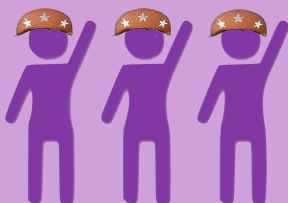




ARTIGOS



Considerações Sobre o Cuidado em Saúde no Processo Transexualizador

Karine Mendes da SILVA, *Universidade Federal de Pernambuco*

Wedna Cristina Marinho GALINDO, *Universidade Federal de Pernambuco*

Resumo: O presente artigo tem como objetivo realizar uma reflexão teórica sobre o cuidado em saúde no âmbito do Processo Transexualizador. Uma vez que o acesso a este serviço foi concebido numa lógica patologizante, diversas discussões têm sido promovidas pela academia e por movimentos sociais. Os debates têm contribuído para a retirada da imposição de um diagnóstico para a transexualidade, a fim de que a dimensão do cuidado seja efetivamente posta em prática. Tendo em vista a disputa de narrativas que tem se estabelecido nesse contexto, destacamos dois elementos que imprimem efeitos significativos nas dinâmicas de cuidado: a pessoa para quem é dirigido o cuidado e a relação profissional de cuidado. Propomos, em conclusão, que a efetivação da lógica do cuidado deve levar em consideração o respeito às singularidades, a atenção humanizada e a promoção da cidadania das identidades trans.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de saúde. Pessoas trans. Patologização. Despatologização.



Introdução

Nos últimos anos a transexualidade tornou-se objeto de políticas públicas, especialmente aquelas relacionadas ao campo da saúde. O Processo Transexualizador realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é regulado pela Portaria nº 2.803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, que habilita os hospitais para a realização dos procedimentos para a transição de gênero 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. 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 et al., 2009).

A implementação do Processo Transexualizador no SUS se insere no contexto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2013), que representa um importante marco para a ampliação dos direitos dessa população na sociedade brasileira, pois reconhece os reflexos da discriminação, do estigma e da exclusão social no processo de saúde-doença deste público. Por outro lado, mesmo priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, foi a partir da publicação de documentos que encaram a transexualidade enquanto uma expressão patológica que os serviços de saúde dedicados a esta população foram estruturados (BORBA, 2016).

No Brasil, os documentos que orientam as políticas de saúde voltadas para a população trans¹ são guiados pelas definições estabelecidas no Código Internacional de Doenças, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, organizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). As resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), que foram elaboradas com base nesses manuais, exerceram uma forte influência na organização de serviços de saúde e no estabelecimento de linhas de cuidados para pessoas trans no Processo

¹ Neste artigo utilizaremos os termos guarda-chuva “população trans” e “pessoas 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 identidades, considerando que relação com o gênero é complexa e pode ser experienciada de forma plural e contingente.



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).

A imposição de um diagnóstico tem sido um dos principais pontos levados à discussão no que se refere ao processo de cuidado em saúde para pessoas trans nos serviços especializados. Isso porque, para o saber biomédico, o sexo biológico tem sido a referência para a determinação da identidade sexual dita “normal” dos sujeitos (ROCON et al., 2016). Dessa forma, a compreensão da condição transexual como uma patologia psiquiátrica tem suscitado diversos questionamentos por parte da academia e dos movimentos sociais, que defendem a retirada da transexualidade dos manuais de diagnóstico (ARÁN et al., 2009; ALMEIDA; MURTA, 2013; RED POR LA DESPATOLOGIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS, 2010). Esses debates têm problematizado as referências utilizadas na construção do diagnóstico, suas repercussões sobre os serviços de saúde e na vida das pessoas trans de uma forma geral.

Nesse cenário, a disputa entre diferentes compreensões sobre o que é ser uma pessoa trans guiou a elaboração de políticas públicas de atenção à saúde para esse público, assim como a organização dos serviços de assistência, que tiveram suas ações moldadas por um modelo essencialista biomédico. Tal modelo institui regimes de verdade — para utilizar a expressão de Foucault (2019) —, 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, 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 pouco dialoga com a multiplicidade de experiências que constituem as transexualidades.

As considerações tecidas neste artigo têm como referencial teórico o Construcionismo Social, que compreende o conhecimento como uma produção histórica, datada, fruto de dinâmicas sociais específicas e produzido a partir da linguagem em uso. Linguagem, nesta perspectiva, é entendida não apenas como um meio de comunicação, mas sobretudo como um conjunto de práticas que estruturam e organizam a vida social, capaz de construir realidades (MARTÍNEZ-GUZMÁN; ÍÑIGUEZ-RUEDA, 2017).



Segue-se a esta introdução, quatro tópicos. O primeiro tópico apresenta notas sobre abordagens de cuidado em saúde; no segundo tópico debate-se sobre a pessoa (trans) para quem é dirigido o cuidado, cuja concepção envolve uma disputa de narrativas; o terceiro tópico tem por foco a relação profissional de cuidado, considerando que a forma como a/o profissional de saúde compreende e se relaciona com a pessoa trans informa sobre o modo como o cuidado é empenhado; no quarto e último tópico destacamos alguns elementos que constituem a lógica do cuidado e que merecem ser levados em conta nas práticas de saúde do Processo Transexualizador.

Notas sobre as múltiplas abordagens do 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”² são derivadas do latim *cogito/cogitare*, e significam pensar, meditar, refletir. Dentre os seus significados também 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.

A ideia de cuidado em saúde tem sido explorada, 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 (2011) essa compreensão restringe a noção de cuidado

² Cf. “cuidado” e “cuidar”, em Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [online], 2008-2020, <https://dicionario.priberam.org/cuidado> [acessado em 24 de maio de 2020].



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 o sujeito em suas ações. O filósofo afirma que a totalidade estrutural do ser-no-mundo (o que ele chama 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, especialmente o trabalho de José Ricardo Ayres.

No campo da saúde, um dos terrenos mais férteis em que o cuidado 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 é algo 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. Neste sentido, “a atitude dos profissionais pode ser a porta de entrada ou de saída dos serviços de saúde” (p. 253).

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). 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 (BRASIL, 2015).

Diversos autores 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, por se tratar de uma expressão polissêmica e por não existir uma definição global que abarque todas as suas dimensões



(BUSTAMANTE; MCCALLUM, 2014). Uma melhor compreensão do termo, portanto, parece estar bastante ligada ao contexto de saúde em que o cuidado está situado.

Ayres (2001; 2004b) 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 se deseja alcançar por aqueles que buscam um serviço de saúde. 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.

Merhy (2000; 1998), por sua vez, 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 saúde³. 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.

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, *apud* Spink, 2015) propõe o uso do termo “patientismo” (numa analogia ao feminismo) como uma forma de desconstrução da centralidade da doença no posicionamento de pessoas que procuram um serviço de saúde.

³ 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.



Para Spink (2015), analisar esses posicionamentos é uma forma de compreender a dinâmica do bom cuidado.

Na visão de Roseni Pinheiro (2010), o cuidado é postulado como valor do direito humano à saúde, destacando a centralidade do/a 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/a 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 os sujeitos, 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 das políticas de saúde: a integralidade, a universalidade e a participação.

Maria Raquel Pires (2005), de forma similar a Pinheiro (2010), 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 mantém 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: a) conhecer para cuidar melhor – que implica a compreensão do contexto sócio-histórico no qual são geradas as relações de ajuda-poder; b) cuidar para confrontar – que envolve o fortalecimento da autonomia das equipes de saúde, principalmente por meio do diálogo com os saberes partilhados pela população; c) 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 de sujeitos.

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) observaram que há pelo menos três grandes categorias presentes na literatura a partir das quais o cuidado em saúde costuma ser abordado, são elas: ética e filosófica, técnica-instrumental e política. A perspectiva ética e 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”. Na direção de superação deste modelo, o desafio é 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 e põe em destaque o caráter ambíguo do cuidado, que tanto pode assumir um papel emancipador como se revelar um instrumento de tutela e submissão (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010).

Mesmo baseadas em fundamentos teóricos distintos, as reflexões acima colocam em evidência os diferentes aspectos intersubjetivos que envolvem o cuidado em saúde. A discussão sobre o cuidado em saúde em suas diferentes nuances, portanto, pode fornecer subsídios para a compreensão da dinâmica que se faz presente nos serviços de saúde e, inclusive, no Processo Transexualizador.

A pessoa para quem é dirigido o cuidado

Nas teorizações empreendidas por Foucault (2019), a sexualidade é entendida como um dispositivo⁴, algo que funciona como ponto de

⁴ Foucault (2009, p. 364) define dispositivo como um “conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas,



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” (FOUCAULT, 2019, 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. A transexualidade é um produto deste dispositivo, o qual Foucault denominou de “dispositivo da sexualidade”. Portanto, 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 esquadrinhamento da transexualidade 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.

A racionalidade biomédica, que é guiada pelo discurso científico, tem como marca um discurso generalizante, construído a partir de proposições mecanicistas do processo saúde-doença e que buscam 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 no dispositivo da transexualidade, onde é possível observar uma tentativa de controle e intervenção sobre os corpos.

A segunda racionalidade citada por Borba (2016) é aquilo que Butler (1990/2017, 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 homem, cujo elemento biológico diferenciador seria a presença de um pênis, ou se é mulher que, neste caso, deve necessariamente possuir uma vagina. A diferenciação pelas genitálias pênis-vagina corresponde, respectivamente, à identidade de gênero

enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos”.



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 patologização das transexualidades, materializada por meio das classificações diagnósticas, marca uma posição de definir o lugar do outro, servindo, principalmente, para justificar o *status* de normalidade das cisgeneridades. Nesta perspectiva, por exemplo, uma pessoa com um pênis é um homem que se comporta como tal (papeis sociais estão definidos) e deseja uma mulher (sexo oposto). Qualquer alteração neste *script* é considerada anormalidade.

O “transexualismo” (o sufixo *-ismo* indica a existência de uma condição patológica), termo inicialmente utilizado pela medicina para caracterizar a experiência da transexualidade, 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).

Em termo gerais, os manuais de diagnóstico descrevem a pessoa que vive a experiência transexual como aquelas que se identificam com o gênero diferente daquele que foi designado ao nascimento. Essa condição estaria associada ao forte desejo de eliminar as próprias características sexuais primárias e/ou secundárias (também descrito como sentimento de aversão à genitália), por meio de intervenção cirúrgica e/ou tratamento hormonal (APA, 2014; OMS, 1993). Tais critérios limitam e objetificam essas experiências, baseando-se numa noção universal e idealizada que desconsidera as muitas formas de ser e viver como pessoa trans.

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.

No esteio da lógica da patologização são criadas narrativas que pouco dão conta da complexidade dessas existências. Tais narrativas passeiam desde o senso comum, especialistas, profissionais de saúde e mesmo pessoas trans. Assim, identifica-se o discurso de que essas pessoas “nasceram no corpo errado”, muitas vezes por “coerção das verdades produzidas” sobre elas, como bem pontua Yuna Silva (2019, p. 1). Trata-se de mais um discurso de não aceitação das diferentes expressões das sexualidades, que reitera o lugar de inconformidade no qual as pessoas trans são constantemente colocadas.

Para Tenório e Prado (2016, p. 42), a patologização evidencia muito mais a “manutenção de hierarquias de saber e do poder científico (...) do que propriamente a criação de mecanismos e critérios de atenção e cuidado à saúde integral”. Além dos discursos que colocam determinados saberes numa posição de superioridade ao tentar encaixar as transidentidades em critérios diagnósticos, há diversas outras práticas discursivas que constroem condições de possibilidade para o silenciamento e a invisibilidade dos diferentes modos de existir.

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 sobre as transexualidades e de incitar mudanças nos dispositivos que tentam capturar as experiências trans, como é o caso dos manuais diagnósticos.

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)⁵, 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.

Os ativistas da campanha situam tais reivindicações na perspectiva dos direitos humanos, defendendo o direito de todos/as se expressarem a partir da forma que julgarem convenientes e de ter sua voz considerada no que se refere ao seu cuidado em saúde, sem que sejam encaixados/as em categorias e/ou receberem sanções sociais.

Diante de diversas pressões conduzidas pelos movimentos de pessoas trans, em junho de 2018 a OMS anunciou que a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) apresentará 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.

A discussão sobre as práticas classificatórias anima o debate sobre a despatologização das identidades trans, considerando que tais pessoas não são indiferentes às classificações sob as quais se encontram. Assim, é possível questionar o que Lima e Cruz (2016, p. 167) descrevem como sendo um “conjunto de forças discursivas e práticas sociais que forjaram o que se convencionou chamar de transexualidade”. 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.

A relação profissional de cuidado

Entendemos que o trabalho em saúde é constituído pela dinâmica entre duas ou mais pessoas – em geral, o profissional e a pessoa que busca

⁵ Para mais informações sobre a campanha, conferir a página: <http://www.stp2012.info/old/pt>.



um serviço de saúde – e por um conjunto de possibilidades interventivas que emergem neste contexto, dado o seu caráter intersubjetivo. Nesse cenário, é importante considerar alguns aspectos que compõem a forma como esse encontro é construído: de que maneira as pessoas são posicionadas (sujeito de conhecimento ou objeto de intervenção), se suas demandas são consideradas legítimas ou não e se há abertura para uma interação que possui influência mútua.

A relação profissional de cuidado, no âmbito do Processo Transsexualizador, pode ser composta por uma gama de possibilidades. Uma delas é a forma como a norma cisgênera pode interferir em tais encontros. O conceito de cisgeneridade foi criado pelo transfeminismo e, basicamente, se refere àquele/a que não é trans. Essa noção implica a existência de uma inteligibilidade e coerência entre sexo anatômico e identidade de gênero, sendo a pessoa cisgênera aquela que atende ao paradigma social de normalidade (SILVA, 2018).

Leila Dumaresq (2016), ao problematizar a escuta cisgênera das identidades trans, afirma que tais processos podem ser bastante atravessados por expectativas normativas, que acabam sendo mais uma tentativa de controle e adequação à cisgeneridade do que efetivamente de cuidado. Tal problemática está intimamente ligada a relações de poder que se estabelecem neste campo, tendo como efeitos a objetificação das pessoas trans e a consequente construção de relações verticalizadas e unidirecionais.

Essa discussão nos remete a dois elementos que se contrapõem nessa dinâmica: a lógica do cuidado e a lógica da tutela. O confronto entre essas diferentes lógicas ocorre principalmente em função de o cuidado em saúde ser confundido, algumas vezes, com discursos de acolhida que, na verdade, trazem consigo a tentativa de estabelecer enquadramentos com base em modelos cisheteronormativos, ditando quais expressões de gênero são mais verdadeiras ou socialmente aceitáveis.

A lógica da tutela reflete a tentativa de exercer controle sobre os corpos trans, apoiando-se na ideia de que essas pessoas não são capazes de se autodeterminar. Essa lógica atua através da patologização (e todo seu aparato cisheteronormativo), quando são feitas afirmações sobre quem são as identidades trans e como estas pessoas devem se expressar.

Conforme pontuam Tenório e Prado (2016, p. 53), “faz-se necessário pensar em como oferecer uma atenção à saúde isenta da lógica da patologização, da psiquiatrização e da tutela tanto no âmbito da



assistência pública quanto no da suplementar”. Para isso, parece indispensável assumir uma postura reflexiva, analisando as práticas que os diferentes campos de saber têm produzido, bem como os seus efeitos naqueles corpos que são reiteradamente empurrados para a margem.

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.

A lógica do cuidado, por outro lado, perpassa a ideia de “construir com” o outro, e não de “intervir sobre” algo (PASCHE, 2010). Isso 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. Nesse sentido, a demanda pelo cuidado e a oferta de tecnologias de saúde devem caminhar alinhadas à projetos terapêuticos que permitam a expressão de cada pessoa na interface com suas necessidades.

Para Seixas et al. (2019) 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. Na discussão empreendida pelos autores, o vínculo é tido como 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.

A simetria é fundamental por buscar desconstruir a relação sujeito-objeto, em que, geralmente, o profissional assume o lugar de saber o que é melhor para o outro. Para isso, se faz necessário desfazer as fronteiras, sem, no entanto, negar as diferenças. Disso decorre a importância de construir relações em que os interlocutores se considerem



válidos, isto é, posicionar o outro como alguém que é cofabricante do conhecimento e que é capaz de guiar-se pela vida.

Ainda de acordo com Dumaresq (2016), para que de fato ocorra uma humanização é necessário não apenas abrir espaço para que uma pessoa fale sobre si mesma, mas é preciso transformá-la no que a autora chama de “sujeito epistemológico”. Ou seja, assumir uma posição de também poder construir conhecimento e de tensionar a pessoa cisgênera e suas relações com a sociedade. No contexto de uma escuta horizontal, a pessoa em posição de escuta terá seus privilégios apontados e sua dita normalidade problematizada. Já a pessoa que é ouvida – e que muitas vezes tem suas demandas silenciadas e é colocada apenas em posição de objeto de conhecimento –, terá suas experiências postas em evidência.

Os termos “interlocutores válidos” (SEIXAS, 2019) e “sujeito epistemológico” (DUMARESQ, 2016) parecerem convergir para aquilo que gostaríamos de chamar atenção aqui. Trata-se da constatação unívoca de 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. Tais expressões permitem entrever, portanto, 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, como, por exemplo, a perpetuação da dicotomização com o objeto e a representação de uma postura sujeitável).

No contexto do Processo Transexualizador, essa discussão ajuda a visibilizar, por meio das relações que se estabelecem nesse campo, que as interações entre profissionais de saúde e usuários/as se constroem a partir de complexo movimentos e fluxos em que o/a usuário/a é, em parte, objeto das ações de saúde, mas também é agente ativo na produção do cuidado.

Cuidado no Processo Transexualizador

As notas apresentadas sobre perspectivas de cuidado no campo da saúde (primeiro tópico) nos dão pistas sobre disputas de narrativas que caracterizam o cuidado no Processo Transexualizador. Destacamos no referido contexto discursivo, dois aspectos: *a pessoa para quem é dirigido*



o cuidado (segundo tópico) e *a relação profissional de cuidado* (terceiro tópico).

Essas narrativas em disputa informam sobre dois modos de se lidar com o cuidado no processo transexualizador. Pela *lógica da patologização*, o cuidado é marcado por uma escuta clínica orientada pela norma cisgênera e, por conseguinte, reforçadora de identidades binárias, o que acaba por suprimir experiências identitárias distintas. Pela *lógica do cuidado* enfatiza-se o acolhimento e a atenção humanizada; a liberdade de poder falar por si e decidir sobre sua própria saúde; a garantia dos direitos e do acesso aos serviços de saúde e a criação de espaços que promovam a visibilidade das pessoas trans, a partir de ações que envolvam solidariedade e cidadania.

Sob a ótica do Construcionismo Social, entende-se que o conhecimento que produzimos sobre o mundo em que vivemos resultam de nossas práticas sociais (historicamente situadas), que se expressam a partir da linguagem. Dessa forma, as diferentes narrativas produzidas acerca do cuidado para pessoas 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.

Neste tópico do artigo compartilhamos a percepção que temos construído sobre alguns elementos em disputa no campo discursivo em torno do cuidado no processo transexualizador. Além disso, apresentamos pontualmente indicações sobre o que recomendamos como a *lógica do cuidado*, segundo a qual devam acontecer as práticas no campo do Processo Transexualizador.

Indicamos características da *lógica do cuidado* como “lembretes” que merecem ser considerados, tanto na formatação das políticas quanto na sua execução, em especial nas práticas de atenção junto à população trans.

O respeito às singularidades é condição para o cuidado. O desafio é superar a forma como as transexualidades têm sido descritas por determinados discursos, sobretudo aqueles ligados ao campo médico-psiquiátrico, para o qual essas pessoas são concebidas como pretensamente universais por meio de nomeações homogeneizantes.

Tais discursos surgem como efeito da patologização, que permanece atuante em nível das microrrelações, cujo risco que



destacamos é o de que profissionais de saúde se percebam como aqueles que detêm o poder de decisão sobre o processo de transição dessas pessoas. Neste cenário, as ações em saúde deixam de produzir cuidado e passam a se configurar como tutela.

É importante destacar que os/as usuários/as, também considerados agentes no processo de produção de saúde, podem se colocar numa posição de reiterar a norma cisgênera. Borba (2014) põe em questão o fato de que alguns usuários/as, com o objetivo de convencer os profissionais de saúde a legitimar a identidade por eles/as reivindicada, acabam construindo um “discurso pronto”, padronizado e alinhado às descrições presentes nos manuais diagnósticos.

Essa trama discursiva, que envolve não apenas usuários/as, mas também os profissionais que atuam no Processo Transexualizador, caracteriza a relação em saúde na lógica da patologização. Entendemos que pode estar na base desta relação, o que Borba (2014) argumenta sobre a necessidade de a pessoa trans se encaixar no que determinam as instâncias classificadoras. Por conseguinte, o que se tem é uma homogeneização da experiência identitária e o enquadramento dos processos de trabalho em saúde marcados pela lógica da tutela. Concordamos com Borba (2014) de que este contexto impede a construção de relações intersubjetivas simétricas entre profissionais e usuários.

O conceito de autodeterminação é fundamental para tensionar a lógica da tutela, ao mesmo tempo que dá abertura para a efetivação da lógica do cuidado. Trata-se de um exercício de autonomia (BUTLER, 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. Esse conceito está presente na Resolução nº 01/2018, do Conselho Federal de Psicologia, que estabelece normas de atuação para psicólogos/as em relação às pessoas transexuais e travestis. Tal documento reafirma o posicionamento da Psicologia no sentido de confrontar as construções essencialistas e normalizadoras sobre gênero e sexualidade, que produzem estigmas, discriminações e os mais variados tipos de violência ao considerar como “desvio” a possibilidade de as pessoas decidirem sobre suas próprias identidades.

A *atenção humanizada* é um elemento fundamental para a efetivação de um cuidado e se expressa por meio de ações éticas que visem responder aos anseios da população atendida. Uma das propostas da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) é a de fomentar a



autonomia dos/as usuários/as, o protagonismo e a corresponsabilização no cuidado de si. Neste sentido, a PNH destaca 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 relacionais.

A proposta de humanização do SUS está presente na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 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” (BRASIL, 2013, 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/as a possibilidade de falar por si e indo além das práticas diagnósticas centradas nos procedimentos.

As ações de humanização voltadas para serviços que atendem o público LGBTQI+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexuais e mais), entretanto, enfrentam uma série de desafios importantes, uma vez que, institucionalmente, reconhecer como legítimas as demandas trazidas por esses/as usuários/as tem sido algo frágil. Nesse sentido, ações de sensibilização dos profissionais devem ser levadas em consideração, na perspectiva de revisitar construções discursivas que sustentam práticas excludentes. Dentre os desafios, destacamos: o reconhecimento da transfobia como um dos principais fatores de adoecimento e vulnerabilidade dessa população; o respeito à diversidade humana e o acolhimento das pessoas em suas várias formas de existência; e a compreensão dos efeitos da cisheteronormatividade nas práticas de saúde. Consideramos que a sensibilização dos/as profissionais possibilita, inclusive, o melhor uso de tecnologias leves (MERHY, 2000) nas relações de cuidado.

Conceber a *pessoa trans como cidadã* também é parte das ações que visam um cuidado pleno. Essa cidadania, no entanto, não diz respeito apenas ao acesso a serviços de saúde e a garantia de cuidado para uma população que historicamente tem sofrido diferentes formas de violências e silenciamentos. A cidadania que entendemos como digna envolve a visibilidade da experiência trans como expressão de possibilidade de ser.



Isso se materializa em aspectos que vão desde a garantia de acesso aos serviços de saúde com respeito ao nome social, a ampla participação na formulação de políticas e protocolos de saúde, a liberdade de ir e vir, até o direito à vida. Entendemos que o desafio é enorme, pois envolve alterações nas concepções sobre a transexualidade compartilhadas pela sociedade.

Bento (2014) argumenta que é importante considerar as diferenças entre a noção de cidadania e de humanidade. Segundo a autora, cidadãos são aquelas pessoas que são reconhecidas como parte de um “espaço delimitado geograficamente, com uma população e um (ou vários) idioma oficial” (p. 179), vinculando-se ao construto de Estado-nação. A humanidade, por sua vez, estaria ligada ao pertencimento a um campo mais amplo e anterior ao da cidadania. Nesse sentido, a noção de humanidade traz a ideia de que as pessoas, enquanto pertencentes a algum grupo humano, devem ser amparadas em suas singularidades e ter resguardados os seus direitos.

As identidades trans veem-se no centro de uma disputa por reconhecimento que, reiteradamente, questiona o motivo de alguns corpos não poderem ou não terem o direito de adentrar na humanidade. Pensar cidadania para as pessoas trans, portanto, significa pensar também a sua humanidade. As ações no campo da saúde devem, inclusive, considerar questões relacionadas a aspectos culturais, sociais, políticos, econômicos e todo o contexto de vida daquela pessoa que se pretende cuidar.

Vale destacar, ainda, as orientações constantes nos Princípios de Yogyakarta, do qual o Brasil é signatário. Trata-se de um documento internacional que apresenta um conjunto de disposições que versam sobre os direitos humanos no que diz respeito à orientação sexual e identidade de gênero. De maneira geral, os Princípios de Yogyakarta têm como objetivo promover a igualdade de gênero, a defesa dos direitos sexuais e o fim da discriminação, considerando que os direitos humanos são universais e devem contemplar todas as pessoas, sem exceções.

No contexto da saúde, merece destaque o princípio 17, que aborda o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva; e o princípio 18, que afirma a proteção contra abusos médicos, esclarecendo que a orientação sexual e identidade de gênero não são patologias e, portanto, não devem ser submetidas a tratamentos que visem sua cura ou eliminação.



Considerar os direitos humanos como universais e, dentre eles, a garantia do direito ao cuidado em saúde, implica o reconhecimento da diversidade humana. É preciso ter em conta que a transfobia, a discriminação, a violência, os diferentes processos de exclusão e tantos outros elementos que interferem de maneira substancial nos processos de saúde da população trans atuam como obstáculos para o efetivo exercício da cidadania.

Considerações finais

A partir das reflexões tecidas neste artigo, argumentamos que o cuidado no âmbito do Processo Transexualizador é o que não só garante o acesso à saúde, mas que se interessa pelos sentimentos e projetos de felicidade de cada pessoa, lidando com o respeito às diferenças e promovendo a cidadania. O corpo que foge ao padrão cisheteronormativo pode causar distanciamento ou mesmo resistência, o que dificulta a compreensão, por parte dos profissionais, da real necessidade de saúde dos/as usuários/as.

No cotidiano dos serviços de saúde há uma diversidade de jogos de posicionamento que situam o lugar daqueles com os quais há interação, assim como a posição em que os diferentes atores são colocados (a pessoa que demanda cuidado, os profissionais de saúde, a política, os serviços. Todos eles atravessados pelos sentidos presentes no campo discursivo sobre pessoa trans, normalidade, patologia, direito, cidadania, saúde etc.). O entendimento da configuração acionada nesses encontros pode funcionar como guia na condução do cuidado, dado que também envolve a produção de sujeitos que se pretende cuidar.

O cuidado que propomos não defende que se deva eliminar as intervenções convencionais ou baseadas em determinados protocolos. Trata-se de tentar reduzir a centralidade que estas ocupam na atenção à saúde das pessoas trans, com práticas direcionadas a uma concepção ampliada de saúde, onde sejam formuladas estratégias de cuidado sensíveis às singularidades.

Para evitar que relações de cuidado sejam ocupadas por discursos hegemônicos de patologização e tutela das singularidades trans, sugerimos que a postura crítica em relação às dinâmicas de cuidado em saúde no contexto do Processo Transexualizador sejam uma rotina. Só



assim é possível criar aberturas que visem a promoção do protagonismo e autonomia dos/as usuários/as. Tal atitude se coloca em diálogo com estratégias de afirmação da diversidade e da diferença como manifestações plenas do humano.

Os esforços, portanto, devem estar direcionados à criação de espaços marcados pela lógica do cuidado e não da tutela, construindo uma relação com o outro sem deixar de considerar a forma como esse outro produz sua própria existência e constrói suas necessidades de saúde. Nesse sentido, pensar a produção de políticas de emancipação das pessoas trans (e, inclusive, a organização dos serviços de saúde) de tal forma que os seus contornos que amenizem o caráter coercitivo da heteronormatividade sobre determinados corpos, implica pensar também os elementos que produzem e reproduzem a norma cisgênera. Norma esta que deve ser encarada não apenas como uma forma de ser e estar no mundo, mas como um regime de poder que, por meio da sua vinculação a padrões hegemônicos, promovem a captura de corpos e regulam condutas e relações.

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. *Sex., Salud Soc.*, Rio de Janeiro, n. 14, p.380-407, ago. 2013.

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.

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.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004a.

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, dez. 2004b.

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.



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-V – *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BALLARIN, M. L. G. S; CARVALHO, F. B; 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.

BENTO, B. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 165-182, jan.-jun. 2014.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS nº 2.803/2013*. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011

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

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.

BUTLER, J. Desdiagnosticando o gênero. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009.

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



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.

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.

DUMARESQ, L. Ensaio (travesti) sobre a escuta (cisgênera). *Periódicus*, Salvador, v. 5, n. 1, p. 121-131, maio-out., 2016.

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

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.

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

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.

MATOS, A. et al. *Análise da Resolução 2265 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.

MARTÍNEZ-GUZMÁN, A.; IÑÍGUEZ-RUEDA, L. La Fabricación del Transtorno de Identidad Sexual. *Discurso & Sociedad*, vol. 4, n. 1, p. 30-51, 2010.

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.

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



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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

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.

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.

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A.; ZAMBONI, J.; PEDRINI, M. D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, Ago. 2016.

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*, Botucatu, v. 23, p. 1-14, jan. 2019.

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*, v. 42, n. spe4, p. 249-260, dez. 2018.



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

SILVA, Y. V. S. *A cisgeneridade e o complexo do “apesar de”*. *Médium*, 25 de nov. de 2019. Disponível em: <<https://medium.com/@yunavitria/a-cisgeneridade-e-o-com4plexo-do-apesar-de-be41a1c72e51>>. Acesso em 29 jul. 2020.

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.

RED INTERNACIONAL POR LA DESPATOLOGIZACIÓN TRANS. *Manifiesto*. Disponível em: <https://www.stp2012.info/old/pt/manifiesto>. Acesso em 20 jan. 2021.

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.

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

Considerations About Health Care in the Transexual Transition Process

ABSTRACT: This article aims to conduct a theoretical reflection on health care within the scope of the Transexual Transition Process. Since access to this service was conceived in a pathologizing logic, several discussions were promoted by academia and social movements. The debates have contributed to the removal of the imposition of a diagnosis for transsexuality, in order to effectively put the care dimension into practice. Considering the narrative disputes that has been established in this context, we highlight two elements that have an effect on the dynamics of care: the person for whom care is directed to and the professional care relationship. In conclusion, we propose that the implementation of the care logic must take into account respect for singularities, humanized attention and the promotion of citizenship of trans identities.

KEYWORDS: Healthcare. Trans identities. Depathologization. Pathologization.

Karine Mendes da SILVA

Universidade Federal de Pernambuco

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. Graduação em Psicologia (UFPE/2015).

E-mail: karine.mendes@ufpe.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0509-9196>

Wedna Cristina Marinho GALINDO

Universidade Federal de Pernambuco

Docente no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, integra o Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGpsi/UFPE) e faz parte do Grupo de Estudos Frestas. Realizou Doutorado em Psicologia Clínica

(Unicap/2013), Mestrado em Sociologia (UFPE/2003), Especialização em Psicologia Clínica de Orientação Psicanalítica (Unicap/1997) e Graduação em Psicologia (UFPE/1994).

E-mail: wedna.galindo@ufpe.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8839-9375>

Recebido em: 23/02/2021

Aprovado em: 24/12/2021