

Producción de sentidos sobre la integralidad en la asistencia en salud a personas trans*

Claudia Lazcano¹  0000-0001-6805-7984

Maria Juracy Filgueiras Toneli²  0000-0002-9311-5020

¹Faculdades CESUSC, Florianópolis, SC, Brasil. 88050-001

²Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. 88040-900



Resumen: El artículo discute la producción de sentidos en torno a la integralidad en la asistencia transespecífica en salud, a partir de las experiencias de usuarias/os/es, médicos/as y funcionarios/as de la Secretaría Municipal de Salud, vinculados a un servicio para personas trans*, existente en una ciudad-capital del sur de Brasil. Los resultados muestran una comprensión de la integralidad que, además de la amplitud y complejidad de la atención y los modos de cuidar, se concreta en la dimensión relacional o de los vínculos entre médicos/as y usuarios/as, desafiando a instituir la asistencia en salud como un espacio de negociación, con la coparticipación y simetría como sus principales atributos. La perspectiva analítica propuesta, pretende auxiliar para la construcción de presupuestos contrahegemónicos, desde los cuales (re)significar las formas de cuidar promoviendo el ejercicio de la transciudadanía.

Palabras claves: integralidad; asistencia transespecífica en salud; producción de sentidos; transciudadanía.

Production of Senses about Integrality in Health Care for Trans People*

Abstract: The article discusses the production of meanings around integrality in trans-specific health care, based on the experiences of users, doctors, and officials of the Municipal Health Secretariat, linked to a service for trans* people, existing in a capital city in southern Brazil. The results show an understanding of the comprehensiveness that, in addition to the breadth and complexity of the care and the ways of caring, is specified in the relational dimension or of the links between doctors and users, challenging to institute care in health as a space for negotiation, with co-participation and symmetry as its main attributes. The proposed analytical perspective aims to assist in the construction of counter-hegemonic assumptions, from which (re)signify the ways of caring by promoting the exercise of trans-citizenship.

Keywords: Integrality; Transspecific assistance in health; Production of senses; Trans citizenship.

Produção de sentidos sobre a integralidade na assistência em saúde às pessoas trans*

Resumo: O artigo discute a produção de sentidos em torno à integralidade na assistência em saúde transespecífica, a partir das experiências de usuários/as/es, médicos/as e funcionários/as da Secretaria Municipal de Saúde, vinculados ao serviço para pessoas trans* existentes em uma cidade-capital do sul do Brasil. Os resultados mostram uma compreensão da integralidade que, além da abrangência e complexidade da atenção e das formas de cuidar, se explicita na dimensão relacional ou dos vínculos entre médicos/as e usuários/as/es, desafiando a instituir a assistência em saúde como espaço de negociação, com a coparticipação e simetria como seus principais atributos. A perspectiva analítica proposta pretende auxiliar para a construção de pressupostos contra hegemônicos a partir dos quais (re)significar as formas de cuidar promovendo o exercício da transciudadanía.

Palavras-chave: integralidade; assistência transespecífica em saúde; produção de sentidos; transciudadanía.

Producción de sentidos sobre la integralidad en la asistencia transespecífica en salud

Aun cuando la integralidad constituye uno de los pilares básicos de la atención dentro del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil – y por tanto de la política de Estado en esta área –, en los últimos tiempos el término parece ser una noción “de moda”, un concepto considerado políticamente correcto, que atribuye una idea de complejidad y calidad a lo que se le imputa. En consecuencia, el término acaba por encubrir una polisemia de sentidos y en algunos casos cierta imprecisión, al diluirse en intenciones que no se concretan en acciones específicas, lo que Rubén Mattos (2009, p. 47) denuncia como una forma de “vaciamiento” del término, asociado a “la banalización del uso, o sea, el uso de la expresión de tal modo que todos la defienden, pero lo hacen sin saber exactamente lo que defienden”.

Sobre los sentidos que le son atribuidos a la integralidad en el ámbito de la salud, Mattos (2009) apunta que esta se refiere a una de las directrices básicas del SUS instituido por la Constitución Federal (BRASIL, 1988), además de ser entendida como una “bandera de lucha”, una “imagen-objetivo” que anuncia ciertos valores y características del sistema de salud, de sus instituciones y de sus prácticas consideradas “deseables”. En esta última trama de significación en particular, nos apoyamos para pensarla, en el contexto de este artículo, como una perspectiva crítica, que permite distinguir lo que existe y lo que se aspira construir. En este sentido, la integralidad pauta una condición de posibilidad para cuestionar cómo ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de salud que se presentan, a través de la creación de espacios de ejercicio de la ciudadanía.

De acuerdo con Mattos (2009) a la integralidad, en su polisemia, se la le ha caracterizado tradicionalmente como: (1) un rasgo de una buena medicina, que entiende las prácticas en salud como prácticas sociales dirigidas a superar la medicina anatómico-patológica. La integralidad en este sentido se erige como un valor, que se expresa en la forma como los profesionales articulan prevención con asistencia en la atención a los pacientes; (2) un principio de organización del proceso de trabajo que no desagrega la atención de las personas con vistas a optimizar su impacto epidemiológico; y (3) un atributo de la respuesta gubernamental diseñada para responder a un problema de salud que afecta determinados grupos poblacionales.

En ese contexto, nos parece interesante y necesario dar continuidad al proceso de reflexión sobre las potencialidades y los desafíos a que nos enfrenta la cuestión de la integralidad en el contexto de las políticas y prácticas de salud, dirigidas a las personas trans*. Optamos por el uso del término trans seguido del asterisco – así como lo hace Lucas Platero (2014), para referirnos a diferentes expresiones de género como travestis, transexuales, transgéneros, reconociendo y enfatizando su heterogeneidad como grupo social. Asumimos así dicha grafía, como recurso para afirmar el rechazo a la idea de una supuesta identidad común a los grupos excluidos.

Nos enfocamos en la investigación del proceso de producción de sentidos en torno a la integralidad de la asistencia en salud dirigida a las personas trans. Para eso, dialogamos con las experiencias de personas usuarias, así como de médicos/as y funcionarios/as de la Secretaría Municipal de Salud, vinculados a un servicio para personas trans*, existente en una ciudad-capital del sur de Brasil. Como parte del proceso analítico que emprendemos, procuramos analizar/resignificar la integralidad como un referente para el diálogo entre las demandas y problematizaciones realizadas por los/as usuarios/as de determinados servicios de salud y los modelos de cuidado que le sirven actualmente de referente, pensando la integralidad más allá de sus usos tradicionales y ampliando sus lógicas a espacios y situaciones que no han sido tradicionalmente analizados desde esta perspectiva. Para la comprensión de los procesos de producción de sentidos recurrimos a la Perspectiva Psicosocial Crítica (Mary Jane SPINK, 2003), que enfatiza la naturaleza construida de la realidad social y entiende que las formas de significar el mundo son producciones socialmente determinadas y contingentes, un producto de la relación entre las historias de las personas y la sociedad en que viven. De acuerdo con Spink (2003), los procesos de producción de sentidos resultan una co-construcción, o sea, emprendimientos colectivos e interactivos por medio de los cuales “las personas, en la dinámica de las relaciones sociales históricamente datadas y localizadas, construyen los términos y a partir de ellos comprenden y se posicionan en situaciones cotidianas” (SPINK, 2003, p. 16). En esta complejidad de relaciones se fundamenta también su carácter polisémico.

Los procesos de producción de sentidos se sostienen y al mismo tiempo generan racionalidades que se enlazan y expresan por medio de prácticas discursivas, haciendo posible una determinada interpretación de la realidad. En este sentido, pautan maneras de organizar y presentar una acción que lleva a su vez a una conclusión interpretativa acerca de la propia acción. Los procesos de producción de sentidos, como “actos de encuadrar” (Judith BUTLER, 2015), se traducen en “actos de reconocer”, y como consecuencia, en operación del biopoder,

modelando formas particulares de aprehender, controlar y administrar la vida. Ya en el caso que nos ocupa, ayudan a comprender y explicar determinadas prácticas profesionales y su relación con el estatuto epistemológico de campos disciplinarios como la medicina.

En relación con la asistencia en salud dirigida a las personas trans* en Brasil, es importante contextualizarla en el marco de la política pública que formaliza y regula el Proceso Transexualizador a través del SUS. De esta forma, el proceso transexualizador, además de hacer referencia al conjunto de las transformaciones corporales demandadas por las personas trans*, se instituye como una política que pretende garantizar el acceso a dichos procedimientos, a través de una asistencia en salud de calidad, gratuita, segura. La asistencia en salud transespecífica, en ese contexto, se discute en este artículo como un marco de reconocimiento, un espacio de garantía de derechos y de ejercicio de la ciudadanía sexual.

El Proceso Transexualizador como estrategia de garantía de derechos

Las primeras normativas que aseguraron la realización del proceso transexualizador a través del SUS fueron las Normativas n.º 1707 del 18 de agosto de 2008 y n.º 457 del 19 de agosto de 2008, las cuales definían las directrices nacionales para su implementación. Estas normativas fueron posteriormente ampliadas a través de la Normativa n.º 2.803 del 19 de noviembre de 2013 (actualmente vigente). Esta última se destaca por el establecimiento de la integralidad de la atención como referente – congruente con los principios constitucionales en los cuales se fundamenta el SUS –, afirmando no colocar la meta en las cirugías de transgenitalización u otros procedimientos médico-quirúrgicos, aun cuando en su propia formulación e implementación parece no suceder del modo descrito. Se propone además redefinir la concepción de asistencia transespecífica en salud, y declara la totalidad de la atención como una estrategia de enfrentamiento a los impactos de la discriminación y la exclusión de las personas trans* en el ámbito de la salud. Se sugiere así a un nuevo proceso de significación de la integralidad, asociada específicamente a la ATS. Esta normativa amplía también la red de atención desde una propuesta de integración de acciones y servicios en los diferentes niveles, reconociendo la atención primaria como puerta de entrada (así como para toda la población).

La política, sin embargo, continúa generando parámetros limitadores a partir de la preponderancia del modelo biomédico que se manifiesta con gran fuerza en la concepción de salud y de cuidado que emerge de la misma, la cual sigue la lógica del diagnóstico-tratamiento, en el caso: diagnóstico psicopatológico (de acuerdo con el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE), seguido de tratamiento de tipo correctivo (hormonal y médico-quirúrgico fundamentalmente). Vale aclarar, no obstante, que se espera la reevaluación de estos aspectos a partir de la última revisión de la CIE, a partir de la cual a la transexualidad le fue retirado el estatus de enfermedad mental, siendo removida del capítulo referente a las perturbaciones mentales y del comportamiento (aunque asentada en otro sobre “incongruencias” de género).

La normativa vigente, como las anteriores, mantiene como condición de acceso a las cirugías, el diagnóstico previo y el acompañamiento multidisciplinario obligatorio por período de dos años, proveniente esencialmente de las áreas psi. Lo cual Flávia Teixeira (2017) analiza como una estrategia para atestiguar la “verdadera transexualidad” a través de lo que nombra “Test de la vida real”, que opera no solamente como mecanismo de identificación de “transexuales verdaderos”, sino también para su (re)producción. Este acaba siendo instituido como un mecanismo de control y colonización de los cuerpos y saberes trans*, que desconside la autonomía/capacidad del propio sujeto para participar del proceso de producción de su salud. De esta forma, la política acaba por no reconocer en su concepción, ni por medio de los mecanismos de acceso que pauta, la complejidad del proceso de gestión de la salud, al no entenderla como un proceso co-construido en las dimensiones individual y colectiva.

Autoras como Marcia Arán, Tatiana Lionço y Daniela Murta (2009), Berenice Bento y Larissa Pelucio (2012) y Teixeira (2017), discuten las paradojas implícitas en la política y coinciden al señalar la ambivalencia del proceso de construcción e implementación de la norma técnica, que actúa retirando derechos a través de las aparentes conquistas. Según argumentan, esta normativa, aun proporcionando una línea de cuidado como parte de la salud pública, muestra una gran incidencia de la heteronormatividad y el binarismo de género, factores que, junto a la patologización, acentúan la precariedad de las trans-existencias (transexualidades, travestilidades, transgeneridades y otras identidades trans* no binarias), limitando la democratización de esa política de salud.

En medio de esta problemática, dicha política, así como la instauración de los diferentes servicios, al tiempo que significan un avance en la legitimación de una importante demanda relativa al acceso a los cuidados en salud, acaba por convertirse en un importante instrumento del biopoder (Michel FOUCAULT, 1999), que integra aspectos biopolíticos y del poder disciplinario.

Desde el lanzamiento en 2008 de las normativas para la habilitación de las unidades autorizadas a implementar el proceso transexualizador y hasta el año 2019, habían sido habilitadas cinco unidades en la modalidad hospitalaria, responsables por la realización de las cirugías y el seguimiento pre y post operatorio, prestando también servicios en la modalidad ambulatoria. Estas, de conjunto con las unidades que ofrecen servicios solamente ambulatorios, suman en total trece unidades, que se sitúan en diez de las veintisiete unidades federativas de Brasil.

Particularidades del servicio de asistencia en salud para personas trans* en que el estudio se desarrolla

En agosto de 2015 fue inaugurado en una ciudad-capital del sur de Brasil, un servicio para el acompañamiento en salud de las personas trans* que, aun tomando estas normativas como referente, no se instituye como uno de los centros acreditados por las normativas que este marco legal crea.

El servicio tiene como particularidad el hecho de situarse en la Atención Primaria de Salud (APS), y constar como responsabilidad del Programa de la Residencia en Medicina de Familia y Comunidad de la Secretaría Municipal de Salud de ese territorio. El mismo se propone ofrecer una atención integral a las personas trans* del territorio, y acompañamiento en el proceso de hormonización. Se basó en los siguientes presupuestos: (1) ofrecer amplio acceso a la asistencia en salud a las personas trans*, sin necesidad de diagnóstico; (2) atender todas sus demandas de forma que se acogiera a la persona y no sólo los motivos de consulta relativos a la transexualización; (3) contribuir con la integralidad en la forma de relación entre médicos/as y usuarios/as, estimulando la participación de la persona trans*, sus saberes y necesidades, en los espacios de consulta y gestión de su salud; (4) no orientarse por criterios patologizantes ni clasificatorios como condición para el acceso a procedimientos como la hormonización (aun cuando esto se manifieste de otras formas).

El servicio surge por la sensibilidad, disponibilidad y los acuerdos y alianzas realizadas por un equipo de cuatro residentes de dicha Especialidad, que se dispusieron a realizarlo de forma voluntaria. Sus particulares experiencias de vida, compromiso ético-político, y los sentidos que se articularon a su voluntad de concretar la idea, hicieron posible materializar deseos y demandas. La iniciativa, aunque apoyada por SMS a través de la coordinación de la residencia, no surgió como una estrategia de ésta.

Con la creación del servicio se concreta una demanda de los movimientos sociales y activistas trans* del territorio, quienes estuvieron presentes en la concepción e instauración de ese espacio, junto a investigadores/as de núcleos de pesquisa de la universidad federal del territorio. La mayoría de los/as activistas que participaron junto a los médicos de la creación del servicio, integraban organizaciones no gubernamentales de defensa de los derechos humanos con enfoque en la sexualidad del territorio, y venían luchando, hacía tiempo, por un espacio de cuidado dentro del área de la salud, que atendiera sus demandas y necesidades en salud. La atención comienza finalmente a funcionar con frecuencia semanal, en el horario nocturno, en una Unidad Básica de Salud (UBS) del territorio. En aras de una atención más acogedora y sensible a las cuestiones trans, de género y diversidades, algunas activistas ofrecieron capacitaciones a las/os funcionarias/os de la UBS.

En 2017, con la culminación de la residencia de los médicos fundadores (voluntarios), y ante la acogida, cantidad de usuarios/as registrados, y el nivel de satisfacción generado en la comunidad LGBTQ+, el servicio es instituido como pasantía obligatoria de dicho programa. Esta resultó una estrategia concebida por las personas involucradas en la experiencia para que continuara existiendo, y para convertir la experiencia en espacio formativo (docente-asistencial), que favoreciera la formación de competencias culturales en los médicos residentes, para acoger en el futuro a las personas trans* a través de las UBS de sus localidades, donde tradicionalmente encuentran grandes obstáculos para ser atendidas desde las particularidades de sus demandas y necesidades en salud.

Así, a partir de 2017 las consultas pasan a ser realizadas por los médicos residentes (pasantes) y los médicos de familia que actúan como preceptores del programa de la residencia, contando con un lazo más formal con la SMS. En ese mismo año, y por las alteraciones en el horario de la UBS donde se atendía, el servicio muda su sede para otra UBS del territorio con horario ampliado.

Según datos aportados por la coordinación del servicio, hasta diciembre de 2018 la cantidad de usuarios/as registrados/as estaba en torno a 280. A partir de 2019, las consultas se realizan más días en la semana y en al menos tres UBS de diferentes barrios y regiones de la ciudad (sur, centro y norte), de forma simultánea, ampliando así su cobertura.

Sobre las/os interlocutoras/es en la investigación y los presupuestos metodológicos

Los resultados que presentamos/discutimos, son el resultado de los diálogos con once personas vinculadas al mencionado servicio, con las cuales se realizaron entrevistas, entre septiembre de 2017 y junio de 2018. Para contactar a los/as participantes se usó el recurso de la bola de nieve (Patrick BIERNACKI; Dan WALDORF, 1981).

En términos metodológicos, el estudio realizado parte de la perspectiva de investigación cualitativa. Con vistas a la producción de información, recurrimos a la problematización recursiva (Ana María FERNÁNDEZ, 2007). A partir de la cual se pretende pensar problemas más que aplicar o comprobar sistemas teóricos, procurando hacer de la “incomodidad” concepto y que lo invisible opere visibilidad. La problematización recursiva supone, en ese sentido, la elaboración de campos de problemas, compuestos de “estrategias discursivas y extra discursivas en un campo o constelación de sentidos” (FERNÁNDEZ, 2007, p. 29).

Basada en este recurso, fue identificada una trama de sentidos en torno a la noción de integralidad en la atención transespecífica en salud, discutida por las/os participantes a partir de su articulación con la noción de demandas en salud, y relacionada con una cierta concepción de integralidad en la atención. Los detalles sobre esos sentidos producidos son discutidos en el acápite a continuación.

A continuación, presentamos a los/as participantes.

Médicos/as residentes y preceptores en el momento del acceso al campo:

- Fabio (preceptor, hombre cis, 29 años, raza blanca. Fundador del servicio ,en ese momento siendo residente de la Especialidad).
- Leila (preceptora, mujer cis, 34 años, raza blanca).
- Caio (residente, hombre cis, 24 años, raza blanca).

Funcionarios/as de la SMS vinculados a Especialidad y/o la Gerencia de Atención Primaria:

- Marcos (hombre cis, raza blanca, escolaridad superior)
- Vinicius (hombre cis, 35 años, raza blanca, escolaridad superior con formación en Medicina de Familia y Comunidad).
- Iara (funcionaria de la SMS vinculada a la Gerencia de Atención Primaria, que participó activamente de las discusiones para a la aprobación e instauración del servicio mujer cis, 42 años, raza blanca, formación en enfermería, nivel de escolaridad superior)

Coordinadora de la Unidad Básica de Salud donde el servicio comenzó a funcionar:

- Patrícia (mujer cis, 41 años, raza negra, formación en enfermería, nivel de escolaridad superior).

Usuarios/as/es:

Ana (travesti, 23 años, raza blanca, maestranda y trabajadora sexual)

- Isabel (mujer trans, 29 años, raza blanca, enseñanza media concluida, trabajadora sexual)
- Erik (hombre trans, 46 años, raza negra, nivel superior concluido, maestrando, coordinador de proyectos en educación en las áreas de derechos humanos, sexualidad y diversidades de género)
- Ju (no-binario, 25 años, raza blanca, nivel superior, máster).

El género declarado en cada uno de los casos se corresponde con las categorías de autoidentificación de cada participante.

Vale resaltar que la investigación fue sometida y aprobada por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, y posteriormente por la Comisión de Acompañamiento de Proyectos de Investigación en Salud, perteneciente a la Secretaría Municipal de Salud (SMS) del territorio donde la investigación se desarrolló.

Producción de sentidos: la integralidad en la asistencia transespecífica en salud

Ante la pregunta por la integralidad de la atención, algunos de los participantes, médicos/as del servicio y funcionarios/as de la SMS van a afirmar que:

(La traducción de los fragmentos de las entrevistas fue realizada por las autoras)

Podemos ver la integralidad de dos formas: al garantizar que ellas [las personas trans] van a acceder al servicio por la atención básica, pero si necesitan llegar a un nivel terciario ellas llegan, y la integralidad al saber que se está tratando una persona y no una enfermedad o la situación de salud que ella presenta. Para nosotros, médicos de familia de la atención básica, es imposible escapar de la integralidad como principio esencial. (LEILA)*

Hablar de integralidad es hablar de una atención primaria resolutive, abarcadora, que da cuenta no sólo de la hormonización, sino que tiene una capacidad de servicio adecuada, que crea vínculos de cuidado a lo largo del tiempo. (MARCOS)

Integralidad para mí tiene que ver con la coordinación del cuidado en la atención básica, con las competencias culturales del personal para acoger, con la orientación comunitaria. Es una atención primaria que da cuenta por sí misma de esa persona, que va a tener una mirada integral sobre su situación (...) presupone un vínculo personal que se da a lo largo del tiempo. (VINICIUS)

En medio de este proceso de significación y en el vínculo con la atención primaria en salud – donde el servicio se inscribe –, la integralidad es pensada como atributo de un modelo de cuidado, al cual se atribuyen características distintivas, procedimientos, tipos de abordaje, vínculos, en base a los cuales se buscan determinados efectos.

Entre sus características distintivas se enfatiza su carácter abarcador, lo que remite a la idea de la atención como proceso, que parte de la determinación biopsicosocial de la salud humana, promoviendo una visión amplia (definida como visión 360 grados), donde, aun colocando a la persona en su centro, es necesariamente interrelacionada a los espacios sociales y culturales en los cuales se desarrolla. Esta concepción constituye un punto de partida para intervenir, también, sobre esos ambientes y relaciones determinantes de los estados de salud.

En ese sentido, la integralidad define una práctica profesional que entiende al sujeto en contexto, en contraposición a las que dicotomizan esos espacios, o abordan al sujeto a través de su enfermedad. Para ello, se apoya en un conjunto de procedimientos y mecanismos que garantizan no sólo el acceso, sino también la permanencia. Entre esos procedimientos están: la longitudinalidad del cuidado, referida a la capacidad para el establecimiento de vínculos mantenidos y consolidados a lo largo del tiempo entre el/la profesional (o el equipo) y sus usuarios; y la coordinación del cuidado, favorecedora de los accesos y tránsitos por la red de atención a la salud, pero volviendo al nivel primario (APS), actuando así a favor de la reducción de la fragmentación de la red y de la discontinuidad del cuidado. La orientación comunitaria, por otro lado, afirma la intervención no sólo sobre el sujeto, sino también en sus espacios de interacción social (aunque suceda, en regla general, que la salud no sea pensada fuera de los marcos institucionales del sistema, y tampoco en el contexto de la asistencia dispensada en el servicio en cuestión).

Resulta interesante puntuar la emergencia, entre estos profesionales, de una dimensión de la integralidad que enfatiza su carácter utilitario (su funcionalidad), lo cual, en el caso del servicio, apunta a la consecución de determinados efectos: sobre las personas usuarias (acogimiento), sobre los profesionales vinculados (competencias culturales) y sobre los modelos de atención (resolutivos).

Los sentidos producidos por el personal de la salud, no obstante, más que apuntar particularidades para el caso de la ATS, procuran dialogar con los sentidos tradicionales de la integralidad en la salud y sus especificidades en la atención primaria. Ya en el diálogo con las personas usuarias, otras tramas de sentidos y demandas emergen, situando no sólo desafíos, sino ampliando/resignificando esas nociones de integralidad al colocarlas en diálogo con sus experiencias, necesidades y demandas.

En cuanto a las personas usuarias entrevistadas, algunas críticas son frecuentemente articuladas en torno a la escasa o nula participación que dejan algunos de los protocolos seguidos en la atención. Constatación que se refiere no sólo al servicio en el cual la investigación se desarrolla, sino, en general, a la ATS con base en los procedimientos establecidos por las normativas que orientan el Proceso Transexualizador en el SUS. Al respecto una de las usuarias refiere:

*En mi experiencia como usuaria de esos ambulatorios, y en la de muchas de mis amigas, puedo decir que por lo general no están allí para atender a las personas trans, están allí para seguir protocolos y para normalizar aún más! las formas en que somos tratadas por la medicina. Es normalización sobre normalización (...). Aquí en ** [nombre de la ciudad en que el servicio se ubica] conmigo fue diferente, creo que porque son médicos de familia, aunque depende del médico... algunos no tienen esa visión de conversar contigo, de escuchar tu experiencia con la medicación. Yo fui allí bien al principio, y me gustó, ellos estaban muy bien capacitados para atendernos, y hasta el personal del puesto nos llamaba por el nombre social. (ISABEL).*

De modo general es posible percibir, entre los/as usuarios/as, la importancia concedida y las características de la acogida en el contexto de la ATS, lo que va a relacionarse al menos a tres dimensiones. Por un lado, se entiende la capacidad de acogida del servicio en un sentido más amplio que el que se da en el espacio de la consulta, asociada también a la recepción que recibe la persona usuaria dentro del mismo (por el uso del nombre social, características de la interacción, estilos de comunicación). Por otro lado, la capacidad de acoger del servicio se vincula a la atención longitudinal, sentido en el cual se asocia al establecimiento de una

relación profesional extendida en el tiempo, que favorece los lazos de confianza y el cuidado personalizado, en base al conocimiento profundo de la situación de salud y de vida de cada usuario/a, dominio del tratamiento, etc. Como tercera cuestión, aflora una noción – y demanda de acogida –, que se afirma en el espacio de la consulta y se explicita en la dimensión del vínculo médico/a-usuario/a. En ese sentido, la capacidad de acoger estaría dada por la forma de relación establecida, capaz de reconocer las necesidades en salud de las personas trans* y las formas posibles de satisfacerlas, a partir de actos de escucha, de diálogo y de negociación.

Este análisis permite pensar la relación que se establece entre acogida, humanización, cuidado e integralidad, en el contexto de la ATS. La demanda de acogida emerge en el vínculo con la humanización del servicio y la integralidad de la atención, las cuales a su vez se establecen como pautas indispensables para el cuidado a la salud, en este caso, de personas trans*.

Estos sentidos producidos ponen el énfasis en la dimensión relacional o de los vínculos internos al sistema de salud y las consultas, verificándose como una de las características más apreciadas del servicio – y criterio recurrente en su evaluación – la capacidad de sus profesionales para el establecimiento de vínculos estrechos (capacidad comunicativa y horizontalidad) con los usuarios. Como parte de esa trama de sentidos, se visualiza el espacio de la consulta como un ámbito dialógico y coparticipativo en oposición a lo que sería un espacio directivo y de normalización. Se produce así entre los/as usuarios/as, un rechazo a la relación de saber-poder que se establece entre médicos/medicina y usuarios, dentro y fuera de los espacios de la consulta.

Se problematiza igualmente la anulación estratégica del sujeto trans*, ya sea por su conversión en “sujeto-cuerpo receptor de protocolos y diagnósticos”, en el espacio de la consulta; o por su conversión en “sujeto-población destinataria de políticas de salud”, en el espacio de la toma de decisiones, gestión y políticas de salud. En cualquier caso, convertido en sujeto pasivo en la producción de su salud, a partir de una escasa o nula participación en los espacios en que esta es generada-producida.

Con relación a la demanda de construcción del espacio de la consulta como espacio interactivo, de negociación conjunta y no normativo, Ana y Ju van a reflexionar contando su experiencia como usuarias/es del sistema de salud:

Hace casi 7 años hago uso de hormonas e inhibidores (...) Durante todo ese tiempo pude conocer los reales efectos de cada medicamento en mi cuerpo (...) La última vez que estuve en el ambulatorio la médica residente quiso cambiar mi tratamiento y dijo que yo necesitaba adecuarme al modelo norteamericano. Este fue uno de los motivos por los que me alejé de allí (...) Es un tratamiento limitado y determinista, o sea, ellos van a determinarte, a decidir lo que tú tienes que hacer o no (...) El ambulatorio va a ejercer un poder de agencia enoorme sobre los cuerpos trans y travestis. (ANA)

El consultorio no sigue la lógica patologizante... por ser un servicio que no es acreditado creo que ni lo necesita, pero ellos [se refiere a algunos residentes-pasantes] quieren hacerte encajar en alguna categoría... siempre... y después decidir lo que tú necesitas. (JU)

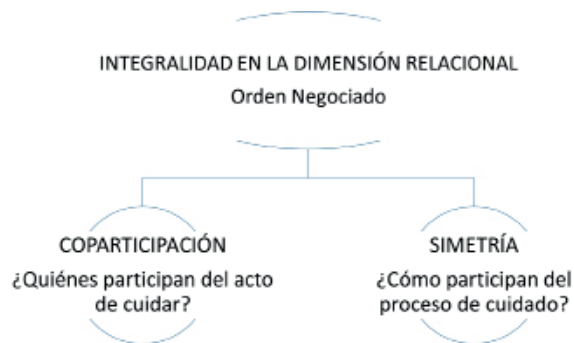
La ATS es problematizada así como un engranaje tecnológico de producción de cuerpos, y significada como un marco normativo a través del cual se operan diversas jerarquías: (1) la jerarquía de los conocimientos médicos (científicos) frente a los saberes trans*, (2) la jerarquía de la hetero y cis normatividad frente a las trans* existencias – y que insiste en leer estas últimas a través del lente de las primeras – y (3) la jerarquía de los saberes-protocolos eurocéntricos con estatuto de verdad, frente a los locales. Al referirnos al eurocentrismo no lo hacemos como una definición geográfica. La visión eurocéntrica representa e incluye aquí todos aquellos saberes hegemónicos occidentales.

La problematización traída por Ju, permite igualmente observar la existencia de referente para la comprensión del otro que no es nunca neutro, y que, en el caso de los/as profesionales de la salud, puede cargar toda una ética médica clasificatoria y de “sanación” histórica y cis-normativa. Desde este referente, se entiende el cuerpo humano en su versión cis como norma, y, al hacerlo, crea una noción de “ambigüedad” que es no deseada.

Se aprecia igualmente como la escasa o nula participación del sujeto destinatario del cuidado en el proceso de gestión de su salud, cuando es dirigido/condicionado de antemano y no co-construido/negociado en los espacios de las consultas, acaba estando basada en una práctica que produce determinados efectos de marginación y subalternización (Gayatri, SPIVAK, 2010) en el contexto de la atención. Esta observación nos coloca frente a una práctica asistencial que impide a las personas usuarias participar y negociar, elegir libremente las transformaciones que desean efectuar en sus cuerpos, y los procedimientos que precisan de acuerdo con sus expectativas (aún en los casos en que refuercen una supuesta ambigüedad). Esta práctica de inmovilización, no obstante, no alcanza necesariamente – o en la misma medida – el pensamiento crítico y la agencia de las personas trans*, que aún emerge en las demandas y en las críticas planteadas a los modelos de atención.

Se confirma una idea de integralidad, en el diálogo con las problematizaciones de las personas usuarias, que va más allá de lo que es designado/significado como tal por los médicos y funcionarios, apuntando su ubicación, también (y fundamentalmente), en la dimensión relacional o de los vínculos entre profesionales y usuarios. Esta dimensión aumenta la significación tradicional de la integralidad de la asistencia y supone ser pensada/producida, también, como un “orden negociado” (SPINK, 2003). Esto es, una relación como proceso continuo de negociación que se apoya en la relación terapéutica para la promoción de la agencia. Dicha problematización revela la necesidad de una cohabitación no hegemónica y simétrica de los espacios y modos de cuidar, que apunta a la *coparticipación* y la *simetría* como atributos-desafíos para una ATS.

Figura 1 - Atributos de la integralidad en la dimensión relacional o de los vínculos entre médicos y usuarios.



Fuente: Elaborado por las autoras en base a las informaciones producidas.

#PraTodoMundoVer La imagen muestra la representación gráfica de la discusión que se presenta sobre los atributos que se espera distinguan la integralidad. El esquema posee dos niveles. En un primer nivel (más alto) está escrito: “Integralidad en la dimensión relacional” y debajo de esa frase: “orden negociado”. En el segundo nivel, colocado por debajo de este título, aparecen descritos sus dos atributos (uno al lado del otro): “coparticipación” y debajo de esta palabra, para describir lo que el indicador abarca,

está escrito: “¿Quiénes participan del acto de cuidar?; al lado y en el mismo nivel, aparece el segundo atributo: “simetría”, abajo del cual está escrita la pregunta: “¿Cómo participan del proceso de cuidado?”.

La *coparticipación*, en medio de ese proceso, supone que las personas trans* abandonen la posición de objeto de los discursos y políticas, para ser comprendidas como sujetos políticos, asumiendo que la participación se da por la capacidad real de decidir que el espacio de cuidado puede ofrecer, y no apenas a través de los consentimientos informados, que no agotan esta posibilidad. Dichos consentimientos informados se limitan en ocasiones a informar los efectos de la medicación o procedimientos, pero ellos sólo pueden ser aceptados o no, por lo que no marcan necesariamente el inicio de una relación dialógica en que puedan determinarse conjuntamente los procedimientos, medicamentos, accesos a especialistas, o las formas de tratamiento más convenientes o satisfactorias en cada caso.

La coparticipación en este sentido se establece como una forma de corresponsabilidad, que traduce procesos de reconocimiento de la autonomía de las personas trans* para participar activamente en los espacios en que se gestan y definen los cuidados sobre sí en el interior de los consultorios, promoviendo espacios de construcción de la ciudadanía. Supone el establecimiento de una relación ético-política que resignifica el acto de cuidar, contribuyendo a su emergencia como espacio de negociación que estimula los agenciamientos. Una negociación que pasa, inicialmente, por la renegociación del poder disciplinario, poniendo en cuestión los regímenes de verdad por él instituidos y permitiendo que el sujeto trans*, en esa relación, se anuncie a sí mismo (y no que sea enunciado por el poder disciplinario).

La promoción intencional de la agencia en este contexto comporta un acto de rechazo a la precarización de aquellos cuerpos que se resisten a ser colocados en tal situación. A través de esta noción de agencia, el cuerpo se vuelve locus de la acción política.

Consustancial a la idea de espacio-vínculo coparticipativo, se aboga por la *simetría* en las relaciones. La cual supone una perspectiva de diálogo y horizontalidad entre los sujetos y sus diferentes modos de percibir las necesidades de salud, creando e institucionalizando espacios de escucha y participación a través de prácticas acogedoras, basados en la comunicabilidad, la reflexividad y la horizontalidad de los vínculos. En este sentido, la demanda planteada por los/as usuarios/as sugiere que la interacción se transforme en práctica dialógica, una tecnología para el cuidado y la producción de la salud que permita “escuchar” lo que la persona trans* dice “de su cuerpo” y “con su cuerpo”.

Esa relación supone una demanda ética de no violencia como solución a la construcción de vidas precarias (BUTLER, 2006), sustraídas de autonomía y del reconocimiento que emerge de los dispositivos políticos. Supone también una ética del cuidado que no universaliza al sujeto trans*, que entienda su demanda dentro del contexto histórico-social y contingente en que esa relación está insertada, y que promueva la creación de espacios que permitan al sujeto posicionarse, ejercer su agencia y autonomía. A partir de esos argumentos, enfatizamos en la

necesidad de re politizar la dimensión relacional del acto de cuidar, apuntando la actitud crítica que interpela en cada momento el acto de conocer e intervenir.

Enfatizamos igualmente en el reconocimiento de la legitimidad del saber-decisión que se genera en las “márgenes”, y no exclusivamente aquel que, orientado por el “centro”, determina lo abyecto, criterio que se sustenta en una idea colonial de salvación y que es ejercido por la medicina desde este referente. Se trata, por el contrario, del reconocimiento de la legitimidad de la heterogeneidad de demandas y necesidades de los grupos sociales tradicionalmente excluidos, pautándose como principio, la autonomía de esos saberes y sujetos. Estas ideas se muestran afines a lo que Zulma Palermo (2010) entiende como Epistemología de Fronteras y Bento (2017) como Epistemología de las Márgenes, a partir de las cuales, se recurre a una perspectiva crítica que articula la polifonía de saberes como alternativa a la relación de dependencia y la idea de totalidad unificadora y hegemónica. Esta perspectiva crítica permite, además, problematizar el modelo disciplinario y científico de conocimiento moderno, amparado en un modelo epistémico capaz de observar, analizar, comprender e intervenir sobre el mundo, desde una plataforma inobservada.

La propuesta de modelo de cuidado integral en salud transespecífica, basado necesariamente en fundamentos decoloniales, supone el rechazo de la colonialidad del poder, del saber y del ser. Lo que se traduce en el reconocimiento y la legitimación de saberes subalternizados y la problematización de las condiciones de producción de conocimientos.

La problematización del estatuto epistemológico de las ciencias médicas frente al desafío de la integralidad en la ATS.

Reflexionar sobre el cuidado y respeto a ser colocado en la relación con un otro “dueño de sí”, conlleva al compromiso ético de problematizar la salud del individuo “con el individuo”. No obstante, las implicaciones de la discusión realizada no son sólo de tipo ético, sino también epistémico, al cuestionar el estatuto epistemológico de las ciencias médicas, convocándolo a superar el modelo biomédico directivo y binario que se basa en la enfermedad y transitando hacia otras nociones de cuidado que se vinculen a las experiencias trans* desde perspectivas más horizontales, no deterministas y decoloniales.

En este sentido, es importante problematizar el *corpus* epistémico de la medicina como prescriptivo y basado en una ética universalizante, productor de una episteme, es decir, un tipo de conocimiento, que intenta comprender para resolver y no deconstruir problemas, resignificar. Para las ciencias médicas, tanto los significados, como los límites y posibilidades del sujeto, están definidos de antemano, lo que niega la agencia del sujeto trans* en la gestión de sí, fundamentalmente en el contexto de su patologización.

De acuerdo con Marcos Oliveira y Elzahra Mohamed Osman (2017), como parte de la expansión de los proyectos epistémicos, políticos y estéticos latinoamericanos (más allá de proyectos hegemónicos eurocéntricos) es necesario pensar una propuesta bioética en perspectiva decolonial. Según los autores “la llamada ‘bioética latinoamericana’ no presupone principios universalmente aplicables a distintos tiempos históricos o formaciones étnico-culturales diferentes” (OLIVEIRA; OSMAN, p. 52). Se trata, por tanto, de la sensibilidad respecto a “aspectos específicos de las realidades locales y de las sociedades particulares cuya producción ética debe ocurrir con la participación de sujetos diversos y plurales (...) abriendo, así, horizontes de comprensiones post occidentalistas y no colonizadoras de la vida” (OLIVEIRA; OSMAN, p. 52). En este caso, la bioética decolonial, supone que estemos atentos a la historia de los colonialismos y sus procesos de jerarquización económica, política, socio-racial y epistémica.

En este contexto, surge una comprensión de la asistencia en salud a las personas trans* (y del proceso transexualizador como parte de esta) como un proceso cerrado, homogéneo, mientras que, en contrapartida, y desde una comprensión transfeminista (Jaqueline Gomes de JESUS, 2014; Viviane VERGUEIRO, 2015), lo que debería favorecerse es justamente un ejercicio del derecho a la ciudadanía por medio de la subversión de la norma.

Tanto la coparticipación como la simetría suponen problematizar la hegemonía biomédica en el acto de cuidado, y los principios bajo los cuales se realiza. Desafío este que es obstruido por prácticas profesionales que privilegian la relación de autoridad-desautorización en medio de un cúmulo de regímenes de verdad, que inducen a la descalificación del saber lego como producto de la escisión ortodoxa entre ciencia y sentido común. Justo como parte de esta, se reproduce un tipo de relación médico-usuario jerárquica y autoritaria, que refuerza la persistencia de saberes considerados “racionales” y “desarrollados”, mientras relega a un segundo plano las afectividades, subjetividades y determinadas corporeidades (marcadas por el género, la raza, la clase y otros marcadores sociales). Ese escenario sirve a los fines de justificar que la salud sea dispensada y no co-construida.

Otro fragmento de las entrevistas realizadas especialmente ilustrativo al respecto es el siguiente, momento que una de las usuarias narra:

Tengo una amiga que fue en busca de atención, hospitalaria en aquel caso, ella quería realizarse la cirugía. En las primeras consultas el psiquiatra le preguntó si a ella le gustaba el maquillaje... si se maquillaba... y ella respondió que no, porque ella es bien espontánea y realmente no le gusta. A partir de esa conversación que el psiquiatra tuvo con ella, él determinó que ella no era una persona que debería pasar por la cirugía (...) porque existe un patrón de lo que es ser mujer y si tú no estás dentro de aquel patrón que ellos colocan como modelo, tú no vas a pasar por la cirugía. (ANA)

Como puede apreciarse en el fragmento citado, los saberes científicos, considerados “racionales”, sirven para construir representaciones sociales coloniales del género, cuando en contrapartida y desde una comprensión transfeminista, lo que debería favorecerse es el ejercicio del derecho a la transciudadanía por medio de la subversión de la norma. De esta forma, el desafío de la integralidad en la dimensión relacional, relativo a la construcción del espacio de la consulta como un espacio coparticipativo y simétrico, tropieza con prácticas profesionales que privilegian la relación de autoridad-desautorización asentadas en sus modelos de cuidados, y estos a su vez, en el estatuto epistemológico de las ciencias médicas.

Reflexiones finales

Además de conferir la institución del espacio de consulta – y de la medicina a través de sus profesionales – como un dispositivo de control, se hace preciso redireccionar una praxis epistemológica, que, como afirma Bento (2017), procure reflexionar sobre nuevas concepciones de humanidad y tensione los límites de lo considerado “normal”, así como el conjunto de las tecnologías dirigidas al cuidado de la salud de las personas trans*. Este proceso implica interpelar y cuestionar las tecnologías accionadas para (1) producir géneros en el ámbito de las consultas/consultorios a través de la atención y, (2) para cuidar y promover la salud. Implica también problematizar los saberes instituidos sobre la base de la cisgeneridad como patrón, la heterosexualidad obligatoria y la colonialidad de saberes y cuerpos como mecanismos de acción-intervención.

En el diálogo con los presupuestos presentados, para que la transciudadanía sea efectivamente accionada, así como problematiza Jesus (2014) es esencial estar atentas/os a las vías y estrategias usadas con tales fines, entendiendo que la misma no es un efecto directo de ciertas políticas (mecanismos, programas), de las (buenas) intenciones declaradas, o de la mera implementación de acciones, políticas o programas. En ese sentido, la autora va a afirmar la necesidad de su creación a partir de mecanismos inclusivos desde su ideación y formulación, puesto que se trata de una ciudadanía que no comienza otorgada por alguien, dada gentilmente por “otro” como un acto de generosidad (frecuentemente un poderoso cisgénero). No es una ciudadanía tutelada sino conquistada, que comienza dentro de las personas trans*, exigida individual y colectivamente.

En el diálogo con este referente, por tanto, pensar y alentar la integralidad del modo descrito, tanto desde las políticas públicas como en la atención, implica entender que ella se concreta, también, en la dimensión relacional o de los vínculos entre médicos/as y usuarios/as, desafiando a instituir la asistencia en salud como un espacio de negociación, con la coparticipación y simetría como sus principales atributos.

Esta idea supone problematizar, igualmente, los mecanismos que insisten en colocar las género-disidencias en las márgenes y/o en negar este locus de enunciación, como un lugar válido para la producción de saber y de agencia. Se trata de una propuesta de ampliación del modelo de integralidad – y por tanto de cuidado – asociado a la ATS que, como afirma Enrique Dussel (2000, p. 417), retire la “situación de excepcionalidad del excluido”.

Referencias

ARÁN, Marcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. “Transexualidade e saúde pública no Brasil”. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400020&script=sci_abstract&lng=pt. Consultado el 30/05/2019.

BENTO, Berenice; PELUCIO, Larissa. “Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas”. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 559-568, 2012. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2012000200017&script=sci_abstract&lng=pt. Consultado el 22/03/2018.

BENTO Berenice. *Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos*. Salvador: Editora da UFBA, 2017.

BIERNACKI, Patrick; WALDORF, Dan. "Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling". *Sociological Methods Research*, Cambridge, v.10, n.2, p. 141-163, 1981. Disponible en <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/004912418101000205>. Consultado el 23/12/2018.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988 (1ª. ed.). Brasília: Senado Federal, 1988.

BUTLER, Judith. *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

BUTLER, Judith. *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

DUSSEL, Enrique. *Ética da libertação na idade da globalização e da exclusão*. Petrópolis: Vozes, 2000.

FERNÁNDEZ, Ana Maria. *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos, 2007.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade 1: A vontade de saber* (13. Ed). Rio de Janeiro: Graal, 1999.

JESUS, Jaqueline Gomes de. *Transfeminismo: teorias e práticas*. Rio de Janeiro: Metanoia, 2014.

MATOS, Ruben Araujo de. "Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos". In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araujo de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009. p. 43-68.

OLIVEIRA, Marcos de Jesus; OSMAN, Elzahra Mohamed Radwan Omar. "Pluralismo bioético: aportes latinoamericanos a la bioética en perspectiva decolonial". *Revista Bioética*, Brasília, v. 25, n. 1, p. 52-60, abr. 2017. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000100052&lng=en&nrm=iso. Consultado el 21/03/2021.

PALERMO, Zulma. *La opción decolonial. Pensamiento Latinoamericano y Alternativo*. Centro de Ciencia, Educación y Sociedad, 2010. Disponible en <http://www.cecies.org/articulo.asp?id=227>. Consultado el 22/05/2018.

PLATERO, Raquel Lucas. *TRANS*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Bellaterra, 2014.

SPINK, Mary Jane. *Psicologia social e saúde*. Petrópolis: Vozes, 2003.

SPIVAK, Gayatri. *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: UFMG, 2010.

TEIXEIRA, Flávia. "(Des)engano: Revisando as portarias do Processo Transexualizador no SUS". In: UZIEL, Anna Paula; GUILHON, Flávio. *Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsitos*. Rio de Janeiro: EduERJ, 2017. p. 315-354.

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

Claudia Lazcano (claudia.vazquez@faculdadecesusc.edu.br) es doctora en Psicología por la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil. Profesora del curso de Psicología de la Facultad CESUSC. Posee experiencia en el área de la Psicología Social Crítica y la Psicología de la Salud, las políticas públicas y los procesos de producción de sentidos, con énfasis en los estudios decoloniales, de género y feministas.

Maria Juracy Filgueiras Toneli (juracy.toneli@gmail.com) es doctora en Psicología. Profesora titular del Programa de Post Graduación en Psicología, Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Posee experiencia en el área de la Psicología Social e Institucional, con interés principalmente en los siguientes temas: género y feminismo, masculinidades, salud sexual y reproductiva, diversidad y derechos sexuales, violencia de género, travestilidades. Bolsista PQ 1B/ CNPq.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO, DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE LA REVISTA

LAZCANO, Claudia; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. "Producción de sentidos sobre la integralidad en la asistencia en salud a personas trans*". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 29, n. 3, e66168, 2021.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Claudia Lazcano Vázquez (concepción de la investigación y el artículo, recolección y análisis de datos, elaboración del manuscrito, redacción, discusión de resultados).

Maria Juracy Filgueiras Toneli (concepción de la investigación y el artículo, discusión de resultados, elaboración del manuscrito y revisión).

FINANCIACIÓN

El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

CONSENTIMIENTO DE USO DE IMAGEN

No se aplica.

APROBACIÓN DE COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

La investigación fue aprobada por el CEP: Parecer Consubstanciado número 2.229.05 del 24 de agosto de 2017 y por la Comisión de Acompañamiento de Proyectos de Investigación en Salud, de la Secretaría de Atención Primaria de la SMS.

CONFLICTO DE INTERESES

No se aplica.

LICENCIA DE USO

Este artículo tiene la licencia Creative Commons License CC-BY 4.0 International. Con esta licencia puedes compartir, adaptar, crear para cualquier finalidad, siempre y cuando cedas la autoría de la obra.

HISTORIAL

Recibido el 09/07/2019

Presentado nuevamente el 22/03/2021

Aprobado el 14/04/2021

