégias de construção do material de pesquisa

Para a construção do material da pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas, como o objetivo de possibilitar a investigação da construção de sentidos. As entrevistas têm sido um recurso amplamente difundido nas pesquisas qualitativas (FRASER; GONDIM, 2004) e, neste estudo, foram de fundamental importância, posto que são entendidas como práticas discursivas. Portanto, nessa perspectiva teórica, esse recurso metodológico pode ser definido como um processo dialógico que possibilita a negociação de sentidos, pontos de vista e versões sobre determinados assuntos entre ambos os participantes, uma vez que “mantém, transforma e desafia os posicionamentos que vão ocorrendo durante a sua produção” (ARAGAKI et al., 2014, p. 58).

Além das entrevistas, o estudo previa a realização de observação no cotidiano, onde seriam observadas as atividades, fluxos de atendimentos, aspectos físicos, materialidades, as dinâmicas das relações e os discursos que circulam no cotidiano do Espaço Trans. Tais observações seriam registradas em um diário de campo, objetivando a descrição de impressões, inquietações, acontecimentos e os sentimentos que emergiriam a partir das experiências vivenciadas no dia a dia deste serviço. Porém, em consequência do isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19, com impactos diretos nas atividades de pesquisa realizadas no Hospital das Clínicas da UFPE, suspendemos essa estratégia na construção do material de pesquisa.

Alguns procedimentos para a construção de informações desta pesquisa também precisaram passar por alterações: o contato com a coordenação do serviço (que já havia dado anuência para a realização do estudo) para a indicação de participantes foi realizado por e-mail e os profissionais indicados foram convidados para participar através de mensagem via *WhatsApp*, cujos telefones foram cedidos pela chefia do serviço (com a devida autorização das profissionais). As entrevistas, por sua vez, foram realizadas de forma remota, por meio de

chamada de vídeo do *Google Meet*<sup>11</sup>. Considerando esta mudança, o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) passou a ser assinado eletronicamente, sendo este disponibilizado para a participante através de um *link* de acesso a um formulário do Google que foi enviado por e-mail. Todas as profissionais contatadas formalizaram sua aceitação em participar da pesquisa, assinando eletronicamente o TCLE enviado previamente.

As entrevistas foram agendadas conforme desejo e disponibilidade de cada participante, ocorrendo em dias e horários definidos pelas próprias entrevistadas. Estas foram videogravadas através do recurso de gravação disponível no *Google Meet*, com a autorização das participantes. Foi recomendado que a participante escolhesse um espaço com condições adequadas no que diz respeito à acessibilidade à internet, acústica e livre de interrupções, a fim de manter a privacidade e confidencialidade das informações prestadas durante a entrevista. Os encontros foram realizados ao longo do mês de agosto de 2020 e tiveram duração de aproximadamente 40 minutos.

As conversas foram conduzidas a partir de roteiro que foi subdividido em três blocos de questões norteadoras (Apêndice B): o primeiro deles é relativo ao *Espaço Trans*, buscando abordar aspectos relacionados à oferta de serviços, a percepção da população com relação a essa oferta e as atividades realizadas pela profissional; o segundo bloco envolve questões relativas ao/à *usuário/a*, buscando compreender a percepção das profissionais acerca daqueles que frequentam o espaço; o terceiro bloco, por fim, versa sobre a *experiência* da profissional no serviço, objetivando dialogar sobre os instrumentos utilizados nas práticas de saúde, a percepção da profissional sobre o que seria indispensável para acontecer o cuidado e em que situação seria possível identificar, na visão da entrevistada, a efetivação do cuidado ou a falta dele. Por se tratar de um roteiro semiestruturado, foi comunicado às participantes que o nosso diálogo estaria aberto a intervenções e ao aprofundamento de questões ou dúvidas que pudessem surgir durante o processo de entrevista. Essa estratégia também possibilitou, por exemplo, a alteração da ordem das perguntas, adequando-as a cada entrevistada e àquilo que foi trazido por ela.

O processo de tratamento dos diálogos teve início com a transcrição integral das entrevistas realizadas, o que inclui todas as falas das entrevistadas e da entrevistadora, a fim de

---

<sup>11</sup> O *Google Meet* é uma ferramenta de comunicação que permite a realização de reuniões online. Para participar da chamada de vídeo através do Google Meet, basta acessar o link enviado pelo criador da reunião. Todos os dados de transmissão são criptografados, o que garante a segurança da informação e a proteção contra vazamentos de informações.

preservar o discurso original. Posteriormente, foi feita uma leitura flutuante do conteúdo transcrito com o objetivo de promover maior familiaridade com o material e identificar possíveis categorias de análise.

#### 4.4 Procedimentos de análise

A partir da leitura das entrevistas foram definidas quatro categorias, a saber: 1 – Usuários/as 2 - O Espaço Trans e o Processo Transexualizador; 3 - Demandas e 4 - Atuação profissional. Cada uma das seis entrevistas passou pelo processo de categorização, o que possibilitou a construção do mapa dialógico de cada uma delas.

De acordo com Spink e Lima (2013, p. 84),

Os mapas têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido. Constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.

Diretamente ligado ao referencial teórico-metodológico das práticas discursivas, os mapas dialógicos são usados para “dar visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, a rupturas, ao processo de produção, a disputas e negociações de sentidos, a relações de saber-poder e a jogos de posicionamento” (NASCIMENTO et al., 2014, p. 247) presentes no contexto da entrevista. Nesta pesquisa, a utilização dos mapas dialógicos visou a sistematização do material transcrito, tendo por horizonte a busca de repertórios sobre cuidado e da forma como as ações de saúde direcionadas às pessoas trans se constroem discursivamente no Processo Transexualizador.

O mapa dialógico é, basicamente, um quadro no qual são dispostas em colunas as categorias ou temas que emergiram nos diálogos (sobre o que fala e como fala) e, nas linhas, as falas (quem fala: P = pesquisadora e E = entrevistado/a). No apêndice D apresentamos trecho do mapa dialógico da entrevistada 2, com o intuito de dar visibilidade à organização do material utilizado nesta pesquisa.

As temáticas dispostas nos mapas dialógicos possibilitaram agrupar o material obtido em categorias que sintetizassem aquilo que as interlocutoras dizem ou pensam em relação a alguns dos elementos que estão relacionados ao cuidado em saúde e que nos dão pistas sobre quais sentidos de cuidado estão presentes no contexto do Processo Transexualizador. As categorias deduzidas do trabalho analítico sobre os mapas dialógicos são descritas a seguir:

(1) *Usuários/as*, que aborda quem é a pessoa que procura o Espaço Trans, o modo como esses/as usuários/as são percebidos pelas profissionais que atuam no Espaço Trans, assim como qual é a concepção dessas profissionais acerca de como os/as usuários/as se percebem. Buscamos compreender como essas profissionais compreendem ou concebem aqueles/as que demandam cuidados em saúde. O entendimento desse aspecto é fundamental, já que o modo como estas profissionais veem as pessoas que são alvo das suas ações de saúde pode orientar a construção de práticas profissionais comprometidas (ou não) com a integralidade e humanização do cuidado.

(2) *O Espaço Trans e o Processo Transexualizador*, que se refere à oferta de serviços às pessoas trans, como a população no geral percebe este espaço (na visão das entrevistadas), quais os avanços e desafios enfrentados por este serviço e como ele tem sido acessado. Para muitas pessoas trans, os serviços de saúde que tem seus atendimentos direcionados para este público constituem-se enquanto espaços fundamentais no processo de produção de saúde e de construção de seus corpos. Por isso, entender a dinâmica e a posição que esse espaço, enquanto materialidade, ocupa na vida e no imaginário das pessoas é mais um elemento importante para analisarmos como se processam os cuidados em saúde para este público.

(3) *Demandas*, que aborda o que os/as profissionais que atuam no Espaço Trans entendem/interpretam como demandas da população atendida e como se propõem a lidar com elas. As questões em torno das demandas se somam aos esforços para entendermos os sentidos sobre cuidado.

(4) *Atuação profissional*, que diz respeito às atividades desenvolvidas pelo/a profissional, a rotina de atendimento, quais recursos são utilizados na elaboração de práticas de cuidado no Processo Transexualizador, a percepção sobre o preparo dos/as profissionais para lidar com as demandas e como se dá a relação entre profissional e usuário/a. O conjunto de questões que dizem respeito às práticas dos profissionais no Espaço Trans constitui um importante tema de discussão, já que são esses atores que, no cotidiano do seu trabalho em saúde, podem responder

às necessidades dos/as usuários/as, buscando empreender ações que favoreçam o cuidado em saúde.

A partir da organização nessas quatro categorias foi possível realizar a sistematização dos dados e, em seguida, a análise das práticas discursivas com foco na produção de sentidos. Cada uma das categorias foi analisada, primeiro, individualmente, e em seguida, como último passo da análise, buscou-se explorar os sentidos que o conjunto das quatro categorias produziu sobre o cuidado em saúde, articulando-se a literatura sobre o tema com aquilo que foi trazido no diálogo com as interlocutoras.

#### 4.5 Aspectos éticos

A presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos das Resoluções 510/2016 e 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e regulamenta de pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, baseados no respeito pela dignidade humana e proteção aos participantes do estudo, buscamos garantir que não seriam divulgados quaisquer aspectos que pudessem causar prejuízos aos participantes durante todas as fases da pesquisa.

Inicialmente o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para posterior apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, tendo sido aprovado sob o parecer nº 4.136.980 - CAAE: 29698120.0.0000.8807 (Apêndice C).

Previamente à realização das entrevistas, as participantes foram convidadas e informadas a respeito dos objetivos do estudo e de todos os procedimentos adotados, deixando claro o caráter voluntário, bem como as questões condizentes ao sigilo e a utilização das informações prestadas. De modo a preservar a identidade das participantes, também ficou acordado que os nomes das entrevistadas seriam substituídos por códigos, como Entrevistada 1 (ou E1). Após todos os esclarecimentos, as participantes que concordaram em participar da pesquisa receberam por e-mail o *link* de acesso a um formulário do *Google* que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que pudessem ler e assinar eletronicamente.

Vale ressaltar que, para as pesquisas alinhadas à perspectiva construcionista, a ética não se restringe apenas às normas de comitês, mas também está relacionada a alguns princípios que orientam a sua postura. Em resumo, trata-se de assumir uma atitude crítica e reflexiva que toma a pesquisa como uma construção social, considerando que a produção de conhecimento é atravessada por escolhas e decisões que trazem em seu cerne relações de poder e posicionamentos ético-políticos.

Portanto, características como o rigor e a objetividade em pesquisas construcionistas podem ser pensados a partir de três dimensões, conforme pontuado por Mary Jane Spink e Vera Menegon (2013): a *indexicalidade*, ou seja, a vinculação ao contexto. Considerando que a realidade é um fenômeno dinâmico, entende-se que o “sentido muda à medida que a situação muda” (p. 64) e, por isso, o pesquisador deve realizar uma descrição plena do contexto em que se deu a pesquisa; a *inconclusividade*, que está relacionada à impossibilidade de controlar todas as variáveis, o que não deve se tornar um impedimento para o pesquisador, mas, particularmente nas pesquisas qualitativas, pode se configurar como um elemento a mais a ser explorado na análise; e a *reflexividade*, que questiona o lugar de neutralidade do pesquisador e põe em destaque os efeitos da sua presença nos resultados da pesquisa. Neste caso, a posição do pesquisador deve estar sempre colocada de forma explícita nas suas interpretações.

## 5 CONVERSANDO SOBRE CUIDADO

Nesta seção apresentamos os resultados do processo de sistematização do material categorizado das entrevistas. Os repertórios que envolvem o cuidado em saúde são abordados nos tópicos: 1) Usuários/as; 2) O Espaço Trans e o Processo Transexualizador; 3) Demandas; e 4) Atuação profissional, já descritos na seção anterior.

Ao longo do texto traremos trechos ilustrativos do fluxo interativo da entrevista, que funcionam como exemplos por meio dos quais pretendemos possibilitar uma melhor compreensão acerca dos repertórios sobre o cuidado em saúde. É importante destacar que, em pesquisas de orientação construcionista, esses trechos ilustrativos não aparecem de forma deslocada de seu contexto de produção. Dessa forma, as falas são apresentadas tendo em conta as circunstâncias, intenções ou condições que as provocaram numa determinada cena discursiva. Por este motivo, incluiremos tanto as falas das entrevistadas como as perguntas da pesquisadora, de modo que o contexto interacional se torne mais claro e o processo de interanimação dialógica seja preservado.

### 5.1 Usuários/as

O público que procura o Espaço Trans inclui as pessoas trans e travestis, caracterizadas como jovens e possuindo vínculos afetivos com familiares e amigos. A realidade social marcada por estigmas é justificativa para a ausência de pessoas idosas neste serviço, fato que tem sido associado pelas interlocutoras como resultado da exposição destas a situações de violência, incluindo agressões físicas muitas vezes fatais.

A transfobia pela qual as pessoas trans passam em virtude da sua identidade de gênero, inclusive nos espaços destinados ao cuidado com a saúde, são referidos como promotores das experiências de exclusão e da dificuldade de reconhecimento de direitos. Tais situações têm contribuído para a geração de impasses no acesso, permanência e qualidade dos atendimentos prestados a essa população nos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. Quando indagamos acerca da percepção da população sobre o Espaço Trans, comenta-se: *“Porque é uma população que realmente... historicamente não tinha acesso aos serviços do SUS”* (E2).

Assim, o estigma dirigido à população trans é compreendido como determinante da vulnerabilidade a que estão expostas quanto a atenção à saúde:

**Pesquisadora:** Eu tenho umas perguntas aqui que são mais sobre a tua percepção, tá certo? A primeira é: como é que você percebe a população trans? Como é que ela chega pra você? Se você pudesse descrever essa população...

**Entrevistada 6:** Descrevo sim. É uma população muito carente de atenção. É uma população que chega muito carente de atenção na assistência à saúde. É... eles têm dificuldade de um atendimento básico, sabe? Às vezes por perceber que pode sofrer algum tipo de discriminação no serviço então eles evitam esse atendimento... de coisas básicas, por exemplo, que qualquer pessoa, independente do gênero pode ter. Seja uma hipertensão, seja uma diabetes, seja o que for.

As entrevistadas referem que o afastamento dessa população dos serviços de saúde também parece estar diretamente relacionado a forma como muitos/as usuários/as se sentem quando acessam alguns desses espaços. Relata-se que os encontros em saúde são, muitas vezes, permeados por questionamentos que buscam apenas explorar, de forma invasiva, o processo de transição. Por este motivo, os/as usuários/as tendem a associar sua imagem à ideia de um “experimento”:

**Pesquisadora:** E sobre tua experiência no serviço, me conta um pouquinho como é que acontece o teu trabalho no dia a dia.

**Entrevistada 2:** (...) A gente tá sempre tentando chamar a comunidade hospitalar, os residentes, os funcionários, os usuários que estão ali passando que existe uma população e essa população precisa ser atendida e acolhida como pessoas, né? Porque muitas vezes também eles reclamam que chegam lá como se fosse um experimento. O médico pergunta... oftalmologista pergunta se já fez a cirurgia e aí é uma pergunta que não precisa ser feita, que não cabe no momento da consulta. É muito mais curiosidade do ponto de vista pessoal.

As pessoas trans, usuárias do serviço, também são identificadas pelas profissionais como aquelas que assumem um lugar de força e de busca por reconhecimento enquanto sujeitos de direito. Essa luta por manter-se vivo, por uma existência que contemple a participação na sociedade de forma digna e por ter sua identidade respeitada se soma a muitos outros esforços e negociações diárias:

**Pesquisadora:** Tu achas que há especificidades no atendimento às pessoas trans?

**Entrevistada 1:** Acho sim, porque eu acho que esse é um segmento que tem uma particularidade importante. É um segmento que luta por existência, além das outras lutas clássicas por emprego, por políticas sociais... essas pessoas lutam por existir.

**Pesquisadora:** Hum. Certo. E como é que tu percebes essa população? Não digo no sentido de definir a população, mas na tua percepção como é que eles chegam lá?

**Entrevistada 5:** Eu acho que são, pra mim, são pessoas guerreiras. Porque eles e elas enfrentam uma luta diária, uma guerra que não tem fim. Mas eles e elas estão ali, buscando serem aceitos, serem respeitados, serem vistos.

De forma geral, a busca pelo reconhecimento e/ou aceitação social é referida como uma questão bastante presente na vida de muitas pessoas trans. Na percepção das profissionais que atuam no Espaço Trans, o processo de construção de si pelo qual as pessoas trans passam não é algo linear. São diversas as questões e determinações sociais, econômicas, políticas, históricas e culturais que compõem essa existência, cuja dinâmica é perpassada por uma série de disputas, descobertas e tensões.

Vale destacar que marcadores de raça e classe não emergiram no momento das entrevistas e, portanto, não foram conteúdo na relação dialógica. A ausência dessa temática pode indicar a reprodução de processos de invisibilidade de usuários/as negros/as e de usuários/as pobres em espaços de cuidado, como o Espaço Trans. Este aspecto é questão sensível a ser considerada por outras investigações.

## 5.2 O Espaço Trans e o Processo Transexualizador

A oferta de serviços de saúde no Espaço Trans se assenta numa proposta de cuidado integral, o que é pontuado em diferentes falas das interlocutoras. A elaboração de um plano de cuidado que busque responder às demandas dos/das usuários/as envolve diferentes estratégias de assistência à saúde, tais como: acolhimentos, acompanhamento individual e/ou em grupo, estudos de caso, realização de ações educativas e de sensibilização, interlocução com outros órgãos, entre outros. Dessa forma, reforça-se a ideia de que as cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas não se constituem enquanto meta terapêutica em si:

**Pesquisadora:** Tu falou aí de ofertar... o que tu achas que as pessoas que procuram esse serviço mais demandam?

**Entrevistada 1:** (...) A gente vai é... fazer uma proposta de cuidado onde a oferta biomédica não é o ponto alto dela. O ponto alto da nossa proposta de cuidado são os espaços de reflexão. Então esses colegiados, esses espaços onde a gente tá, é... semeando novas compreensões da realidade, né?

No entanto, a forma como o serviço está configurado é apontada como algo que transita concomitantemente entre a subversão e a submissão à (cishetero)norma. De um lado, existe a proposta de legitimação da diversidade enquanto inerente à condição humana e, de outro, estão as adequações corporais oferecidas pelo Processo Transexualizador que, ao mesmo tempo em

que possibilitam que essas pessoas vivenciem suas identidades de gênero, também atendem a um modelo hegemônico que se impõe a todas as formas de existência. Por essa razão, a oferta do serviço é caracterizada como dúbia:

**Pesquisadora:** Sim, entendi. E o que é que esse espaço oferece à população? Se alguém perguntasse assim: O que é que o Espaço Trans tem a oferecer à população? O que é que tu dirias?

**Entrevistada 1:** Eu digo que... a gente oferece, enquanto operador de uma política ministerial, a gente oferece uma grande ambiguidade. Porque a gente sabe que a política, ela não tá solta no espaço. Ela tá dentro de um processo de correlação de forças, né? Numa sociedade que tem projetos antagônicos e isso se reflete na oferta que a gente faz. A gente oferece, né... mecanismos de adequação corporal, mas voltado à concepção cisgênera do corpo. Entende?

Apesar de haver muitos avanços no que diz respeito à compreensão da razão da presença e da importância do Espaço Trans e do Processo Transexualizador no SUS para o atendimento das pessoas trans, as profissionais entrevistadas relatam que, no geral, ainda há estranhamento, questionamentos acerca da existência desse serviço e bastante resistência por parte do público em geral. Muitas pessoas não são desejosas da presença de pessoas trans nesses espaços, fazendo com que sejam criadas barreiras simbólicas de acesso que também funcionam como obstáculos ao atendimento integral para esta população. Para alguns pacientes e trabalhadores dos diferentes ambulatórios e enfermarias do hospital, o Espaço Trans é visto com certa curiosidade, incômodo e, inclusive, como um serviço desnecessário e cujo recurso financeiro poderia estar sendo utilizado para outros fins. Tais posicionamentos são atribuídos à discriminação e à transfobia ainda muito presente na sociedade como um todo:

**Pesquisadora:** Certo. E pra você como é que a população percebe o Espaço Trans? A população no geral...

**Entrevistada 6:** Olha, é muito dividido, né? Existem as pessoas que tem uma conscientização de que é um serviço importante para atender a população trans e que fica feliz em saber que existe esse espaço. Eu digo no geral, seja profissionais de dentro do próprio hospital, seja pessoas de fora do hospital, que trabalhem na área ou não, quando sabem que lá no HC funciona esse espaço, ficam torcendo pra que o serviço amplie, pergunta, tem interesse em saber como funciona, os detalhes... e aí tem outro grupo de pessoas já entende o oposto disso. Ou seja, de que era um recurso que podia estar sendo investido em outra coisa, paciente com câncer, paciente com doença grave... então, dentro da população em geral, há pessoas que tem a transfobia e vai sempre se opor ao serviço.

A importância do Espaço Trans para a população trans e travesti, na visão das interlocutoras, fica evidente quando estas caracterizam o serviço a partir da forma com que a assistência em saúde é conduzida e de como esse processo de construção de projetos de cuidado faz diferença na vida dos/das usuários/as. As entrevistadas destacam que os/as usuários/as

percebem o serviço como um espaço de fala, de acolhimento, de abertura para ser quem são, de troca e de formação de redes e laços afetivos: “*eles percebem como um local onde eles podem ser eles mesmos, chegam felizes aqui... eles conversam, eles falam, eles se encontram*” (E3). Podemos observar essa percepção no fragmento abaixo:

**Pesquisadora:** Como é tu achas que a população percebe o Espaço Trans? A população no geral, como é que elas veem o Espaço Trans, na tua percepção?

**Entrevistada 2:** Eu acho que são várias concepções né. (...) Quanto à população trans, eu já vejo um olhar diferente. Eles conseguem ver que lá é um espaço de cuidado pra eles, de acolhimento e às vezes de... Quando tem alguma consulta pra outro serviço, eles esperam lá pra depois ir pro serviço, faltando cinco ou dez minutos, porque se sentem à vontade lá. Lá eles podem ser o que eles são.

A não patologização e a ideia de uma atenção à saúde a partir de uma perspectiva emancipadora e de construção da cidadania são identificadas como ações que evidenciam a relevância do serviço. As figuras de linguagem “*espaço de salvar vidas*” e “*máquina de construção de cidadania*” utilizadas pelas interlocutoras nos trechos abaixo ilustram isto:

**Pesquisadora:** Certo. Na tua percepção o que é que o Espaço Trans oferece a população?

**Entrevistada 4:** O Espaço Trans é um espaço de salvar vidas. Eu acho que ele salva vidas. Eu acho que não só dentro da oferta de cuidado é que é oferecida, dos procedimentos de intervenção, mas assim... ele salva vidas no sentido de não caracterizar patologicamente aquelas pessoas, né? Não são aberrações, não são doentes... então assim, eu acho que ele vai bem nesse sentido de transformar vidas.

**Pesquisadora:** Huum. E o que o Espaço Trans oferece à população, na tua percepção?

**Entrevistada 5:** Ave Maria! Ali é uma máquina de construção de cidadania! (...) Elas chegam ali super revoltadas com tudo e são acolhidas e todo mundo escuta, recebe as porradas e a gente entende que é a forma de se defender diária que elas fazem, né? Uma forma de autoproteção. Mas acho que a definição é essa: é uma fábrica de cidadania, que quando elas saem dali, saem totalmente empoderadas dos seus direitos e dos seus deveres.

Vale ressaltar que, ao questionarmos “*como a população percebe o Espaço Trans*”, utilizamos o termo “população” para que as interlocutoras ficassem livres, durante a sua fala, para nomear ou evocar os personagens aos quais poderiam se referir para responder esta pergunta, sem induzi-las a falar sobre algum grupo específico. Diante disso, identificamos que as profissionais do Espaço Trans fazem referência a diferentes visões sobre este Espaço, desde diferentes grupos: a população, de uma maneira geral, os pacientes que circulam pelo hospital, os profissionais de saúde de outros ambulatórios e as próprias pessoas trans, que frequentam o espaço enquanto usuárias do serviço.

A ideia de que apenas os serviços voltados para a população trans dispõem de um atendimento de maior eficácia também foi abordada durante as entrevistas. Ao questionarmos sobre alguma situação em que o cuidado foi efetivado, comentou-se: *“Os serviços que se montam com o propósito de atender a população trans já conseguem oferecer para essa população um cuidado, digamos assim, mais efetivo, de melhor qualidade.”* (E6). Conforme foi pontuado em nossas conversas, existe uma dificuldade de articulação com os serviços que estão situados na atenção básica, nível de atenção entendido como a porta de entrada preferencial do SUS e que deve realizar um acompanhamento contínuo à toda a população segundo uma lógica territorial. As entrevistadas também afirmam que é comum que os/as usuários/as identifiquem apenas nos serviços específicos a oportunidade de acessar determinadas tecnologias de saúde. Afora as limitações dos próprios serviços, essa dificuldade de acesso também é associada ao fato de as pessoas trans, muitas vezes, não se reconhecerem enquanto pessoas que possuem o direito à saúde:

**Pesquisadora:** Sim. Eu imagino. Tu consegues nomear, algum instrumento ou ferramentas que você utiliza no seu trabalho pra colocar em prática o cuidado à população trans?

**Entrevistada 1:** (...) Então, por exemplo, a gente não consegue com tanta facilidade a articulação com o território, porque essas pessoas não têm um histórico de se reconhecer sujeito de política, então raramente essas pessoas são acompanhadas pelo território. Elas só conseguem identificar os serviços especializados em LGBT. É como se elas só fossem alvo da atenção dos serviços LGBT.

**Pesquisadora:** Sim, daqueles serviços específicos, né?

**Entrevistada 1:** É como se elas não adoecessem de outras coisas, não demandasse a política... por quê? Porque é assim que a política trata elas. Aqui mesmo, se tiver com uma dor, as pessoas levam lá para o Espaço Trans, não levam para o pronto atendimento. Então isso precisa ser desconstruído, essa lógica. Tanto com o serviço, em todos os seus níveis.

Como resultado da lógica apontada pela nossa interlocutora tem-se uma segregação das pessoas trans para os serviços voltados apenas ao público LGBT, não havendo a proposição de políticas que garantam a inserção desse público na rede de saúde como um todo para um acompanhamento regular. Muitas vezes, um serviço de referência ou especializado, como é o caso do Processo Transexualizador, acaba tendo que ampliar sua atuação de modo a tentar garantir a atenção integral aos/às usuários/as:

**Pesquisadora:** E na tua percepção, quem é essa população que frequenta esse espaço? Se tu pudesses descrever...

**Entrevistada 2:** (...) E essa população sofre muita violência, sofre muita exclusão e com uma dificuldade imensa de acesso aos serviços de saúde. Por isso que elas vão tanto ao Espaço Trans, né? E aí a gente acaba fazendo não só o papel de alta complexidade por estar num hospital e por ser ambulatório de alguns casos, mas a

gente acaba fazendo também ações que poderiam estar no território, que é de atenção básica.

Diante desse contexto, a busca pelo cuidado em unidades de saúde é vista como um processo difícil, na medida em que se limita a forma de apreender as necessidades de um determinado grupo populacional e não se considera que a identidade de gênero é apenas um dos elementos que compõem essa existência.

### 5.3 Demandas

A compreensão da realidade do/a usuário/a é indicada como sendo um elemento fundamental para que as demandas sejam identificadas. Dessa forma, as profissionais buscam verificar quais são as necessidades específicas, que podem ir além daquelas relacionadas ao cuidado com o corpo em sua forma biológica. Neste processo, enfatiza-se o que é trazido pelo/a usuário/a e quais fatores podem interferir na dinâmica de saúde (como educação, trabalho, renda, fatores psicológicos, culturais etc.). É a partir do entendimento dessa configuração que se busca produzir o cuidado em saúde.

Dentre as demandas destacadas pelas profissionais, tem-se aquelas que dizem respeito às questões gerais de saúde ou que são decorrentes do processo de modificação corporal (como acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, por exemplo), e que estão ligadas a uma leitura biomédica das necessidades apresentadas pelos/as usuários/as. Muitas vezes, essa demanda por assistência médica (realização de consultas, exames laboratoriais etc.) se dá em decorrência da dificuldade de acesso a outros serviços de saúde por parte da população trans, como já discutido anteriormente. Assim, tendo sido identificada no acolhimento inicial, são feitos os encaminhamentos:

**Pesquisadora:** Entendi. E o que é que o Espaço Trans oferece à população?

**Entrevistada 3:** (...) A pessoa vem, vai para o acolhimento, a gente tenta ver a realidade social desta pessoa. A gente vai conhecer a realidade emocional dela também, vai fazer os encaminhamentos todos que são necessários. Se a pessoa vem aqui e precisa marcar uma consulta com um oftalmologista, a gente vai encaminhar, né? É uma pessoa. O SUS tá aí e disponibiliza a consulta pra qualquer usuário do serviço, né? Então a gente faz os encaminhamentos todos.

As modificações corporais surgem no discurso das nossas interlocutoras como uma das principais demandas apresentadas pelos/as usuários/as, sendo aquilo que mobiliza a busca dessas pessoas pelo Espaço Trans. Apesar de esta ser umas das possibilidades de intervenção disponibilizadas pelo Processo Transexualizador enquanto serviço especializado do SUS, com o objetivo de fazer com que estas pessoas alcancem um bem-estar a partir de um corpo que satisfaça seus ideais de construção do gênero, relata-se que essa busca está vinculada, na maioria das vezes, à reprodução de performances de gênero baseadas em um padrão cisheteronormativo:

**Pesquisadora:** Sim, entendi. No teu entendimento, o que é que tu achas que os usuários mais demandam?

**Entrevistada 3:** Quando eles chegam, eles chegam muito mobilizados pela questão da hormonioterapia, da adequação com a sua identidade. Eu quero fazer hormonioterapia, eu quero ganhar mama, eu quero perder mama, eu quero ganhar curvas, eu quero perder curvas.

Os diálogos com as profissionais indicam que o Espaço Trans tem se colocado como um espaço aberto para escuta e acolhimento da população trans, postura que permite não só a identificação daquilo que cada usuário/a solicita em sua especificidade como também proporciona a constituição de um espaço de reflexão e de estabelecimento de parcerias (entre profissionais e usuários/as):

**Pesquisadora:** Na tua percepção, o que tu achas que eles mais demandam nesse serviço?

**Entrevistada 4:** Escuta e intervenção. Acho que eles têm uma demanda altíssima por escuta, precisa de escuta, né? De um espaço onde é acolhido. Acolhimento, né? O acolhimento é o princípio de tudo, né? Lá é um lugar que eles se sentem acolhidos, mas assim... é um espaço de escuta. Buscam por intervenção e também buscam por socialização, né? Porque ali é um espaço de socialização. Se você passa uma manhã ali você, é... rola tudo, né? De conversa, de tudo. Então eles se socializam muito naquele espaço.

As entrevistadas destacam que o trabalho em grupos a partir de debates que tensionem as normas de gênero permite que as pessoas tenham a possibilidade de dispor de recursos para lidar com questões ligadas à forma como a sociedade confere inteligibilidade aos corpos e os reflexos que as normas regulatórias de gênero têm sobre as decisões desses/as usuários/as. A ideia de que é preciso se encaixar na norma cisgênera e heterossexual tem sido vista pelas profissionais como um movimento que, muitas vezes, interfere nas ações de atenção à saúde propostas pelo serviço. Em resposta ao nosso questionamento sobre se a entrevistada poderia descrever “alguma situação em que o cuidado não foi efetivado”, comenta-se:

**Entrevistada 3:** Eu acho que existe sempre uma tentativa de efetivar o cuidado, uma tentativa de fazer refletir, mas, em alguns momentos a gente não consegue. É da pessoa, a pessoa tem aquela norma... pra ser mulher eu preciso fazer. (...) A gente tenta dar um suporte, a gente tenta trabalhar antes, mas a pessoa fica muito nessa questão da adequação à norma. Aí eu acho que algumas vezes a gente não consegue.

**Entrevistada 2:** Sim. As meninas que são extremamente heteronormativas, a gente não consegue acessar... elas querem cirurgias. Algumas fizeram a cirurgia e dizem que é uma pessoa cis hoje. (...) Porque assim... entendo que sofre tanta violência, tanta violência, que quer apagar essa questão da transexualidade porque acha que isso vai dificultar a inserção dela na sociedade.

Destaca-se a forma como essas pessoas se sentem cobradas por alguns grupos de convivência e pela sociedade como todo a assumir determinados papéis sociais que sejam condizentes com o gênero com o qual se identificam. Nesse processo de dizer-se, padrões de comportamento, estéticos e do que é considerado “normal” ou aceitável a partir do que a cultura e o imaginário social atribuem ao corpo masculino e feminino se atravessam nas demandas trazidas pelos/as usuários/as do serviço.

A criação de grupos com os familiares dos/as usuários/as também é citada como uma das demandas que surgiu desses encontros e foi acolhida pelas profissionais. Tais grupos são referidos como de grande importância para a produção do cuidado e de grande impacto na vida dos/as usuários/as. Eles são caracterizados como um espaço onde os familiares têm a possibilidade de serem acolhidos, de ampliar o entendimento sobre o Processo Transexualizador, de desconstruir os estereótipos e outras questões que envolvem as transexualidades, com abertura, inclusive, para expressar os diferentes sentimentos que surgem ao longo deste processo:

**Pesquisadora:** Sobre o cuidado em saúde pra essa população, você queria dizer algo, queria acrescentar algo que não foi abordado aqui?

**Entrevistada 3:** Eu acho que uma grande questão e que está fazendo uma diferença muito grande é esse trabalho com as famílias. (...) Então eu acho que a partir disso já tem um movimento diferente, de querer ajudar, de querer compreender e reconhecer que é um espaço deles. Que eles podem vir, que eles podem falar, eles podem chorar, eles podem dizer que estão tristes... que perderam uma filha e agora é um filho.

O acolhimento dessa demanda é encarado como uma forma de efetivar o cuidado:

**Pesquisadora:** Você pode descrever alguma situação em que o cuidado em saúde foi efetivado?

**Entrevistada 2:** Posso. Tem um atendimento que me marcou, que foi nos primeiros meses que eu entrei lá... com uma mulher trans (...) ela chegou com a mãe, e a mãe muito nervosa, muito revoltada, tinha no imaginário que o Espaço Trans era um local que ia fazer a amputação do pênis da filha e ia encaminhar pra fora e... ela não queria de jeito nenhum que eu fizesse a entrevista com a filha. (...) E aí, depois de uma hora e meia de conversa, ela aceitou que em um outro momento eu acolhesse a filha dela e partir dessa senhora a gente começou a fazer o grupo de família. (...) E o depoimento

dela mesmo [da usuária], até nos cinco anos acho que ela falou, ela disse que mudou a vida dela.

O entendimento de que os/as usuários/as apresentam necessidades que vão além daquelas ações que estão postas como principal oferta do serviço é algo presente no relato das entrevistadas, em que se busca seu atendimento da forma mais ampla possível.

#### 5.4 Atuação profissional

Apenas uma das entrevistadas mencionou ter realizado um trabalho específico com as pessoas trans, antes de trabalhar no Espaço Trans. As demais informaram não ter tido experiência anterior no atendimento a esse público. Assim, foi principalmente a partir do contato com este serviço que as profissionais começaram a aprofundar os estudos sobre o tema, a fim de compreender as questões que permeiam o cuidado à saúde da população trans:

**Pesquisadora:** Eu vou pedir pra você me contar agora sobre a tua experiência de trabalho aí no Espaço Trans. Como é que o teu trabalho acontece? Antes disso, queria saber se você já teve alguma experiência com esse público.

**Entrevistada 1:** Não, não tive. A minha experiência não começou com o Espaço Trans. Eu estava por acaso na enfermaria de ginecologia e chegando lá começaram a chegar as primeiras meninas operadas por um profissional que antecedeu ao Espaço Trans, não é? Então, a partir do diálogo com essas meninas eu me senti na necessidade de compreender.

**Pesquisadora:** Você já teve experiência com esse público antes de trabalhar no Espaço Trans?

**Entrevistada 2:** Não, não tive. Eu cheguei um livro aberto e em branco. [risos] (...) Porque eu vinha de um mundo cis, heteronormativo e pra você conhecer a população trans você tem que sair dessa lógica heteronormativa, porque senão você não consegue compreender.

Ao ingressarem no Espaço Trans como trabalhadoras da equipe que não possuem familiaridade com o tema tem-se como autoexigência “*sair dessa lógica heteronormativa*” (E2), de modo que a oferta de cuidado esteja em conformidade com as especificidades desse público.

A “falta de informação” ou de não saber “como cuidar” é referida nos diálogos como um dos impasses no atendimento a este público. As entrevistadas destacam o fato de que essa falta de informação parece estar atrelada a uma indisponibilidade de outros profissional para acolher a diversidade. Assim, faz-se referência a necessidade de uma mobilização por parte do

profissional para buscar as informações sobre as quais ele ainda não tem domínio (que difere de uma postura de mera curiosidade sobre o outro) e de ter abertura e disponibilidade para novas possibilidades de compreensão:

**Pesquisadora:** Tu achas que os profissionais, em geral, dispõem de ferramentas necessárias para fazer o atendimento a essa população?

**Entrevistada 3:** Os profissionais do Espaço Trans ou os profissionais de uma maneira geral?

**Pesquisadora:** De uma maneira geral.

**Entrevistada 3:** Eu acho que a ferramenta que falta é informação. A ferramenta que falta é o profissional ter disponibilidade de acolher o diferente, né? E ter a disponibilidade de aprender. Veja, eu digo muito meu exemplo, eu cheguei aqui eu não tinha inserção nenhuma no mundo trans, não conhecia absolutamente nada de trans. Eu voltei pra faculdade, eu fui fazer uma disciplina... e maior que tudo isso, eu tava aberta. Eu tava aberta pra ouvir. Eu tava aberta pra conhecer, eu queria aprender. Então eu acho que a grande questão é essa. Eu acho que a ferramenta é a disponibilidade mesmo.

A ausência de discussões sobre gênero e sexualidade durante o processo de formação acadêmica aparece como justificativa para o fato de os profissionais não estarem preparados para lidar com as demandas específicas dessa população. Ao lidar com a assistência em saúde às pessoas trans, é preciso considerar a existência de um contexto mais amplo, em que a lógica heteronormativa torna-se um desafio a ser enfrentado cotidianamente. Assim, a falta desse debate na formação graduada e continuada traria implicações para o acolhimento das pessoas trans, o que poderia ser contornado na medida em que o profissional se dispusesse a aprender sobre o tema:

**Pesquisadora:** Entendi. Tu achas que, em geral, os profissionais de saúde dispõem de ferramentas necessárias pra atender essa população?

**Entrevistada 2:** A academia não dá subsídios pra gente trabalhar... pelo menos na minha época, agora está se falando mais... pra trabalhar com a população trans. São pouquíssimos cursos que tem aula sobre gênero e sexualidade, muito poucos. Então assim, se não tiver cadeiras relacionadas ou você ir atrás de trabalhar gênero, sexualidade, transexualidade... não dá conta, porque você fica na heteronormatividade.

Diante disso, salienta-se que é nos espaços de formação que se tem a possibilidade de construção de um profissional de saúde empático e sensível às questões que envolvem a produção de cuidado em saúde para as pessoas trans:

**Pesquisadora:** Tu achas que os profissionais em geral dispõem de ferramentas necessárias para atender as demandas dessa população?

**Entrevistada 5:** Não.

**Pesquisadora:** Por quê?

**Entrevistada 5:** Ainda não. Acho que é o preparo, né? Eu acho que é o preparo dentro das universidades pra trazer, pelo menos, a empatia. Eu acho que quando você consegue colocar empatia no outro, o outro já diz assim “é mesmo, vou estudar um pouquinho sobre esse povo”. Então acho que isso é o começo, essa empatia, trazer essa discussão.

Para além da “falta de informação” e das lacunas na formação, a falta de interesse dos profissionais também é associada pelas nossas interlocutoras como aquilo que constitui esse despreparo no atendimento a pessoas trans. Segundo nos foi relatado, há profissionais que acham que nunca precisarão realizar atendimentos para pessoas trans, possivelmente por haver uma dificuldade de enxergar a existência dessa população e a presença dessas pessoas nos serviços de saúde. Nesse sentido, uma postura de engajamento político e de questionamento da norma são entendidas como indispensáveis para a realização de atendimentos às pessoas trans:

**Pesquisadora:** Entendi. O que você considera indispensável pra acontecer o atendimento aí no Espaço Trans?

**Entrevistada 1:** Eu considero indispensável essa postura nessa direção política, que a gente precisa empreender, não só o serviço social, toda a equipe de saúde precisa, é... tomar isso como referencial ético-político de sua intervenção. De que essa população... a gente precisa criticizar o debate da transgeneridade.

**Pesquisadora:** O que você considera, levando em conta a tua experiência, indispensável pra acontecer o trabalho no Espaço Trans?

**Entrevistada 2:** Eu acho que, num primeiro momento, é... você descortinar a heteronormatividade. Compreender essa população de acordo com a realidade dela e a heteronormatividade não cabe na população trans. E muitas das pessoas que querem fazer a cirurgia é porque querem se encaixar nessa heteronormatividade e continuam sendo questionadas o tempo todo pelas outras pessoas.

As entrevistadas indicam que uma postura ativa e de acolhida do profissional para lidar com as demandas específicas dessa população parece ser o caminho pelo qual seria possível garantir uma assistência de qualidade à saúde. Assim, o respeito e o reconhecimento da existência dessas pessoas, bem como de suas demandas e necessidades, a empatia, a vontade de aprender e a abertura para ouvir são entendidas como ferramentas que facilitariam a produção de cuidado.

A associação entre a informação técnica e a sensibilidade também é mencionada como parte do que se entende como fundamental na condução do atendimento às pessoas trans. É preciso que o profissional se mostre sensível às necessidades dessas pessoas e esteja sempre aberto a compreender e assimilar as especificidades desse público:

**Pesquisadora:** Certo. Você consegue nomear instrumentos ou ferramentas utilizados para a elaboração das práticas de cuidado para a população trans? O que tu consideras indispensável para acontecer esse atendimento?

**Entrevistada 6:** Primeiro, o elemento fundamental é a informação. A informação técnica mesmo. Eu me refiro ao profissional entender que existem particularidades no homem trans e na mulher trans e que ele tem que estar preparado, tem que saber, né? (...) E em segundo, e não é porque eu to falando em segundo que é menos importante, a questão da sensibilidade. Se sensibilizar no sentido de colocar dentro da mente que são pessoas que tem os mesmos direitos que as outras. O direito de um atendimento com respeito, de um atendimento humanizado, entende? Então acho que os elementos principais são esses: a questão da informação e da sensibilização.

Nessa perspectiva de trabalho, diferentes recursos são mobilizados pelas profissionais para responder às demandas dos/as usuários/as. Alguns dos instrumentos utilizados nesse processo correspondem a ações que são guiadas por procedimentos estruturados:

**Pesquisadora:** Se você pudesse nomear algum instrumento ou ferramenta que fosse utilizada para a condução ou elaboração dessa assistência às pessoas trans, quais que você diria?

**Entrevistada 2:** Eu acho que o plano de cuidado que a gente chama de PTS, o Projeto de Terapêutico Singular, é um instrumento potente e eu acho que é muito bom porque não é só sua caixinha profissional, você tem que realmente trabalhar inter, né? (...) As atividades de grupo como instrumento de ação socioeducativa, de ação coletiva, de criação de rede entre eles... e a população trans tem muita necessidade de criação de rede entre si, porque parte dessa população é expulsa de casa. As reuniões de equipe também são instrumentos potentes, acho que é isso.

Além destes tipos de recursos, ferramentas acionadas no momento da intercessão entre as pessoas envolvidas na produção do cuidado em saúde são apontadas como fundamentais na condução deste trabalho. Nesta direção, a escuta e o diálogo são referidos como elementos a partir dos quais os profissionais buscam orientar suas práticas, principalmente em espaços que buscam estabelecer relações de forma horizontal:

**Pesquisadora:** No teu trabalho no dia a dia, tu consegues nomear algum instrumento ou ferramenta que seja útil na condução ou na elaboração de práticas de cuidado pra essas pessoas?

**Entrevistada 3:** (...) Então assim, eu uso algumas ferramentas de pintura, de leitura, porque eu acho que facilita. Mas eu acho que a ferramenta maior é a escuta. É possibilitar essa discussão nos grupos. O livrinho é só um referencial pra você começar uma conversa, mas como eu falei, muitas vezes eu penso e o grupo vem com uma demanda de fala.

**Pesquisadora:** Nas tuas atividades, no que tu realizas no espaço, se há alguma ferramenta que seja útil para a elaboração desse cuidado para essas pessoas.

**Entrevistada 4:** O diálogo, saber escutar. A capacidade de escuta, né? (...) Ver quais são as demandas para, a partir da escuta, do que eles demandam, a gente intervém. (...) Aí você escuta pra depois ir construindo ou desconstruindo o que eles estão ali... Acho que é a capacidade de escuta e diálogo e não a imposição enquanto profissional.

Ações educativas e de sensibilização junto ao público e demais profissionais do hospital, especialmente em datas que marcam conquistas ou que fazem referência à luta pelos direitos da população trans, são referidas como integrantes dos processos de trabalho no Espaço Trans: “*a gente fez algumas rodas de conversa com os funcionários, o pessoal de segurança, o pessoal de limpeza, o pessoal de marcação, enfermeiro... acho que a gente conseguiu sensibilizar, de uma certa forma*” (E3). Busca-se, dessa forma, promover o respeito às pessoas trans e contribuir para a reflexão sobre suas necessidades e vivências.

A proposta de realizar ações de sensibilização também se estende para além do espaço físico do hospital. No trecho exemplificado abaixo, o movimento de articulação com outros órgãos, como é o caso da rede de educação, é visto como mais um agregador dos esforços das profissionais para contribuir com o cuidado em saúde e a qualidade de vida das pessoas que frequentam o Espaço Trans. Com isso, procura-se trabalhar a partir de uma dinâmica que reconhece que os/as usuários/as trazem consigo uma origem social, relações sociais e afetivas que fazem parte da sua história de vida e que, portanto, todos estes elementos devem ser levados em consideração durante os atendimentos:

**Pesquisadora:** Tu consegues descrever alguma situação, aí na tua experiência enquanto assistente social, em que você acha que o cuidado em saúde foi efetivado?

**Entrevistada 1:** Tem várias. Eu acho que uma experiência bem legal, a gente não chegou a concluir por causa da pandemia, mas foi... os adolescentes que aqui chegaram, a gente verificou no acolhimento... que a gente fez um acolhimento psicossocial, fez junto. A gente identificou que a grande maioria deles, tanto os que estavam em escola pública como privada, estavam sofrendo preconceito, transfobia, nas suas escolas. E era extremamente naturalizado esse processo lá. (...) Foi isso que nos remeteu a uma articulação com a rede de educação estadual, os vários parceiros, o SEST, a gestão estadual, a gestão municipal, é... os grupos que tinham a ver com a política de educação. Pra a gente pensar uma estratégia de enfrentamento que não personificasse o problema, mas que levasse, por exemplo, como uma formação de professores. Aí a gente ficou no meio do caminho porque a pandemia veio, mas a gente estava nessa articulação. O que eu acho massa disso aí é essa sacação de... ver o sujeito para além dos muros da instituição.

De forma geral, a rotina de trabalho numa unidade de saúde que acolhe população trans é vista como complexa e a construção de um trabalho em saúde por meio de intervenções educativas e do debate coletivo é encarada como sendo bastante difícil, principalmente diante do desafio de ir de encontro a padrões hegemônicos. Apesar dos desafios, as ações que envolvem diálogo são entendidas como extremamente importantes para a apreensão das demandas trazidas pelos/as usuários/as, para ajudá-los a decidir sobre suas próprias vidas e, inclusive, para que estes possam considerar possibilidades até então não pensadas. Os trechos destacados abaixo sinalizam estas questões:

**Pesquisadora:** E como teu trabalho acontece aí, no dia a dia?

**Entrevistada 1:** É difícil. Extremamente difícil, como eu te disse, porque a gente faz uma proposta de um trabalho contra hegemônico. A gente recebe pessoas que, na verdade, a gente tem que compreender que esse sujeito é programado, literalmente, para adequar-se, não é? Para não existir como subversão... né? A diversidade humana é completamente negada por essa linearidade forjada por essa sociedade que a gente vive. (...) Então é muito difícil o trabalho com a população... por isso. Porque pra entender informação, debate e reflexão como produção de saúde é desafiador pra qualquer um, porque não foi assim que a saúde se construiu no Brasil.

**Pesquisadora:** Interessante isso. Quais atividades tu realizas aí no Espaço Trans?

**Entrevistada 3:** (...) Então eu acho que, na verdade, o trabalho da gente é fazer a pessoa ver o que é importante pra ela mesma. (...) Eu acho que é importante possibilitar essa discussão, essa reflexão... poder fazer a pessoa pensar, porque é muito difícil. A gente foi criado dentro de uma norma, a gente foi educado de um jeito. Então a gente ir de encontro a isso, é muito difícil. Então a gente possibilita uma reflexão.

O exercício de reflexão por meio dos grupos é referido como importante na condução das ações assistenciais empreendidas pelas profissionais, além ser um espaço de socialização, troca de experiências, expressão de afetos, fortalecimento das identidades trans e da geração de debates que estimulem o pensamento crítico. Nestes espaços, as diferentes questões relacionadas ao processo de transformação para a vivência social no gênero escolhido são discutidas, o que tem sido entendido como uma forma de cuidado: *“Ou essa menina [participante dos grupos] que diz assim: ‘eu sou muito feliz hoje, sou muito feliz com o pênis que eu tenho, não quero tirar mais’. Eu acho que isso é o cuidado. É a efetivação desse cuidado”* (E3). Assim, o debate e a desconstrução de conceitos e normas são encarados como meios de produção de um cuidado de maior efetividade:

**Pesquisadora:** Essa proposta de cuidado, você entende ela como? Como você a descreveria?

**Entrevistada 4:** É uma proposta dialógica, com diálogo. É uma proposta que faz as pessoas que frequentam aquele espaço pensar o porquê de querer tantas adequações. Assim, às vezes a gente ajuda a construir e a desconstruir conceitos, né? naquele espaço. Às vezes as pessoas vão querendo fazer tudo, todos os procedimentos que estão disponíveis e quando se começa a problematizar que pra ser mulher você não precisa ter uma vulva ou pra você ser um homem não precisa ter um pênis.

Nesse contexto, o diálogo como dispositivo de intervenção apresenta-se como trilha importante para as profissionais, tanto no sentido de desenvolverem habilidades num trabalho para o qual não tinham experiência prévia quanto no estabelecimento do vínculo necessário para a condução das ações de cuidado.

## 6 CUIDADO EM SAÚDE NO ESPAÇO TRANS: SENTIDOS E CONEXÕES

Nesta seção apresentamos a análise do que identificamos como sentido de cuidado em saúde no Espaço Trans. Vale salientar que as reflexões tecidas nas próximas linhas não pretendem tomar como ponto de partida (ou de chegada) uma definição, concreta e unívoca, do que seria o cuidado em saúde. Pelo contrário, estamos falando dos sentidos (fluidos e contextuais!) e das diferentes formas que as pessoas, através dos seus discursos, criam versões e explicações sobre os acontecimentos e fenômenos a sua volta.

Conforme já discutido na terceira seção, o cuidado em saúde é entendido, nesta pesquisa, como multidimensional, dinâmico e pode abranger uma infinidade de ações assistenciais em saúde. Por isso, não há como falarmos de uma única forma de cuidar. Como nos informa Barros e César (2018, p. 61) a noção de cuidado é “nômade, polissêmica e transita por diferentes abordagens conceituais e metodológicas. Cabe descobrir que sentido assume em diferentes contextos e que efeitos produz essa polissemia”. Portanto, é entendendo o cuidado em saúde a partir do contexto singular ao qual nos referimos nesta pesquisa que poderemos suscitar reflexões sobre o tema.

Lembramos que os esforços para compreensão dos sentidos de cuidado no Processo Transexualizador são orientados pela análise das práticas discursivas, que na seção anterior recebeu de nós uma sistematização dos achados com destaque para uma das dimensões das práticas, a *linguagem*, e seus elementos constitutivos: *dinâmica*, *forma* e *conteúdo* (SPINK; MEDRADO, 2013). Os outros aspectos das práticas discursivas – *tempo/história* e *pessoa* – também serão norteadores da estruturação do texto produzido nesta seção, em que são apresentadas nossas interpretações dos achados e o debate com a literatura.

Também cabe lembrar que ao situarmos nossa interpretação dos resultados da pesquisa a partir das contribuições teórico-metodológicas do Construcionismo Social, partimos do pressuposto de que a linguagem é construtora de realidades e, por isso, assume um papel central. Nessa perspectiva, entendemos que o conhecimento que produzimos sobre o mundo em que vivemos resulta de nossas práticas sociais (cultural e historicamente situadas), que se expressam a partir da linguagem. As diferentes narrativas produzidas acerca do cuidado no Espaço Trans têm ressonâncias nas práticas cotidianas desse serviço de saúde. Ou seja, são construções discursivas que se materializam em atos por meio de uma infinidade de recursos linguísticos, resultando em diferentes possibilidades de lidar com o mundo.

Durante as nossas conversas, as profissionais de saúde entrevistadas, a partir de seus diferentes posicionamentos e repertórios, trouxeram para a cena dialógica aquilo que julgavam importante, indispensável e o que seria possível, dentre as dificuldades nos processos de trabalho e os inúmeros obstáculos presentes no cotidiano deste serviço de saúde, para que o cuidado em saúde pudesse ser minimamente efetivado.

Ao analisarmos os diálogos com as nossas interlocutoras, identificamos que o sentido de cuidado em saúde no Espaço Trans reúne diversos aspectos, cuja configuração entendemos como uma **Rede**. A discussão empenhada a seguir apresenta, inicialmente, os cinco pontos que compõem esta **Rede**; em seguida analisa aspectos da produção de sentidos em curso acionando interlocuções com a literatura científica.

A **relação direta com o/a usuário/a**, primeiro ponto destacado, é orientada por questões subjetivas dos/as usuários/as e por aquilo que estes/as precisam, demandam e projetam no/do serviço. Além da formação do vínculo e da parceria entre profissionais e usuários/as, busca-se estabelecer uma relação na qual estes últimos também sejam agentes ativos na construção do seu processo de cuidado em saúde. As profissionais destacam que a relação de cuidado com os/as usuários/as é, em grande parte, marcada por atravessamentos sociais, principalmente no que diz respeito a padrões de gênero hegemônicos.

O segundo ponto diz respeito à **preparação profissional** para lidar com as pessoas atendidas na unidade de saúde e compreende desde uma postura de acolhida e respeito para com a diversidade e aos modos de ser, até reflexões críticas em relação às próprias concepções. A falta de preparo dos/das profissionais de saúde para atender demandas referentes à saúde das pessoas trans é destacada pelas interlocutoras e associada a diferentes fatores, dentre os quais: questões subjetivas do/a profissional que envolvem preconceitos, ausência de interesse em compreender ou se informar sobre o assunto e lacunas na própria formação, considerando que temas como gênero e sexualidade não são abordados durante este processo.

A realização de **atividades de sensibilização** é mais um dos pontos do cuidado em **Rede**. A relação dos/as usuários/as com as pessoas que circulam pelo hospital e destas com o Espaço Trans, enquanto materialidade, é, muitas vezes, marcada por desgastes e tensões, o que tem gerado experiências negativas que contribuem para a visão do espaço hospitalar enquanto potencial reprodutor de preconceitos e estigmas. As demais relações afetivas também são consideradas, incluindo aquelas pertencentes ao sistema familiar do/a usuário/a e cuja possibilidade de rejeição pode causar desamparo e aumento da fragilidade emocional. Neste

contexto, as profissionais do Espaço Trans se veem convocadas a ampliar a alvo de suas ações, considerando que o/a usuário/a não pode ser visto como um indivíduo isolado e descontextualizado das suas relações. A partir das ações sensibilização, mesmo que pontuais e não sistemáticas, as profissionais atuam com ferramentas que entendemos favorecer o acolhimento, humanização e o sentimento de reconhecimento e pertencimento nas diferentes relações que fazem parte da vida dos/as usuários/as, uma vez que se faz necessário compreender a forma como a exclusão social, a ruptura de vínculos, o estigma e a discriminação afetam a saúde dessas pessoas em diferentes âmbitos.

A necessidade de *acolhida de outros serviços para a população trans* aparece como mais um elemento do cuidado. As questões que dizem respeito à transfobia, evasão escolar, violência e outras dificuldades enfrentadas pelas pessoas trans para além do espaço físico do hospital também são consideradas nas ações de atenção à saúde. Para as interlocutoras, é importante entender o que se passa num contexto mais amplo, tendo em conta que isso também reverbera no interior do serviço de saúde.

A *transformação de concepções macrosociais* sobre gênero e sexualidade é o último dos pontos identificados em nossa investigação. Para as profissionais de saúde entrevistadas, a imposição de uma norma cisgênera e heterossexual tem afetado diretamente as vivências da população trans e também as ações de atenção à saúde no âmbito do Processo Transexualizador. Tal norma é referida como um dos grandes obstáculos à execução das ações de cuidado, pois perpassa as relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde, entre estes e os/as usuários/as, nas questões institucionais, dentro e fora do hospital, e, inclusive, as tensões da profissional com suas próprias concepções.

Os cinco pontos destacados acima assumem *status* de conexões que *sustentam* a produção do sentido de cuidado em saúde como *Rede*. A fluidez e/ou rigidez das conexões ajuda-nos na compreensão do fenômeno. A discussão aqui empenhada, como já sinalizamos, atenta para as dimensões *tempo/história* e *pessoa* (SPINK; MEDRADO, 2013) presentes nas práticas discursivas e produção de sentidos.

É da ordem do *tempo vivido* referências às fragilidades na trajetória acadêmica dos/as profissionais, bem como a identificação de concepções pessoais cisheteronormativas. Decisões em buscar leituras científicas até então desconhecidas, realizar cursos de atualização profissional e realizar estudos na equipe informam sobre a tentativa de suprir as fragilidades da

formação acadêmica. Percebemos que o ponto *preparação profissional* sugere fluidez pelas movimentações que as profissionais imprimem a ele.

A alusão à necessidade de *transformação de concepções*, que tem ressonâncias de *tempo longo* e envolve construções simbólicas macrossociais de desvalorização das pessoas trans e de imposição de norma cisgênera e heterossexual, parece marcada por certa rigidez; como se as participantes não conseguissem movimentos na direção de negociar sentidos. Já a necessidade de *acolhida por outros serviços*, marcada por desafios significativos na rede de saúde que podem comprometer o cuidado para pessoas trans, parece um ponto que também nos informa do *tempo longo* das concepções de desvalorização das pessoas trans. As participantes da pesquisa reconhecem a necessidade de mudanças nestes aspectos, mas se veem diante de perspectivas que situam as vivências das pessoas trans a partir de uma norma, que se traduz em patologização e abjeção. O sentido de cuidado em *Rede* conta, portanto, com pontos de maior fluidez ou maior rigidez na sua dinâmica.

Reconhecemos o processo de interanimação dialógica como atuante na dinâmica de produção do cuidado em saúde no Espaço Trans, oportunidade em que as profissionais buscam identificar formas de conduzi-lo, a partir das diferentes trocas discursivas. A *relação direta com o/a usuário/a* e as *atividades de sensibilização* são pontos que muito nos informam sobre essa dinâmica, assim como a possibilidade de combinação de vozes mobilizadas pela interface entre os três tempos. As profissionais são interpeladas pelas suas próprias concepções e/ou dificuldades em lidar com a temática, mobilizam-se pelas demandas dos/as usuários/as e esforçam-se em difundir uma cultura de respeito em torno do Espaço Trans. É no *tempo curto* que as profissionais entram em contato com as diferentes situações apresentadas ao serviço e com as tensões, ambiguidades e desafios que o permeiam, o que contribui para que o cuidado em *Rede* seja tecido cotidianamente.

O que identificamos como esforços das profissionais para melhor oferecer cuidado às pessoas trans também nos informa, em todas as expressões, da dimensão *pessoa* na produção de sentidos. As participantes da pesquisa apresentam-se envolvidas com seu trabalho e expostas ao que as experiências cotidianas lhes apresentam. São interlocutoras ativas construindo e negociando sentidos para cuidado pelas *relações* e trocas discursivas que estabelecem entre si, com os/as usuários/as, com o hospital, consigo mesmas, com a sociedade etc.

Entendemos que o sentido de cuidado em *Rede* demonstra que as ações de saúde no Processo Transexualizador são atravessadas por aspectos culturais, históricos, institucionais e

de relações de poder. Reconhecemos esse cuidado como múltiplo, dialógico e que se materializa para além da relação profissional-usuário/a, da aplicação de protocolos e do que está instituído nas políticas de saúde para pessoas trans. Trata-se, portanto, de um cuidado que envolve contextos individuais, institucionais, relacionais e sociais. Tal achado é sugestivo de avanços em relação às concepções de cuidado com ênfase no aspecto relacional, uma dimensão típica e bastante discutida no campo da saúde por diferentes autores (AYRES, 2004b; BOFF, 1999; MERHY, 2006; PELLEGRINO, 1985 citado por FRY, 1990; SÁ; TAVARES; DE SETA, 2018; SPINK, 2015).

O sentido de cuidado em **Rede** identificado nesta investigação é consoante com o que é definido por Pasche (2010), em que as ações empreendidas na direção do cuidado perpassam a ideia de “construir com” o outro, e não de “intervir sobre” algo, o que exige um *reposicionamento na interação* entre profissionais e usuários/as a fim de que se produza, de forma compartilhada, uma mediação de saberes capazes de promover rachaduras nos discursos hegemônicos.

Como Seixas et al. (2019) discutem, o reconhecimento mútuo e a construção de relações simétricas funcionam como uma potente estratégia para a construção do vínculo e, por conseguinte, a coordenação das práticas de cuidado, tendo como foco as necessidades específicas de cada usuário/a. O vínculo é um “conceito-ferramenta”, isto é, um componente operacional que, uma vez estabelecido, constitui a “expressão do acontecimento do cuidado” (p. 2). O vínculo não se constrói unilateralmente, mas implica uma confiança mútua e se ambos, profissional e usuário/a, se consideram “interlocutores válidos” a partir de uma relação simétrica.

No sentido de cuidado em saúde como **Rede**, entendemos como relação simétrica a que identificamos na rotina das profissionais do Espaço Trans. Tal simetria é sugestiva de desconstrução da relação sujeito-objeto, em que, geralmente, o/a profissional assume o lugar de saber e definir o que é melhor para a pessoa que recebe seu cuidado. O que identificamos nas nossas análises expressa uma relação de simetria, visto que as profissionais acessam suas necessidades de atualização profissional, acolhem o que usuários/as demandam, compreendem movimentos de exclusão como parte de um contexto mais amplo, esforçam-se por promover cultura institucional de respeito e, em última instância, contribuem para uma reorganização nas relações de poder.

Destacamos que a norma cisgênera e heterossexual configura-se, para as profissionais, como dificultadora do cuidado. Ainda que elas não tenham sucesso efetivo em todas as iniciativas de construção de uma cultura de respeito - institucional e social - é inegável que incluem as dificuldades sociais a que têm sido expostas pessoas trans no Brasil, com falta de reconhecimento e desvalorização (ROCON et al., 2016) como questão para se considerar no cuidado disponibilizado.

Os movimentos identificados na investigação de negociação de sentidos na interlocução das profissionais com usuários/as aproximam-se do que Leila Dumaresq (2016) chama de “sujeito epistemológico”. Trata-se de abrir espaço para que além de falar sobre si mesmas as pessoas trans assumam uma posição de também poder construir conhecimento e de tensionar a norma cisgênera, que, inclusive, pode estar sendo vivenciada nos espaços de saúde. O que a autora indica é a efetivação de processos humanizados de atenção à saúde que não tratem a pessoa como objeto.

No que se refere à relação profissional no cuidado, compreendemos que para bem ouvir, antes, é preciso saber escutar o outro, acolhê-lo e reconhecê-lo, possibilitando assim a manifestação de suas necessidades, com autonomia para falar de si e o direito de legitimar suas escolhas de vida. O que identificamos na nossa investigação, consoante ao que a literatura científica reconhece como “interlocutores válidos” (SEIXAS, 2019) e “sujeito epistemológico” (DUMARESQ, 2016), articula-se com a perspectiva construcionista de cocriação do conhecimento e abertura de espaço para múltiplas inteligibilidades. Tais expressões permitem entrever que uma relação de efetivo cuidado não se dá a partir do binômio sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito — ou “pessoa-pessoa”, se considerarmos algumas controvérsias que a palavra sujeito carrega, tais como a perpetuação da dicotomização com o objeto e a representação de uma postura sujeitável (SPINK, 2011).

A formação profissional como um ponto da rede de cuidado parece contribuir com a sustentação de aspectos importantes, ao tocar no que o/a profissional faz na relação dele/a com suas próprias concepções e saberes estruturados. Identificamos a valorização de ferramentas como a escuta e o diálogo como estratégicas na identificação de possíveis ajustes no cuidado oferecido pelos/as profissionais. Entendemos que este aspecto do cuidado requer uma constante problematização das próprias práticas profissionais e esforços para uma releitura/revisão de suas próprias suposições e expectativas em torno das questões relativas a gênero, sexualidade e cuidado. Também nos informa sobre uma postura ético-política de respeito à diversidade

humana, consoante com a defesa da despatologização e a acolhida das vivências trans como *modos de ser* (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; BORBA, 2014).

Como estratégia para lidar com a força da norma cisgênera e heterossexual no processo de construção identitária das pessoas trans, o cuidado em **Rede** envolve também ações com familiares de usuários/as. A criação de espaços de diálogo e de compartilhamento de sentimentos que os desafiem a refletir sobre preconceitos e violências presentes na sociedade são importantes para cuidar das relações familiares e promover deslocamentos saudáveis. Reconhece-se como um desafio vivido pelas pessoas trans (PAULINO; MACHIN; PASTOR-VALERO, 2020) as expectativas sociais para que elas atendam, no contexto das relações afetivas, a *performances* que correspondam aos ideais de gênero e sexualidade representados pela cisgeneridade e pela heterossexualidade. Tais espaços de diálogo contribuem para ampliar o acesso à informação sobre as vivências dos/as usuários/as e pode ser um facilitador para que ocorra uma mudança de paradigmas (BRAZ et al., 2020).

A abertura dos/as profissionais e estratégias interventivas adotadas para compreender e dar resolutividade às diferentes necessidades que se apresentam no cotidiano das pessoas trans, além dos aspectos já analisados, convidam-nos a aprofundar compreensão sobre os reflexos do *tempo longo* no sentido de cuidado em **Rede**. A abertura e estratégias discursivas orientam a rotina de cuidados dos/as profissionais, inclusive para lidarem com construções simbólicas consolidadas (e em disputa) na dinâmica social. O cuidado em **Rede** considera que o acolhimento da população trans em outros serviços - de quaisquer tipos - pode estar marcado pelo estigma e pelas violações dos direitos motivadas pela transfobia, o que têm afetado a vida dessas pessoas. Analisamos que em alguns aspectos/pontos do sentido de cuidado em **Rede**, a dialogia é atravessada por tensões significativas com as quais as participantes da pesquisa precisam lidar cotidianamente. Como se, na esperada negociação que caracteriza as práticas discursivas e produção de sentidos, os/as profissionais conseguissem assumir como interlocutores as vozes do *tempo longo*.

O cuidado em **Rede** coloca em xeque a ideia de que a transexualidade é um tema que pertence exclusivamente à saúde ou, mais especificamente, ao fazer hospitalar. O cuidado é, portanto, marcado pela integralidade, pois, a partir do momento em que a pessoa é acolhida no Espaço Trans, são buscadas soluções para suas necessidades, levando-se em conta os diferentes aspectos que compõem a sua vida, como o contexto social, político, econômico, familiar, ambiental etc. Destacamos neste ponto da análise a iniciativa de articulação institucional do Espaço Trans, os esforços de colaborar com desenvolvimento de perspectiva crítica por parte

de usuários/as e a ainda presente dificuldade de acolhimento das pessoas trans por parte de outros serviços de saúde.

O Espaço Trans movimenta-se por articulações com “uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do ‘setor’ saúde” (CECÍLIO, 2006, p. 121). Entendemos que tal rotina de cuidados contribui positivamente nos processos de construção subjetiva de pessoas trans. Esforços como o identificado em nossa investigação somam-se às tentativas de enfrentamento e superação de dificuldade encontradas no cotidiano dos/as usuários/as, uma vez que são observadas “perdas muito objetivas no plano da escolarização, do acesso ao trabalho, à cultura, ao lazer, à saúde e à segurança pública para vários indivíduos trans, construindo-se assim um cenário onde tais pessoas são alijadas frequentemente de patamares mínimos de cidadania” (ALMEIDA; MURTA, 2013, p. 396).

Dentre os diversos aspectos dessa construção subjetiva, identificamos uma questão importante sobre o cuidado em *Rede* diante da demanda de mudança corporal apresentada por alguns dos/as usuários/as. Apesar de reconhecerem a importância do acesso às tecnologias para modificação corporal enquanto uma estratégia de construção de si, as interlocutoras compreendem que a busca por essas alterações, muitas vezes, se configura como uma tentativa de encaixar seus corpos e suas identidades à *performances* de gênero e orientação sexual hegemônicas. As profissionais referem que procuram refletir com os/as usuários/as sobre as motivações e expectativas que estruturam essa busca, cujos esforços são na direção de questionar o lugar da cisgeneridade e da heterossexualidade compulsória enquanto normatividade. Para tanto, criam espaços de diálogo, mas nem sempre têm conseguido com sucesso imprimir perspectiva crítica na busca por adequação manifestada pelos/as usuários/as. Entre o discurso hegemônico cisheteronormativo e o desenvolvimento de postura crítica frente a ele, talvez precise existir mais elementos que os importantes espaços de diálogo promovidos pelas profissionais.

Quanto ao acolhimento das pessoas trans por parte de outros serviços de saúde, em nossa pesquisa são referidas dificuldades de articulação do Espaço Trans com a Atenção Básica em Saúde e uma busca da população trans por serviços específicos direcionados a este público, o que expressa a relação entre transfobia e cidadania.

Embora a regulamentação do Processo Transexualizador seja um avanço, o acesso das pessoas trans ao sistema de saúde como um todo ainda é um desafio. Principalmente porque a

porta de entrada para estes serviços deveria ser a atenção básica, “já que seria antagônico ao princípio da universalidade do SUS o estabelecimento de nichos diferenciados para a atenção a um determinado grupo social, em diferenciação ou discriminação em relação aos demais” (LIONÇO, 2009, p. 44). Diante de tal fragilidade, tem-se como reflexo o registro de uma alta de demanda para os serviços de atenção especializada (TENÓRIO; VIEIRA; LIVADIAS, 2017).

O fato de alguns/as usuários/as só reconhecerem os serviços direcionados para o público trans e, da mesma forma, alguns profissionais avaliarem que o cuidado em saúde para as pessoas trans teria maior efetividade apenas nesses espaços, são situações que permitem vislumbrar uma das formas como a transfobia tem se expressado na rede de atenção à saúde. Nesse cenário, muitos ignoram que “a pessoa transgênero vivencia outros aspectos de sua humanidade, para além dos relacionados à sua identidade de gênero” (JESUS, 2012, p. 12). Entendemos que, assim como toda pessoa que demanda serviços para melhoria das suas condições de vida, para exercer sua cidadania e o “direito de ser” na saúde (PINHEIRO, 2010), também as necessidades das pessoas trans não podem ser respondidas em um só lugar, mas envolve uma ampla gama de serviços e implica, sobretudo, o reconhecimento da diversidade humana.

Adiante, pontuamos como *destaques* da investigação aspectos indicativos de movimentos importantes quando se trata de cuidado em saúde no Processo Transexualizador, e que assumem aqui *status* de *recomendações*.

O sentido de *Rede* que o cuidado em saúde assume nesta pesquisa vai na direção contrária à hegemonia do trabalho médico que é proposta pela política do Processo Transexualizador. Embora tal normativa tenha como diretriz a “integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas” (BRASIL, 2013), a política se organiza tendo como elemento central as cirurgias e demais intervenções corporais. No cuidado em *Rede* oferecido pelo Espaço Trans, “a porta de entrada dos/as usuários/as no serviço é a psicologia e o serviço social, o que ocasiona uma mudança de paradigma no processo de cuidado da saúde de pessoas trans, evidenciando os problemas psicossociais e descentralizando o lugar hegemônico das intervenções corporais” (TENÓRIO; VIEIRA; LIVADIAS, 2017, p. 121).

Lembramos que, quando da construção dos dados, dialogamos sobre “ambiguidade” no cuidado disponibilizado, que transita entre acolher singularidades e atuar sob a égide da

cirurgia. É digno de nota também que o CFM continua a descrever as experiências das transexualidades e travestilidades como “incongruência”, mantendo a ideia de linearidade entre corpo, sexo, gênero e desejo e situando tais vivências sempre em relação a uma norma (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). Apesar dessas referências, identificamos na nossa pesquisa a centralidade do *diálogo* no cuidado dispensado, que associamos a uma abordagem psicossocial, diferente do que ainda parece representar a abordagem biomédica, de receber a pessoa trans com saber já estruturado e, infelizmente, patologizado.

O diálogo na investigação realizada é elemento orientador das práticas de cuidado no Espaço Trans. Semelhante ao que postula Teixeira (2007, p. 97), quando afirma que “a substância do trabalho em saúde (e, (...), igualmente a substância do ‘trabalho vivo em ato’) é a conversa”. A conversa, ou o diálogo, é o fio que parece tecer a **Rede** de cuidado em saúde, tanto nas diferentes situações que se processam no encontro com o/a usuário/a, quanto nos diversos pontos de articulação. Por esse achado em nossa investigação **recomendamos** que serviços de saúde que atendem pessoas trans garantam **atenção psicossocial** em seu acolhimento e nas atividades realizadas.

Um dos significativos impactos de um serviço assim organizado, que também identificamos na pesquisa, é a construção de um plano de cuidado que acolha as pessoas em suas especificidades sem patologizar suas vivências. Os esforços em oferecer **atenção psicossocial** convivem com a identificação/reconhecimento, por parte dos/as profissionais do serviço, da presença significativa da norma cisgênera e heterossexual como força social e institucional, e da adequação a ela como referência. Quanto ao primeiro ponto, entendemos como positivos os esforços em defesa de tecnologias de cuidado que considerem as necessidades e decisões específicas de cada usuário/a na construção dos seus projetos de vida. Encontramos o oposto do que apresentamos inicialmente a partir das reflexões de Tenório e Prado (2016), de que quando profissionais de saúde reduzem as pessoas trans a determinados estereótipos, negando a possibilidade de autodeterminação, terminam por impossibilitar a efetivação de um cuidado integral. Em nossa pesquisa, reconhecemos como na direção de um cuidado integral que respeita singularidades, os esforços em escutar, entender, estudar junto, sensibilizar outras pessoas, como uma face significativa do cuidado em **Rede**. Entretanto, parece escapar dos esforços das profissionais como lidar com “a adequação à norma cisgênera e heterossexual”, o segundo ponto do debate em curso. Ainda que façam críticas às determinações normativas, o cuidado tem dificuldade de ser efetivado quando um/a usuário/a

parece capturado pela norma, quando uma organização parceira parece reduzir práticas à norma, quando a sociedade como um todo tem a norma como regra social.

*Sugerimos* que novas pesquisas sejam realizadas sobre estratégias de enfrentamento da norma nas rotinas de cuidado de uma unidade de saúde que atende pessoas trans. Estamos diante de um ponto da *Rede* de cuidado para o qual uma pesquisa multidisciplinar pode ser produtora, no sentido de possibilitar uma aproximação da forma como certas posições normativas e seus dispositivos de poder podem atuar a partir de diferentes campos do saber. Uma investigação nessa direção deve, ousamos sugerir, considerar uma sociedade que só humaniza corpos e gêneros que estão em conformidade com a cisnormatividade e que impõe a norma cisgênera e heterossexual como referência subjetiva para todos/as. Neste roteiro, é sugestiva a presença de processos de violência e exclusão. Como um pêndulo que se mantém em seu constante movimento, a sociedade segue com ações desumanas e as pessoas trans seguem invisibilizadas. Sugerimos, portanto, estudos que discutam organização social, políticas públicas, cidadania. Que a devida reivindicação pelo efetivo exercício da cidadania de pessoas trans possa contar com contribuições do trabalho científico de pesquisadores/as.

Fazemos um destaque especial à fragilidade da formação acadêmica identificada na nossa pesquisa. Apesar dos esforços criados pelas participantes ao serem autodidatas, estudarem em grupo e frequentarem cursos de atualização, é importante problematizar pretensões de uma suposta “formação adequada”. Um dos riscos em questão é de que tal capacitação para lidar com as demandas das pessoas trans possa reforçar a noção de que tais pessoas possuem experiências homogêneas, estáveis, universais e, por isso, haveria uma maneira única ou mais adequada de atendê-las. Outro risco é que profissionais expostos/as a uma suposta “formação adequada” estariam prontos/as para o cuidado em saúde às pessoas trans. Não podemos aceder a uma forma de cuidado que, como nos lembram Vieira et al. (2019, p. 165), “é muitas vezes confundido com tutela e sob discursos de acolhimento e proteção, profissionais de saúde imprimem sobre os corpos trans, suas próprias perspectivas de destinos cisgêneros”.

Aprendemos com a investigação empenhada que a atenção dada pelas interlocutoras às diferentes questões que surgem no *tempo curto* tem sido estratégico para a eleição de temas e conteúdos de atualização profissional. Com espaços de trabalho marcados pela *dialogia*, vimos que a dinâmica institucional conserva princípios do próprio movimento construcionista no que se refere à construção de sentidos. A identificação de tal dinâmica, cuja produção negociada de

sentidos está em curso, revela processos produtivos de cuidado que se dão, como argumenta Merhy (2006), no acontecimento, em ato.

Quanto aos processos formativos acadêmicos no campo da saúde, *sugerimos* uma leitura crítica das instituições de ensino. Se pretendem ser totalizadores, absolutos, plenos, tais processos podem estar uniformizando experiências subjetivas das pessoas em formação. **Recomendamos** o abandono de uma postura de especialista, em que o profissional de saúde seria a única pessoa que sabe o que de fato o que o/a usuário/a precisa. Organizada dessa maneira, a experiência formativa pode ser reduzida ao acúmulo de informações, conceitos, teorias etc. Concordamos com Bernardes (2012) ao recomendar o desenvolvimento de competências linguísticas e éticas na formação de psicólogos/as, o que avaliamos como válido para todos/as profissionais de saúde.

Consideramos que tanto os processos de formação graduada e pós-graduada em saúde como processos de educação permanente podem tomar como desafio a construção de estratégias formativas que estejam atentas às características que são próprias das diferentes populações e pessoas assistidas nos serviços de saúde, no plano concreto em que as experiências cotidianas acontecem.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mas, tudo que eu disse aqui não conclui nada, absolutamente nada, não fecha nem esgota nada, afinal, me dizia Agripina, “um trabalho nunca termina”; o que temos é sempre uma abertura para algo que nunca sabemos bem o que é, mas que de algum modo se inscreve na dinâmica da vida. (SILVA, 2018, p. 250).

A análise de sentidos produzidos sobre o cuidado em saúde por profissionais que atuam no Processo Transexualizador foi orientada pelo Construcionismo Social. À vista disso, entendemos as informações aqui reunidas como construções continuadas que estão intimamente atreladas ao contexto social, cultural e histórico em que foram produzidas.

Os diferentes aspectos que compõem as ações de saúde no Espaço Trans é o que permite a compreensão de um cuidado que se constitui em **Rede**. Este sentido de cuidado é marcado por uma dinâmica que envolve a interação do/a profissional com as diversas questões que permeiam o seu campo de atuação e está para além da dimensão intersubjetiva presente na relação que se estabelece entre aqueles que demandam cuidado e aqueles que buscam efetivar esse cuidado. É na dinâmica concreta do serviço que as profissionais são conduzidas a propor estratégias para realizar uma apreensão ampliada das necessidades dessa população e dos possíveis sofrimentos decorrentes de trajetórias de exclusão nos espaços de saúde, o que tem sido entendido como fundamental para a organização dos processos de trabalho na direção de um cuidado efetivo. Tal posicionamento parte de um entendimento de que não há produção de espaços de troca de falas e escutas, de criação de vínculos e acolhimento, se não houver uma atuação profissional implicada com todas as questões que permeiam o debate sobre as vivências e a saúde das pessoas trans.

Esperamos contribuir tanto com a formatação de processos formativos de profissionais de saúde quanto com a própria formulação de políticas de saúde para pessoas trans, a partir do que encontramos como o cuidado em **Rede**. São visíveis os avanços positivos da rotina de cuidado no Espaço Trans em relação às normativas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina.

A indicação de participantes a partir da nossa interlocutora-chave pode ter sido um fator que tendenciou a construção do material da pesquisa. Esperamos que estudos mais abrangentes sejam realizados, o que pode se configurar como reunir diversidade maior de profissionais e/ou

diversidade de técnicas de construção de dados, como a inclusão de observação. Além disso, novos estudos devem ser realizados contando com usuários/as do serviço como interlocutores/as e, inclusive, aprofundando a investigação em torno de marcadores sociais como raça e classe e suas implicações com a construção dos processos de cuidado em saúde no Processo Transexualizador.

Retomo aqui a primeira pessoa do singular para tecer breves reflexões acerca da produção deste trabalho. Destaco inicialmente que a citação que introduz esta seção não está ali por acaso. Além de indicar esse caráter de inconclusividade que é inerente às produções científicas, também faz alusão às tantas vozes que estão presentificadas neste texto e a quem recorri inúmeras vezes ao longo deste processo de escrita. Essas vozes, como a de Mariah Silva (2018), que aparece na citação, foram de pessoas trans que me ajudaram a construir as informações aqui reunidas e me trouxeram o olhar sensível e potente através de seus incontáveis artigos, textos e falas. Foram essas leituras e escutas que, sem dúvidas, me trouxeram uma melhor compreensão acerca do tema. E, sobretudo, a presença de corpos trans como produtores de conhecimento científico, o que tem promovido um necessário deslocamento de olhar ao problematizar as cisgenderidades.

Ao me aproximar das últimas linhas deste texto dissertativo, faço o exercício de voltar para quando esta jornada dissertativa começou e recordo das inúmeras vezes que fui questionada sobre se eu iria mesmo entrevistar usuários/as e profissionais: “Não é muita coisa? Precisa focar”. Ao mesmo tempo diziam: “Os/as usuários/as já cansados/as de serem chamados para participar de pesquisa”. Após a decisão de trabalhar apenas com profissionais de saúde, a frase “*nada sobre nós sem nós*” passou a ecoar nos meus pensamentos e me acompanhou durante todo o período de produção deste texto dissertativo. Muitas vezes me questioneei sobre se esse “olhar forasteiro” faria algum sentido. Se, do meu lugar de mulher cis e hétero, poderia produzir algo que fosse relevante e que pudesse, de alguma forma, lançar luz sobre questões que são tão caras e sensíveis às pessoas trans.

Nesse debate, “*pode o cisgênero falar?*”<sup>12</sup>. Depois de muito hesitar, respondo: Pode. Desde que esteja disposto a colocar as próprias perspectivas em questão e esteja atento aos limites inerentes ao seu lugar de fala. Como bem pontua Mônica Alvim (2019, p. 892), tendo em mente “o reconhecimento da nossa diferença que nos ensina, com a navalha na carne, sobre

---

<sup>12</sup> FAVERO, S. Pode o cisgênero falar? Blogueiras Feministas. 23/02/2016. Disponível em: <https://blogueirasfeministas.com/2016/02/23/pode-o-cisgenero-falar>. Acesso em 03 set. 2021.

o nosso lugar privilegiado, no centro. O reconhecimento da diferença deles, do seu direito de ser aqui comigo do seu jeito, no seu lugar de falar, no seu direito inalienável de narrar a si mesmo”.

Por fim, cabe mais uma vez lembrar que este trabalho é um empreendimento que aposta na linguagem para além do seu caráter descritivo e informativo, entendendo-a enquanto produtora de sentidos, de realidades, de possibilidades de criação em conjunto e de abertura para o inesperado. Outros inúmeros sentidos aguardam para serem explorados e, por isso, fica aqui o convite para que as reflexões trazidas por e com essas proposições se somem a novos olhares na direção de construir práticas de saúde que busquem no cuidado sua inspiração. E que a máxima “cuidar é participar da construção, sempre socialmente compartilhada, dos projetos de felicidade que não cessam de criar e nascer de nossos encontros no mundo” (AYRES, 2009, p. 12) seja rotina nos serviços de saúde que acolhem pessoas trans e na sociedade brasileira como um todo.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**. Rio de Janeiro, 2013, n. 14, pp. 380-407. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>. Acesso em: 29 jul. 2020.
- ALVES, C. A. Cuidado em saúde no Brasil: espaços de criação, lutas e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128519>. Acesso em: 29 mar. 2020.
- ALVIM, M. B. A Gestalt-Terapia na Fronteira: Alteridade e Reconhecimento como Cuidado. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. spe, p. 880-895, dez. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000400003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000400003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 28 ago. 2021.
- ANEAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 651-662, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300003>. Acesso em: 01 mai. 2020.
- ARÁN, M.; Zaidhaft, S.; MURTA, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 70-79, abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000100008>. Acesso em: 25 mar. 2021.
- ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Revista de Saúde Coletiva**. Physis, vol. 19, n. 1, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100003>. Acesso em: 07 mai. 2020.
- ARAN, M.; MURTA, D.; LIONCO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>. Acesso em: 07 mai. 2020.
- ARAGAKI, S. S.; LIMA, M. L. C.; PEREIRA, C. C. P.; NASCIMENTO, V. L. V. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I.; NASCIMENTO, V. e CORDEIRO, M. (Orgs). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>. Acesso em: 23 mar. 2020.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, Fev. 2004a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>. Acesso em: 23 mar. 2020.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>. Acesso em: 23 mar. 2020.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

AUSTIN, J. L. **Quando dizer é fazer: palavras e ação**. Trad. Danilo Marcondes de Souza Filho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990 (Original publicado em 1962).

BACCARIM, R. C. G.; TAGLIAMENTO, G. Acesso de Pessoas Trans à Saúde: uma Análise das Práticas de Profissionais. **Psicol. Argumento**, n. 38, vol. 102, out./dez., p. 604-625, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.38.102.AO01>. Acesso em 23 jul. 2021.

BALLARIN, M. L. G. S; CARVALHO, F. B. de; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 218-224, 2009. Disponível em: <https://www.revistamundodasaude.com.br/assets/artigos/2010/79/444a450.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2020.

BARBOSA, T. E. L. **Psiquiatria e Tipos Naturais**. Tese (Doutorado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

BARROS, M. E. B.; CÉSAR, J. M. A saúde em práticas de cuidado: dialogia e cogestão. In: SÁ, M. C.; TAVARES, M. F. L.; DE SETA, M. H. (Org.). **Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

BENEVIDES, B. G; NOGUEIRA, S. N. B. (Orgs). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021.

BENJAMIN, H. Transsexualism and transvestism as psycho-somatic and somato-psychic syndromes. In: STRYKER, S; WHITTLE, S. **The transgender studies reader**. Nova York: Routledge, 2006.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo**. Sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, B. A campanha internacional de ação pela despatologização das identidades trans: entrevista com o ativista Amets Suess. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 481-484, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200008>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BENTO, B.; PELUCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 559-568, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>. Acesso em: 06 jul. 2020.

BERNARDES, J. S. A formação em Psicologia após 50 anos do Primeiro Currículo Nacional da Psicologia: alguns desafios atuais. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2012, v. 32, n. spe., pp. 216-231. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500016>. Acesso em: 09 set. 2021.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOFF, L. O Cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 392, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.31002019>. Acesso em: 22 mar. 2020.

BORBA, R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. **Sex., Salud Soc.** Rio de Janeiro, n. 17, p. 66-97, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.06.a>. Acesso em: 29 mar. 2020.

BORBA, R. **O (Des)Aprendizado de Si**: transexualidades, interação e cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 2.227/2004**. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2227\\_14\\_10\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2227_14_10_2004.html). Acesso em: 11 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 457/2008**. Aprova Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de saúde – SUS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457\\_19\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html). Acesso em: 11 de mai. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 1.707/2008**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html). Acesso em: 11 mai. 2020. [Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.803 de 19.11.2013].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 2.836/2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf). Acesso em: 11 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 2.803/2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html). Acesso em: 11 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. OMS retira transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais. **Gov.br.**, Brasília, 22 jun. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/junho/organizacao->

mundial-da-saude-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-e-disturbios-mentais. Acesso em 13 mai. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização** – HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª Ed., Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

BRAZ, D. G. C. ; REIS, M. B.; HORTA, A. L. M.; FENANDES, H. Vivências familiares no processo de transição de gênero. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2020, v. 33. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0251>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

BUTLER, J.; RIOS, A. Desdiagnosticando o gênero. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2009, v. 19, n. 1, pp. 95-126. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100006>. Acesso em: 01 jun. 2019.

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 673-692, set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300002>. Acesso em: 29 mar. 2020.

CAMINO, L.; TORRES, A. R. Origens e desenvolvimento da Psicologia Social. In: CAMINO, L.; TORRES, A. R.; LIMA, M. E.; PEREIRA, M. E. (Org.). **Psicologia Social: temas e teoria**. Brasília, Technopolitik, 2013.

CANNONE, L. A. R. Historicizando a Transexualidade em Direção a uma Psicologia Comprometida. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 39, n. spe3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228487>. Acesso em: 07 set. 2020.

CASTANON, G. A. Construcionismo social: uma crítica epistemológica. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 67-81, jun. 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413389X2004000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2004000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 17 jan. 2020.

CAVALCANTI, C; CARVALHO, M. W. V; BICALHO; P. P. G. A Estranha Liberdade de Odiar: uma análise do processo de Ação Civil Pública contra a resolução 01/2018 do Conselho Federal de Psicologia. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 10, pp. 231-249, 2018. Disponível em: <http://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/27943>. Acesso em: 07 set. 2020.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

COELHO, M. T. Á. D.; SAMPAIO, L. L. P. (Org.). **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. 1ª ed. Salvador: EDUFBA, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.482/1997**. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482\\_1997.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm). Acesso em: 8 mai. 2020. [Revogada pela Resolução CFM nº 1.652/2002]

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.652/2002**. Autoriza a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm). Acesso em: 11 mai. 2020. [Revogada pela Resolução CFM nº 1955/2010]

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.955/2010**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955\\_2010.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm). Acesso em: 11 mai. 2020. [Revogada pela Resolução CFM nº 2.264/2019]

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.264/2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>. Acesso em: 17 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 01/1999**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf). Acesso em: 20 mai. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 01/2018**. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolucao-CFP-01-2018.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nota técnica do Conselho Federal de Psicologia sobre a atuação da(o) Psicóloga(o) no processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans**. 30 de julho de 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

DIAS, M. B; ZENEVICH, L. Um histórico da patologização da transexualidade e uma conclusão evidente: a diversidade é saudável. **Gênero e Direito: UFPB**, v. 3, n. 2, 2014. p. 11-23. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/20049>. Acesso em: 01 mai. 2020.

DUMARESQ, L. Ensaio (travesti) sobre a escuta (cisgênera). **Periódicos**, Salvador, v. 5, n. 1, maio-out., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicos/article/view/17180>. Acesso em: 26 jun. 2021.

FAVERO, S. R. (Des)epistemologizar a clínica: o reconhecimento de uma ciência guiada pelo pensamento cisgênero. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica**, Salvador, v. 05, n. 13, p. 403-418, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/rbpab/article/view/7272>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FAVERO, S. Pode o cisgênero falar? **Blogueiras Feministas**, 23/02/2016. Disponível em: <https://blogueirasfeministas.com/2016/02/23/pode-o-cisgenero-falar/>. Acesso em 20 ago. 2021.

FERREIRA, M. C. A psicologia social contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26 (especial), p. 51-64, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a05v26ns.pdf>. Acesso em: 04 set. 2019.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008 (Original publicado em 1969).

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. São Paulo: Paz & Terra, 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 9ª Ed., 2019 (Original publicado em 1926/1984).

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia** (Ribeirão Preto). v. 14, n. 28, pp. 139-152, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>. Acesso em: 28 out. 2019.

FRY, S. T. The philosophical foundations of caring. In: LEININGER, M. M. **Ethical and moral dimensions of care**. Detroit: Wayne State University Press, 1990.

GERGEN, K. The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. **American Psychologist**, v. 40, n.3, p. 266-275, 1985.

HACKING, I. Kinds of People: Moving targets. **Proceedings of the British Academy**, v. 151, p. 285-318, 2007.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução de Marcia Sá Cavalcante Schuback. 15ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

IBAÑEZ, T. La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. **Política y Sociedad**. Vol. 40, n. 1. 2003. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/24851>. Acesso em: 19 ago. 2020.

ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. La Psicología Social como Crítica: Continuismo, Estabilidad y Efervescencias Tres Décadas después de la “Crisis”. **Revista Interamericana de Psicología**, v. 37, n 2, 2003a. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28437204>. Acesso em: 19 ago. 2020.

ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. **La Psicología Social en la encrucijada postconstruccionista: Historicidad, subjetividad, performatividad, acción.** XII Encontro Nacional da ABRAPSO. Estratégias de Invenção – a Psicologia Social no Contemporâneo. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Porto Alegre, 2003b.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos.** Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. Brasília: Autor, 2012.

JESUS, J. G. **A verdade cisgênero,** 28 Janeiro 2015. Disponível em: <http://blogueirasfeministas.com/2015/01/a-verdade-cisgenero>. Acesso em: 26 jul. 2020.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo** - Corpo e gênero dos gregos a Freud. Tradução: Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEITE, A; SANTOS, C. Cartografias Trans - mapas sobre a apropriação médica das transexualidades. **Clínica & Cultura**, São Cristóvão-SE, v.5, n.1, p. 50-64, 2016. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/4619>. Acesso em: 13 ago. 2020.

LEITE JR, J. **Nossos corpos também mudam: sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico.** Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

LEMINSKI, P. **Ensaio e anseios críticos.** Campinas: Editora Unicamp, 2012.

LIMA, F.; CRUZ, K. T. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 162-186, ago. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07.a>. Acesso em: 24 abr. 2020.

LIONCO, T. A despatologização das identidades trans: questões e desafios na atualidade. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 147-156, dez. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2016000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2016000200010). Acesso em: 05 set. 2020.

LIONCO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>. Acesso em: 05 set. 2020.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p. 593-605, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>. Acesso em 08 abr. 2020.

MARTÍNEZ-GUZMÁN, A.; ÍÑIGUEZ-RUEDA, L. La Fabricación del Transtorno de Identidad Sexual. **Discurso & Sociedad**, vol. 4, n. 1, p. 30-51, 2010. Disponível em: <http://www.dissoc.org/ediciones/v04n01/DS4%281%29Martinez&Iniguez.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

MATOS, A. et al. **Análise da Resolução 2.265 de 20 de setembro de 2019** - Resolução produzida pelo Conselho Federal de Medicina. Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT

(NUH), 24 de janeiro de 2020. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/nuh/2020/01/24/analise-da-resolucao-cfm-2265-de-20-de-setembro-de-2019>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2009.

MATTOS, A; CIDADE, M. L. Para pensar a cisheteronormatividade na Psicologia: lições tomadas do transfeminismo. **Periódicus**, v. 5, n. 1, maio-out., 2016. Disponível em: <https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/viewFile/17181/11338>. Acesso em: 07 set. 2020.

MÉLLO, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 26-32, Dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300005>. Acesso em: 28 nov. de 2019.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, Fev. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>. Acesso em: 23 mai. 2019.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo, Hucitec, 2007

MERHY, E. E. O cuidado e um acontecimento, e não um ato. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS**. Brasília, p. 69-78, 20 out. 2006.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T., SANTOS, A. F., CAMPOS, C. R., MALTA, D. C., MERHY, E. E. (Org.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MINAYO, M. C. S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F; ROMEU GOMES, O. C. N; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 13 abr. 2020.

MURTA, D. Transexualidade e normas de gênero: contribuições para o debate bioético sobre as práticas de modificações corporais do sexo. In: COELHO, M. T. Á. D.; SAMPAIO, L. L. P. (Org.). **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. 1ª ed. Salvador: EDUFBA, 2014.

NASCIMENTO, V. L. V.; MINIGUINE, R.; TAVANTI; PEREIRA, C. C. Q. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas In: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I.; NASCIMENTO, V.; CORDEIRO, M. (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa**

**social: compartilhando ferramentas.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

NOGUEIRA, C. Contribuições do Construcionismo Social a uma nova Psicologia do gênero. **Cadernos de Pesquisa**. v. 15, n. 112, p. 43 – 65, mar. 2001.

PASCHE, D. F. A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Orgs.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

PAULINO, D. B., MACHIN, R., PASTOR-VALERO, M. “Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans”: performatividade trans, família e cuidado em saúde. **Saúde e Sociedade** [online]. 2020, v. 29, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190732>. Acesso em: 22 ago. 2021.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R; SILVA, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1025-1035, dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500018>. Acesso em: 06 set. 2019.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, pp. 1509-1520, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>. Acesso em: 13 set. 2019.

RASERA, E. F; JAPUR, M. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 21-29, abr. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100005>. Acesso em: 23 nov. 2019.

ROCON, P. C.; SODRÉ, F.; RODRIGUES, A. Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 260-269, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00200011>. Acesso em: 24 abr. 2020

ROCON, P. C.; SILVA, A. I.; SODRÉ, F. Diversidade de gênero e Sistema Único de Saúde: uma problematização sobre o processo transexualizador. **SER Social**, v. 20, n. 43, p. 432–448, 2018. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/18870](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/18870). Acesso em: 28 ago. 2020.

ROHDEN, F. O corpo fazendo a diferença. **Mana** [online]. 1998, v. 4, n. 2, pp. 127-141. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-93131998000200007>>. Epub. 31 Ago. 2000. Acesso em 22 abr. 2020.

RODRIGUES, L.; CARNEIRO, N. S.; NOGUEIRA, C. História das abordagens científicas, médicas e psicológicas sobre as transexualidades e suas aproximações críticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200768>. Acesso em 18 ago. 2021.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2007, v. 20, n. 2, p. 5-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 25 abr. 2019.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 651-664, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500016>. Acesso em: 09 abr. 2020.

SÁ, M. C.; TAVARES, M. F. L.; DE SETA, M. H. (Org.). **Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

SANTOS, M. F. L. A invenção do dispositivo da transexualidade: produção de “verdades” e experiências trans. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 28, p. 117-130, 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/2937>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SANTOS, M. C. B.; ALMEIDA, G. S. Diversidade de gênero e acesso a saúde: desafios para o atendimento de pessoas transexuais no SUS. **16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, Brasília, vol. 16, n. 01, 2019, p. 01-13. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1090>. Acesso em 09 nov. 2021.

SEIXAS, C. T.; BADUY, R. S.; CRUZ, K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; JUNIOR, H. S.; MERHY, E. E. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2019, v. 23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>. Acesso em: 24 mai. 2020.

SEIXAS, C. T. ; MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; JUNIOR, H. S. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. **Salud Colectiva** [online]. 2016, v. 12, n. 1, pp. 113-123. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>. Acesso em: 24 mai. 2020.

SILVA, M. R. C. G. **Corpos Antropofágicos: Supermáquina e interseccionalidades em cartoescrita de fluxos indisciplinados**. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2018.

SILVA, T. F.; DAVID, H. M. S. L.; CALDAS, C. P.; MARTINS, E. L.; FERREIRA, S. R. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe4, pp. 249-260. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S420>. Acesso em: 27 mai. 2020.

SILVA, D. S.; IRIART, J. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, fev. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00036318>. Acesso em 28 ago. 2020.

SOUSA, D.; CAVALCANTI, C. Entre normas e tutelas: pensando (im)possibilidades da Psicologia em interface com transgeneridades. In: DENEGA, A.; ANDRADE, D. S. V.; SANTOS, H. M. (Orgs.), **Gênero na psicologia: Saberes e práticas**. Salvador, BA: CRP-03, 2016.

SPINK, M. J. P. **Linguagem e Produção de Sentidos no Cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, M. J. P. Pessoa, Indivíduo e Sujeito: Notas sobre efeitos discursivos de opções conceituais. In: Spink, M. J. P.; Figueiredo, P.; Brasilino, J. (Orgs.). **Psicologia Social e Pessoalidade**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais e ABRAPSO, 2011.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 115-123, jun., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01010>. Acesso em: 23 de mai. de 2019.

SPINK, M. J. P. Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. **Psicol. Soc.** Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 7-14, Abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100002>. Acesso em: 21 abr. 2020.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42, Dez. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>. Acesso em: 21 mar. 2020.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e Visibilidade: A explicitação dos passos de interpretação. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J.; MATTA, G. C. A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas**

**discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. P. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

SPINK, M. J. P.; SPINK, P. A psicologia social na atualidade. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. (Org.). **História da Psicologia: rumos e percursos.** Rio de Janeiro: Nau Ed., 2006.

SPIZZIRRI, G.; ANKIER, C.; ABDO, C. H. N. Considerações sobre o atendimento aos indivíduos transgêneros. **Revista diagnóstico & tratamento**, São Paulo, v. 22, p. 176-179, 2017. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875488/rdt\\_v22n4\\_176-179.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875488/rdt_v22n4_176-179.pdf). Acesso em: 15 ago. 2020.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.), **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

TENÓRIO, L. F. P.; PRADO, M. A. M. As contradições da patologização das identidades trans e argumentos para a mudança de paradigma. **Periódicus**, Salvador, n. 5, v. 1, maio-out. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/17175>. Acesso em: 02 abr. 2020.

TENÓRIO, L. F. P.; VIEIRA, L. L. F.; LIVADIAS, S. K.; Da luta à execução do processo transexualizador: experiência no Hospital das Clínicas da UFPE. In: OLIVEIRA, A. D.; PINTO, C. R. B. **Transpolíticas Públicas.** Campinas: Papel Social, 2017.

VERGUEIRO, V. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade.** 2015. Dissertação (Mestrado em Pós-cultura) - Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

VERGUEIRO, V. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. In: MESSEDER, S.; CASTRO, M.G.; MOUTINHO, L., (Orgs). **Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero.** Salvador: EDUFBA, 2016, p. 249-270. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523218669.0014>. Acesso em 10 nov. 2021

VIEIRA, E. S.; PEREIRA, C. A. S. R.; DUTRA, C. V.; CAVALCANTI, C. S. Psicologia e Políticas de Saúde da População Trans: Encruzilhadas, Disputas e Porosidades. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 39, n. spe3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228504>. Acesso em: 06 ago. 2021.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION OF TRANSGENDER HEALTH. **Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero**, 7ª edição. WPATH, 2012.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “*Produção de sentidos sobre o cuidado em saúde no âmbito do Processo Transexualizador*”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora KARINE MENDES DA SILVA, no endereço Grupo de Estudos Frestas, Av. da Arquitetura s/n - 7º Andar - Cidade Universitária – Recife/PE - CEP: 50740-550. Tel.: (81) 2126-8271 e e-mail: karine.mendes@ufpe.br. A pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Wedna Cristina Marinho Galindo, Tel.: (81) 2126-8271 e e-mail: wedna.galindo@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que assinale o campo que concorda em participar desta pesquisa. Uma via lhe será enviada por e-mail.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- **Descrição da pesquisa:** Esta pesquisa tem como objetivo analisar, a partir da abordagem teórico-metodológica de práticas discursivas e pressupostos do construcionismo social, a produção de sentidos sobre o cuidado em saúde no âmbito do Processo Transexualizador. Para isso, será utilizada uma metodologia qualitativa. Serão entrevistados profissionais que atendem as demandas do Espaço Trans do Hospital das Clínicas da UFPE a partir de um roteiro semiestruturado e, posteriormente, será realizada transcrição e análise dos dados obtidos através da construção de mapas dialógicos.
- **Período de participação do voluntário na pesquisa:** A participação terá início após sua autorização por meio deste termo. Para a entrevista por videoconferência será necessário, ao todo, apenas um encontro. Cada entrevista poderá ter duração de até 1 (uma) hora. As entrevistas poderão ser previamente agendadas, conforme desejo e disponibilidade de cada participante.
- **RISCOS:** É possível que a participação nesta pesquisa gere algum desconforto por parte dos/as participantes durante a realização da entrevista. Caso ocorra ou o/a entrevistado/a sinalize algum tipo de constrangimento/desconforto, este/a receberá da pesquisadora o suporte necessário para amenizar este risco ou, se necessário, orientação para buscar serviço adequado a sua necessidade. A fim de minimizar um possível incômodo, será recomendada a realização da entrevista em local reservado, conforme a conveniência dos/as participantes.
- **BENEFÍCIOS:** Como benefício direto, podemos citar a possibilidade de o participante refletir sobre o tema. Como benefícios indiretos, ao término do estudo, espera-se que os

resultados gerem debates que possam contribuir para a melhoria do serviço de saúde em tela, além de prover conhecimentos importantes para o trabalho de profissionais que lidam com essa temática.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através de entrevistas semiestruturadas, ficarão armazenados em CD e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Karine Mendes da Silva, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O/A Sr./Sra. poderá solicitar, se assim quiser, o relatório final da pesquisa que fez parte. Também, cópias de todos os resultados dos exames complementares realizados nesta pesquisa poderão ser solicitadas à pesquisadora.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelas pesquisadoras (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida Prof. Moraes Rego s/n – 3º Andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-420, Tel.: (81) 2126.3743 – e-mail: cepcufpe@gmail.com).

---

(Assinatura da pesquisadora)

## **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

*[adaptado para a internet]*

Tendo em vista os termos apresentados no TCLE e, após ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. (se ainda tiver dúvida a respeito, não marque a opção "concordo em participar da pesquisa")

- Concordo em participar da pesquisa**
- Não concordo**

## APÊNDICE B - QUESTÕES NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS

### 1 - SERVIÇO

- Para você, como a população percebe o Espaço Trans?
- O que o Espaço Trans oferece à população?
- Quais atividades você realiza no Espaço Trans?
- Além das atividades que você está envolvida/o, que outras atividades ocorrem no Espaço Trans?

### 2 – USUÁRIO/A

- Quem procura/frequenta o Espaço Trans? [*Como você percebe a população atendida pelo Espaço Trans?*]
- Como as pessoas que frequentam o Espaço Trans se percebem?
- Há especificidades no atendimento de saúde para pessoa trans? Quais?

### 3 - EXPERIÊNCIA

- Conta um pouco sobre tua experiência de atendimentos às pessoas aqui no Espaço Trans. Como acontece o teu trabalho?
- Você poderia nomear instrumentos/ferramentas [*discursivos ou não*] utilizados na elaboração de práticas de cuidado em saúde para pessoas trans?
- O que você considera indispensável para acontecer o atendimento?
- Você poderia descrever alguma situação em que o cuidado em saúde foi efetivado?
- Você poderia descrever alguma situação em que o cuidado não foi efetivado?
- Você acha que, em geral, os profissionais de saúde dispõem de ferramentas necessárias para atender as demandas de saúde das pessoas trans? Por quê?

## APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UFPE - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
HC/UFPE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** PRODUÇÃO DE SENTIDOS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NO ÂMBITO DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

**Pesquisador:** KARINE MENDES DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 29698120.0.0000.8807

**Instituição Proponente:** EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.136.980

#### Apresentação do Projeto:

Essa emenda ao projeto de pesquisa dissertação de mestrado que tem como orientadora o Profa. Dra. WEDNA CRISTINA MARINHO GALINDO e mestranda KARINE MENDES DA SILVA do curso de pós-graduação em Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, vinculado à Linha de Pesquisa “Processos Psicossociais, Poder e Práticas Coletivas”, foi aprovada após análise da justificativa para uso da ferramenta Google Meet para realização de entrevista com os participantes de pesquisa bem como as providências necessárias a sua realização. Deste modo a pesquisa será fundamentada nos estudos sobre práticas discursivas, com uma abordagem qualitativa, tendo em vista que o sentido de cuidado em saúde das pessoas trans é apreendido. Dessa forma, “esta pesquisa se alinha às discussões que têm norteado os estudos sobre práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, conforme definido por Spink (2004), a partir da perspectiva construcionista em Psicologia Social”. Essa perspectiva busca ressaltar o processo de produção de sentidos enquanto uma prática social, dialógica e que implica uma compreensão da linguagem como ação, este estudo será balizado pelo conceito de sentido definido por Spink e Medrado (2013) no qual, “o sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (p. 22). Para tanto, as informações da pesquisa serão coletadas através de entrevistas semiestruturadas, gravadas em

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-901

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-3743

**E-mail:** cephufpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.136.980

dispositivo de áudio, e da observação participante para melhor compreensão de outros aspectos não discursivos, como os fluxos de atendimento, espaços físicos e demais situações que amparam a construção de práticas de cuidado no serviço as quais serão registradas em diário de campo. O estudo será realizado no Espaço de Cuidado e Acolhimento às Pessoas Trans (Espaço Trans) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. A amostra será não probabilística do tipo “por conveniência”, e será composta por seis profissionais de saúde lotados no setor.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO GERAL.**

Analisar os sentidos produzidos sobre o cuidado em saúde por profissionais que atuam no Processo Transexualizador.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- ☐ Identificar os modos de cuidado que as pessoas trans demandam no Processo Transexualizador;
- ☐ Compreender os repertórios sobre cuidado em saúde que orientam o atendimento aos/as usuários/as do serviço;
- ☐ Investigar a relação que os sentidos atribuídos ao cuidado em saúde sugerem em relação às políticas de saúde direcionadas às pessoas trans.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos foram descritos no projeto, bem como a forma de minimizar os riscos, como principal risco o constrangimento/desconforto em responder a entrevista, caso ocorra. Os benefícios também foram descritos, dentre eles, abertura de um espaço para reflexão dos participantes sobre o tema, os resultados poderão contribuir com o conhecimento das práticas profissionais nesse novo cenário de assistência à saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa se mostra relevante para a área da saúde seja no âmbito da assistência, ciência e para gestão dos serviços públicos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os pesquisadores apresentaram todos os documentos necessários devidamente assinados pelos seus responsáveis legais.

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-3743 **E-mail:** cephufpe@gmail.com

**UFPE - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
HC/UFPE**



Continuação do Parecer: 4.136.980

**Recomendações:**

-O uso do endereço e telefones profissionais no TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Emenda aprovada pelo CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1582995_E1.pdf	25/06/2020 13:21:42		Aceito
Outros	16JustificativaEmendaKMSCoVID19.pdf	25/06/2020 13:21:10	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	14ProjetoDetalhadoKMSCoVID19.pdf	24/06/2020 16:02:01	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13TCLEKarineMendesCOVID19.pdf	24/06/2020 16:01:31	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Cronograma	11CronogramaCOVID19.pdf	24/06/2020 16:01:03	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Orçamento	12Orçamento.pdf	04/03/2020 10:05:50	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Outros	10FormularioEBSERHsobreprojeto.pdf	04/03/2020 09:50:49	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	09DeclaracaoPPGpsi.pdf	04/03/2020 09:48:47	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Outros	07LattesKarineMendesdaSilva.pdf	04/03/2020 09:48:04	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Outros	07LattesWednaCristinaMarinhoGalindo.pdf	04/03/2020 09:47:39	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Outros	05TermoCompromissoPesquisadorKMS.pdf	04/03/2020 09:46:54	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Outros	06TermoConfidencialidadeKMS.pdf	04/03/2020 09:46:37	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Outros	03CartaApresentacaoKMS.pdf	04/03/2020 09:44:44	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
Outros	02CartaAnuenciaEspacoTrans.pdf	04/03/2020 09:43:41	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-901

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-3743

**E-mail:** cephufpe@gmail.com

UFPE - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PERNAMBUCO -  
HC/UFPE



Continuação do Parecer: 4.136.980

Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinadaHC.pdf	04/03/2020 09:34:51	KARINE MENDES DA SILVA	Aceito
----------------	----------------------------	------------------------	---------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 06 de Julho de 2020

---

**Assinado por:**  
**José Ângelo Rizzo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Professor Moraes Rego, S/N, 3º andar do prédio principal (enfermarias)

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-901

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-3743

**E-mail:** cephcupe@gmail.com

## APÊNDICE D - TRECHO DE MAPA DIALÓGICO

### Entrevista 2

Usuários/as	O Espaço Trans e o Processo Transexualizador	Demandas	Atuação profissional
	<p>P: Como é tu achas que a população percebe o Espaço Trans? A população no geral... como é que elas veem o Espaço Trans, na tua percepção?</p> <p><b>E2:</b> Eu acho que são várias concepções né... acho que o público do hospital, os profissionais do hospital e as pessoas que circulam no hospital, a gente vê estranhamento. É um espaço direcionado para as pessoas trans né... sempre quando a gente fala que trabalha no serviço trans lá no hospital, as pessoas fazem ainda um ar de admiração.</p>		
<p>(...) Porque é uma população que realmente... historicamente não tinha acesso aos serviços do SUS.</p>			
	<p>(...) E ainda há um estranhamento mesmo a gente estando lá há cinco anos, fazendo ações educativas pra sempre lembrar as datas, mas ainda tem estranhamento.</p>		
<p>(...) Quanto à população trans, eu já vejo um olhar diferente. Eles conseguem ver que lá é um espaço de cuidado pra eles, de acolhimento e às vezes de... quando tem alguma consulta pra outro serviço, eles esperam lá pra depois ir pro serviço, faltando cinco ou dez minutos, porque se sentem à vontade lá. Lá eles podem ser o que eles são.</p>			

	<p>P: Entendi. E o que o Espaço Trans oferece à população, no teu entendimento?</p> <p><b>E2:</b> É... ele oferece um atendimento integral, né?</p>		
		<p>(...) E aí o atendimento integral a gente vai falar sobre ele, ver quais são as necessidades, não só as necessidades de saúde, mas como as questões de trabalho vão interferir nessa condição de saúde. Então a gente não tá lá só pra fazer a cirurgia ou só pra fazer um atendimento, a gente tá lá realmente pra saber quais são as demandas e o que a gente pode contribuir nessas condições. Então a gente trabalha as questões do cuidado em saúde, as questões dos cuidados referentes as suas questões sociais, é... psicológicas. Quando há necessidade, e há uma demanda muito grande pelas cirurgias, as demandas de grupo, as questões relacionadas a emprego, questões relacionadas ao acesso. Então é muito amplo.</p>	
			<p>P: Você já entrou um pouquinho na próxima pergunta que ia fazer, mas me conta mais quais são as atividades que você realiza no Espaço Trans.</p> <p><b>E2:</b> Então a gente começa fazendo um acolhimento inicial, uma escuta qualificada na área social e eu também coordeno alguns grupos lá no Espaço. Então tem grupos de adultos, que são grupos socioeducativos. Eles trazem pra gente quais são os temas e a gente discute. E os grupos de adolescente que eu faço também. Ano passado a gente começou a fazer grupos de adolescentes porque estavam surgindo muitas demandas relacionadas aos</p>

			<p>adolescentes. E aí, é... faço parte da comissão de emprego e renda, ora vai eu, ora vai a Assistente Social, é o serviço social que participa. Comissão estadual também, sobre o serviço, sobre as redes.</p> <p><b>P:</b> Com outros serviços...</p> <p><b>E2:</b> Então... a gente fica tanto no atendimento direto com o usuário como no atendimento externo, de articulação de rede e articulação com outros serviços pra melhor atender as demandas da população.</p>
<p><b>P:</b> E na tua percepção, quem é essa população que frequenta esse espaço? Se tu pudesses descrever...</p> <p><b>E2:</b> É a população trans e as travestis, né? Não é a população ainda que... que tá rua, aquela população mais vulnerável, a população realmente que tá na pista, que faz programa... essa população chega muito pouco pra gente. A população que chega pra gente é uma população vulnerável, mas que tem algum vínculo familiar ou tem algum vínculo de amizade, que consegue se manter nessa sociedade, né? É uma população jovem, entre seus 22 a 35 anos. Essa é a população que mais chega. Idoso... a gente só tem uma usuária idosa. E essa população tá chegando mais jovem ainda, porque agora tem adolescentes que antes não chegavam. Até porque é... a gente sabe que o tempo de vida da população trans é muito pouco né? Se a gente for comparar com uma pessoa cis é de 35 anos, é muito pouco. Então assim, não chega idoso, uma pessoa mais</p>			

<p>envelhecida porque realmente as pessoas vem a falecer, sobretudo por questões de violência. E essa população sofre muita violência, sofre muita exclusão e com uma dificuldade imensa de acesso aos serviços de saúde. Por isso que elas vão tanto ao Espaço Trans, né?</p>			
	<p>(...) E aí a gente acaba fazendo não só o papel de alta complexidade por estar num hospital e por ser ambulatório de alguns casos, mas a gente acaba fazendo também ações que poderiam estar no território, que é de atenção básica.</p>		
<p>P: E na tua percepção também como é que elas se percebem?  <b>E2:</b> Deixa eu pensar aqui... [risos] Elas chegam achando que a cirurgia vai acabar com todo preconceito que existe na sociedade. E aí a gente começa a trabalhar, no acolhimento e nos grupos pra ela começar a perceber... será que é uma cirurgia que vai fazer eu me sentir incluída na sociedade? Ou vai ser a forma como você vai lidar com essas questões? Porque são questões culturais, né? Que independem da gente... e aí algumas desistem da cirurgia, outras começam a pensar e a refletir... que realmente quer a cirurgia, mas não nessa perspectiva de que elas vão ser aceitas na sociedade. Os meninos trans também, mas não tanto quanto as meninas... eles já chegam com uma opinião mais formada de que realmente quer, pelo incômodo realmente que os seios proporcionam (...)</p>			