

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Por uma Bioética Transfeminista, Itinerários Terapêuticos e Desconstrução da Colonialidade

Raphaela Maria Ribeiro da Silva

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.16858>

Submetido em: 2026-07-10

Postado em: 2026-07-28 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o(s) endosso(s) de:

- Cristiane Costa (ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1089-2092>)
- Jaqueline Gomes de Jesus (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2459-0135>)

Por uma Bioética Transfeminista, Itinerários Terapêuticos e Desconstrução da Colonialidade

For a Transfeminist Bioethics, Therapeutic Itineraries and Deconstruction of Coloniality

Por una bioética transfeminista, itinerarios terapéuticos y deconstrucción de la colonialidad

Raphaela Maria Ribeiro da Silva

Programa de Pós-Graduação em Cultura e Territorialidades – PPCULT

Universidade Federal Fluminense – UFF

<https://orcid.org/0009-0001-5062-217X>

Resumo: Este ensaio propõe uma inflexão transfeminista para a bioética contemporânea, articulando itinerários terapêuticos e desconstrução da colonialidade como eixos de uma epistemologia insurgente. Argumenta que a bioética hegemônica, ao operar sob regimes cisheteronormativos e coloniais de valoração da vida, produz corpos dissidentes como excesso, contaminação ou descarte. Em diálogo com as perspectivas de Mel Y. Chen, Abigail Campos Leal, Nat Raha, Mijke van der Drift e com a literatura antropológica sobre itinerários terapêuticos, elabora o cuidado como prática situada de composição da vida forjada na precariedade, no imprevisto e em percursos que escapam à lógica biomédica hegemônica. Sustenta que uma bioética transfeminista opera por desconstrução da colonialidade: recusa as categorias centrais do saber moderno para produzir conhecimento desde as fraturas coloniais e desde práticas situadas de sobrevivência. A bioética transfeminista, assim, convoca-nos a repensar a vida, o cuidado e a saúde desde os percursos fragmentários e inventivos que corpos dissidentes constroem para persistir.

Palavras-chave: bioética transfeminista; itinerários terapêuticos; colonialidade; cuidado; ecologia política da saúde.

Abstract: This essay proposes a transfeminist inflection for contemporary bioethics, articulating therapeutic itineraries and deconstruction of coloniality as axes of an insurgent epistemology. He argues that hegemonic bioethics, by operating under cisheteronormative and colonial regimes of valuing life, produces dissident bodies as excess, contamination, or discard. In dialogue with the perspectives of Mel Y. Chen, Abigail Campos Leal, Nat Raha, Mijke van der Drift and with the anthropological literature on therapeutic itineraries, she elaborates care as a situated practice of life composition forged in precariousness, improvisation and in paths that escape the hegemonic biomedical logic. It argues that a transfeminist bioethics operates by deconstructing coloniality: it refuses the central categories of modern knowledge to produce knowledge from colonial fractures and from situated practices of survival. Transfeminist bioethics, therefore, calls us to rethink life, care, and health from the fragmentary and inventive paths that dissident bodies build in order to persist.

Keywords: transfeminist bioethics; therapeutic itineraries; coloniality; care; political ecology of health.

Resumen: Este ensayo propone una inflexión transfeminista para la bioética contemporánea, articulando itinerarios terapéuticos y la deconstrucción de la colonialidad como ejes de una epistemología insurgente. Sostiene que la bioética hegemónica, al operar bajo regímenes cisheteronormativos y coloniales de valoración de la vida, produce cuerpos disidentes como exceso, contaminación o descarte. En diálogo con las perspectivas de Mel Y. Chen, Abigail Campos Leal, Nat Raha, Mijke van der Drift y con la literatura antropológica sobre itinerarios terapéuticos, elabora el cuidado como una práctica situada de la composición vital forjada en la precariedad, la improvisación y en caminos que escapan a la lógica biomédica hegemónica. Sostiene que una bioética transfeminista opera desconstruyendo la colonialidad: rechaza las categorías centrales del conocimiento moderno a producir conocimiento a partir de fracturas coloniales y de prácticas situadas de supervivencia. Por tanto, la bioética transfeminista nos llama a repensar la vida, el cuidado y la salud desde los caminos fragmentarios e inventivos que los cuerpos disidentes construyen para persistir.

Palabras clave: bioética transfeminista; itinerarios terapéuticos; colonialidad; cuidados; ecología política de la salud.

Introdução

"Não vim aqui para cantar a esperança. (...) à revelia do mundo, eu as convoco a viver apesar de tudo. Na radicalidade do impossível. Aqui, onde todas as portas estão fechadas, e por isso mesmo somos levadas a conhecer o mapa das brechas."

Jota Mombaça

Este ensaio propõe uma inflexão transfeminista para o campo da bioética contemporânea. Assim, é entendida não como disciplina normativa voltada à administração técnica de dilemas morais em contextos biomédicos, mas como um território ontopolítico onde se disputam os próprios critérios que definem o que conta como vida, quem merece cuidado, quais corpos podem ser abandonados à morte lenta e quais sofrimentos são reconhecidos como legítimos. Trata-se de deslocar radicalmente os modos dominantes de pensar o corpo, a saúde e o cuidado, para viabilizar práticas situadas de composição da vida desde as fraturas coloniais, as dissidências político-identitárias e as experiências cotidianas da precariedade.

A bioética transfeminista que aqui se esboça emerge como uma epistemologia insurgente, forjada não na aplicação de princípios universais, mas na escuta atenta das experiências encarnadas de corpos que historicamente foram inscritos como excesso, contaminação ou descarte. Nesse sentido, ela se inscreve no interior das disputas que atravessam não apenas o campo biomédico, mas também a própria produção acadêmica de conhecimento, entendida aqui não como espaço neutro de reflexão, mas como território historicamente marcado por colonialidades epistêmicas, normatividades de gênero e regimes seletivos de reconhecimento.

Por que uma bioética transfeminista? Porque o campo bioético hegemônico, mesmo em suas vertentes críticas, preservou com frequência uma imagem implícita de reprodução social normalizada: família nuclear, corpo produtivo, futuro demográfico estável, sujeito universal do conhecimento. Essa gramática reprodutiva sustenta políticas de saúde orientadas à proteção de populações consideradas úteis, resilientes e recuperáveis, enquanto empurra corpos dissidentes — sexuais, raciais, territoriais — para zonas de descarte, abandono ou de uma gestão mínima.

A inflexão transfeminista, ao trazer para o centro da análise as experiências de pessoas trans, travestis e dissidentes sexuais, desestabiliza os pressupostos cisheteronormativos que estruturam, desde a base, os regimes contemporâneos de saúde e doença. Ela evidencia como

os sistemas de saúde, as políticas de cuidado e as gramáticas biomédicas são constituídos por uma lógica que patologiza corpos que escapam à norma, ao mesmo tempo em que naturaliza a precariedade como condição inerente a certas existências. A chamada "transfobia ambiental" que pode ser descrita como a produção sistemática de insegurança alimentar, precariedade sanitária e vulnerabilidade existencial que acomete desproporcionalmente pessoas trans — não é acidente, mas efeito estrutural de um regime de valoração da vida que as torna descartáveis (Barreto da Silva & Oliveira, 2023). Trata-se, como veremos adiante, de um processo que opera em múltiplas escalas: desde a distribuição desigual de recursos materiais até a produção simbólica de corpos como já contaminados, já improdutivos, já excessivos.

A primeira seção deste ensaio desdobra esse horizonte por meio da ecologia política da saúde, evidenciando como as categorias "vida", "natureza" e "saúde" nunca foram neutras, mas efeitos de dispositivos coloniais e cisheteronormativos de ordenamento do mundo. A ecologia política da saúde, ao articular capitalismo, colonialismo, racismo ambiental e formas contemporâneas de governo da vida, oferece um arcabouço crítico para compreender como o adoecimento é produzido por desigualdades estruturais e violência lenta. Nesse enquadramento, a categoria "saúde" emerge menos como direito universal e mais como privilégio distribuído segundo regimes de valor profundamente desiguais, nos quais raça, gênero, classe e territorialidade definem antecipadamente os limites do cuidado.

A segunda seção aprofunda a centralidade dos itinerários terapêuticos como lente analítica para compreender as práticas de cuidado de corpos dissidentes, evidenciando como esses percursos fragmentários e inventivos escapam à lógica biomédica hegemônica. A literatura socioantropológica sobre itinerário terapêutico tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, evidenciando que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde (Alves & Souza, 1999). Uma bioética transfeminista, ao mobilizar essa noção, opera um deslocamento decisivo: em vez de conceber os itinerários como percursos lineares em direção à saúde, ela os compreende como trajetórias fragmentárias, marcadas por interrupções, desvios, improvisos e invenções — trajetórias que, no caso de pessoas trans e travestis, frequentemente não seguem os protocolos biomédicos estabelecidos, mas tecem percursos que articulam redes de apoio mútuo, saberes corporais, práticas espirituais e experimentações que escapam à regulação oficial.

A terceira seção explora as contribuições de Mel Y. Chen para a compreensão dos regimes de contaminação como tecnologias coloniais de diferenciação, e de Nat Raha e Mijke van der Drift para uma ética transfeminista do cuidado. Em *Animacies* (2012) e *Intoxicated* (2023), Chen demonstra como certos corpos são historicamente investidos de menor "animacidade" — passam a ser percebidos como menos vivos, menos sensíveis, menos dignos de cuidado — e como a exposição química opera como tecnologia imperial, transformando populações colonizadas, racializadas e empobrecidas em laboratórios vivos de regimes de contaminação. Já Raha e van der Drift (2024) mostram como as práticas de cuidado transfeministas não são meramente reativas à precariedade, mas produzem ativamente mundos possíveis a partir da dissidência, recusando que as instituições definam o horizonte do possível.

Finalmente, as considerações finais delineiam os contornos de uma bioética transfeminista como prática situada de sobrevivência e reinvenção da vida — uma prática que não busca incluir sujeitos dissidentes em políticas previamente estabelecidas, mas reabrir os próprios fundamentos do que chamamos de vida, saúde, corpo e cuidado. Trata-se de uma aposta em pensar desde as fraturas, desde a dissidência, desde a precariedade, desde vidas em condição contínua de desgaste: um movimento que jamais empobrecerá a bioética, mas desloca seus limites, problematiza suas certezas, desorganiza seus confortos e obriga a escutar aquilo que historicamente as matrizes coloniais silenciaram.

Ecologia Política da Saúde, Colonialidade e o Regime Cisheteronormativo do Cuidado

A bioética, desde suas formulações fundacionais, tem se apresentado como um campo de reflexão sobre os dilemas morais suscitados pelo avanço das ciências biomédicas e biotecnologias. Seus princípios fundamentais autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça são frequentemente invocados como guias universais para a prática clínica e a pesquisa científica. No entanto, uma análise atenta revela que esses princípios, longe de serem neutros, são atravessados por pressupostos cisheteronormativos, raciais e coloniais que definem antecipadamente quais vidas contam como sujeitos morais plenos e quais podem ser relegadas à condição de objetos de intervenção. A universalidade abstrata que sustenta a ética de princípios, ao presumir um sujeito autônomo, racional e desincorporado, opera uma dupla exclusão: invisibiliza as condições materiais e relacionais que tornam possível a autonomia, ao mesmo tempo em que naturaliza como "dados da natureza" aquilo que é, na verdade, efeito de dispositivos biopolíticos e históricos de poder.

A crítica à abstração do sujeito autônomo não é recente. O feminismo, desde a década de 1970, denunciou como a figura do "sujeito universal" dos princípios bioéticos encobre diferenças de gênero, raça e classe que são constitutivas das experiências de saúde e doença. A bioética feminista, ao introduzir a ética do cuidado como contraponto à ética de princípios, deslocou o foco da tomada de decisão individual para as relações de interdependência que sustentam a vida (Gilligan, 1982; Tronto, 1993; Kittay, 1999). Mais recentemente, a perspectiva decolonial da bioética interrogou como os sistemas de saúde e as gramáticas biomédicas foram historicamente constituídos através do colonialismo, produzindo hierarquias de humanidade que persistem nas políticas de saúde contemporâneas (Dussel, 1998; Figueiredo & Grosfoguel, 2007). No entanto, tanto a bioética feminista quanto a bioética decolonial, em suas versões mais estabelecidas, preservaram frequentemente uma imagem implícita de sujeito que permanece ancorada em pressupostos cisheteronormativos. A "mulher" da ética do cuidado é frequentemente uma mulher cisgênera, branca e ocidental; os "corpos racializados" da crítica decolonial são raramente interrogados em sua dimensão sexo-dissidente. É aqui que a inflexão transfeminista se torna decisiva, ao evidenciar que a cisheteronormatividade não é um pressuposto neutro da prática clínica, mas um regime ontológico que estrutura desde a organização dos serviços de saúde até os critérios diagnósticos e a própria definição do que conta como saúde e doença (Pereira, 2023).

É nesse ponto que a ecologia política da saúde se torna uma lente analítica fundamental para compreender como essas exclusões operam em escala estrutural. O campo se consolidou a partir dos anos 1990, no cruzamento entre antropologia médica crítica, geografia da saúde, epidemiologia social e ecologia política, como resposta às limitações da biomedicina e dos modelos clássicos de "determinantes sociais". Em diálogo com autores como Singer (1994; 2009), Krieger (2001; 2011) e Farmer (2004; 2010), passa a compreender o adoecimento como processo histórico situado, produzido por desigualdades estruturais, violência lenta e abandono institucional. As formulações centrais do campo deslocam o olhar da exposição individual ao risco para as arquiteturas políticas que distribuem vulnerabilidades, articulando capitalismo, colonialismo, racismo ambiental e formas contemporâneas de governo da vida.

Entende-se aqui por ecologia política da saúde um campo crítico que interroga os processos de adoecimento e de cuidado não como efeitos naturais, individuais ou meramente biomédicos, mas como produções históricas e materiais de relações de poder que articulam economia, território, ambiente, raça, gênero e formas de governo da vida. O ponto de partida não é apenas a crise ecológica ou sanitária, mas uma crítica às gramáticas que definem o que conta como

vida vivível, saudável ou digna de proteção. Nesse enquadramento, a categoria "saúde" emerge menos como direito universal e mais como privilégio distribuído segundo regimes de valor profundamente desiguais, nos quais raça, gênero, classe e territorialidade definem antecipadamente os limites do cuidado. As chamadas "populações vulneráveis" figuram nos códigos de ética médica como objetos de proteção, mas raramente como sujeitos de conhecimento. O sofrimento de corpos dissidentes é frequentemente traduzido em comportamentos de risco ou déficits culturais, deslocando a responsabilidade das arquiteturas históricas que produzem vulnerabilidades — operação que transforma violência estrutural em escolha individual e constitui um dos mecanismos centrais pelos quais a bioética hegemônica reproduz a colonialidade.

A inflexão transfeminista na ecologia política da saúde torna visíveis as normatividades de gênero, sexualidade e raça que estruturam, desde a base, os regimes contemporâneos de saúde e doença. Ao evidenciar como "natureza", "vida" e "saúde" foram historicamente coproduzidos com valores heterossexuais, brancos e civilizatórios, ela revela que o cuidado é sempre um campo de disputa, nunca um território neutro. A "sustentabilidade" — entendida não como princípio neutro de preservação da vida, mas como construção técnico-política vinculada ao desenvolvimento e à gestão desigual dos territórios — foi reiteradamente edificada sobre a exclusão de sexualidades não normativas e sobre a conversão de espaços coloniais em "zonas de sacrifício", funcionando como uma promessa de continuidade para alguns sustentada pela exaustão lenta de outros. Ao acompanhar genealogicamente a noção de "sustentabilidade", observa-se que ela emerge no pós-Segunda Guerra alinhada ao desenvolvimento internacional, consolidando-se nos anos 1980 com o paradigma do "desenvolvimento sustentável" (ONU, 1987), reconfigurando a crise ecológica como problema técnico-administrativo e deslocando conflitos históricos de terra, raça e trabalho para o campo da governança ambiental.

No Brasil, os chamados "desastres-crime" de Mariana (2015) e Brumadinho (2019) evidenciam como vidas racializadas e ecossistemas inteiros são sacrificados em nome da estabilidade produtiva, enquanto o discurso da sustentabilidade permanece intacto (Porto, 2016). Populações majoritariamente racializadas e territórios periféricos foram expostos à morte imediata e ao adoecimento prolongado, revelando como a "transição sustentável" opera pela produção de "zonas de sacrifício" e pela normalização da "morte lenta" (Berlant, 2011). De modo semelhante, a expansão de monoculturas desloca populações camponesas, envenena corpos com agrotóxicos e redefine a segurança alimentar em termos de exportação, não de cuidado (Carneiro et al., 2015). Esses processos evidenciam que a violência da sustentabilidade

dominante não se limita à degradação ambiental, mas opera como uma biopolítica diferencial que distribui a exposição ao risco e a expectativa de futuro de acordo com linhas raciais, de gênero e de classe.

Essa mesma lógica de valoração diferencial da vida que torna populações racializadas e territórios periféricos sacrificáveis em nome do desenvolvimento opera igualmente — e de maneira interseccional — sobre corpos dissidentes. O regime cisheteronormativo, tal como o capitalismo colonial, produz vidas descartáveis ao inscrever certas existências como excesso desde seu nascimento. Ao deslocar o foco da reprodução para a sobrevivência, da normalidade para a dissidência, procuro mostrar que as categorias "natureza", "vida" e "saúde" nunca foram neutras, mas efeitos de dispositivos coloniais de ordenamento do mundo. Esses regimes privilegiam existências capazes de reproduzir a ordem social vigente e marginalizam aquelas cuja presença não se traduz em futuro demográfico, produtividade econômica ou estabilidade familiar. Isso acontece por meio de dispositivos institucionais, discursivos e materiais que articulam políticas públicas, saberes biomédicos, economias morais da família e métricas de produtividade. A saúde pública participa desse processo ao priorizar modelos preventivos centrados em estilos de vida normativos, ao medicalizar existências dissidentes e ao traduzir desigualdades estruturais em comportamentos individuais de risco. O valor de uma existência é continuamente calculado em termos de capacidade reprodutiva, empregabilidade e aderência à normalidade social — aqueles que não performam esses critérios tornam-se alvo de intervenções punitivas, cuidados mínimos ou invisibilização, produzindo uma morte lenta administrada em nome da ordem social.

Esse regime de valoração diferencial não opera como metáfora, mas como materialidade violenta e sistemática. No Brasil, o país que ocupa o primeiro lugar global em assassinatos de pessoas trans e travestis, os dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) revelam que, entre 2017 e 2025, foram registrados 1.261 assassinatos dessa população, com média anual de 140 casos. Em 2025, foram 80 mortes — uma redução em relação a anos anteriores, mas que a própria associação alerta não indicar melhora, uma vez que as tentativas de homicídio seguem em alta. Esses números, por si só, já evidenciariam uma crise de reconhecimento da vida. Contudo, a violência estrutural vai além dos homicídios explícitos: ela se expressa na expectativa de vida drasticamente reduzida. Enquanto a expectativa de vida da população brasileira cisgênera é de aproximadamente 76 anos, a de uma pessoa trans é de apenas 35 anos. Trata-se de uma diferença que ultrapassa em muito o impacto de qualquer fator de risco individual, apontando para uma arquitetura social e institucional que produz a morte

em escala populacional — a expressão quantitativa da menor "animacidade" atribuída a esses corpos (Chen, 2012). Os dados da ANTRA também evidenciam o perfil racializado dessa violência — 70% das vítimas de assassinatos são pessoas negras —, demonstrando como a colonialidade e a cisheteronormatividade operam como regimes interseccionais de produção de descartabilidade.

A vulnerabilidade programática, por sua vez, é documentada por revisões sistemáticas que identificam múltiplas barreiras estruturais no acesso ao cuidado: discriminação institucional, desrespeito ao uso do nome social, escassez de serviços especializados, desintegração entre a Atenção Primária e os serviços de referência, além de distorções entre o que prevêem as políticas públicas e o que efetivamente ocorre na prática dos serviços. A vida de pessoas trans é continuamente calculada como "excesso" — não apenas pela violência letal, mas pela precarização do trabalho (apenas 25% das pessoas LGBTQIAP+ têm emprego formal no Brasil), pela insegurança alimentar, pela expulsão escolar e pela concentração em ocupações informais e de subsistência. A expectativa de vida de 35 anos não é um dado biomédico isolado, mas a expressão quantitativa da menor animacidade atribuída a esses corpos — a percepção social e institucional de que são menos vivos, menos sensíveis, menos dignos de cuidado (Chen, 2012).

A referência ao "cistema" — jogo político-linguístico que funde "cis" e "sistema" — evidencia o caráter normativo da cisgeneridade enquanto regime de inteligibilidade social, articulando cisnormatividade, heterossexualidade compulsória, colonialidade e racialização como elementos constitutivos das formas hegemônicas de governar corpos, populações e futuros (Vergueiro, 2015). Esses números e processos nomeiam o que o conceito de "cistema" busca capturar: a produção sistemática de precariedade como condição de existência para corpos que desafiam a norma. Longe de ser um fenômeno acidental ou residual, a violência contra pessoas trans no Brasil é um efeito estrutural de um regime de valoração da vida que as torna descartáveis. Nessa chave, a saúde pública, a bioética e as políticas ambientais não se apresentam como meras técnicas neutras, mas como expressões de um cistema que opera a gestão diferencial da vida e da morte. A ecologia política da saúde, em sua inflexão transfeminista, busca justamente desestabilizar esse regime ao escancarar suas operações e afirmar a potência das existências que insistem em persistir para além de seus limites — mesmo quando a própria persistência é um ato de resistência contra a morte anunciada.

Itinerários Terapêuticos: Percursos Fragmentários e Práticas Situadas de Cuidado

A análise dos itinerários terapêuticos, os percursos que indivíduos e grupos constroem para lidar com o adoecimento, articulando diferentes sistemas de cuidado, saberes e práticas — oferece uma lente privilegiada para compreender como corpos dissidentes navegam por sistemas de saúde que frequentemente os excluem, patologizam ou reduzem à condição de objetos de intervenção. A literatura socioantropológica sobre itinerário terapêutico tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, evidenciando que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde (Alves & Souza, 1999). Nesse sentido, o itinerário terapêutico não se limita à circulação entre serviços oficiais de saúde, mas compreende as trajetórias, estratégias e recursos mobilizados em busca de cuidados, sejam eles baseados no modelo biomédico ou nos saberes populares, variando conforme as concepções de saúde e doença de cada sujeito (Cabral et al., 2011).

A despeito de sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso de serviços, os estudos sobre itinerários terapêuticos no Brasil são relativamente recentes e pouco explorados por pesquisadores e gestores (Cabral et al., 2011). Um levantamento da produção científica nacional sobre o tema nos últimos vinte anos localizou apenas onze artigos, com exceção de um trabalho datado de 1993, todos produzidos no período de 2000 a 2008 (Cabral et al., 2011). Este dado evidencia, conforme observado por Conill et al. (2008), que os arranjos estabelecidos por usuários na superação de problemas de acesso e integralidade expressam uma riqueza pouco aproveitada durante a formação de profissionais ou mesmo por pesquisadores e gestores. A escassez de descritores precisos sobre o tema nos bancos de dados pesquisados inexistência de palavras-chave com vinculação direta a esta temática pode ter provocado a exclusão de artigos não detectados, mas ainda assim os trabalhos localizados demonstram a pertinência dos estudos sobre itinerários tanto para a reflexão sobre as relações entre profissional e paciente quanto para as atividades de planejamento e gestão.

A literatura brasileira sobre itinerários terapêuticos, embora incipiente, já revela uma diversidade de abordagens e núcleos de interesse. Uma primeira linha de estudos concentra-se nas percepções do paciente sobre a doença e a influência destas sobre seu comportamento em relação à procura de atenção e ao tratamento propriamente dito (Cabral et al., 2011). Estão incluídos aqui os estudos que utilizam a concepção de Sistema de Atenção à Saúde e o conceito de Modelos Explicativos desenvolvidos por Kleinman (1980) sob influência da antropologia interpretativa de Geertz (1978). Em geral, esses estudos apresentam um enfoque microsociológico, comunitário ou de grupo, sem aprofundar questões sobre contextos

socioeconômicos ou organização de serviços de saúde. A população de interesse destes estudos é composta, principalmente, por portadores de doenças crônicas como diabetes mellitus, doença renal crônica e problemas psiquiátricos que, invariavelmente, necessitam de acompanhamento contínuo (Oliveira et al., 2003; Mattosinho & Silva, 2007; Silva et al., 2004; Merino & Marcon, 2007; Silva et al., 2006; Rabelo, 1993). Têm como importantes objetivos, entre outros, conhecer os dispositivos de cuidados acionados pelo paciente e pela família no enfrentamento da doença e sugerir o olhar ampliado por parte dos profissionais de saúde sobre o universo cultural dos usuários, de forma a adequar práticas e a atingir resultados terapêuticos mais efetivos.

Uma segunda linha de estudos utiliza o conhecimento sobre itinerários como suporte para a avaliação da efetividade das redes de serviços na garantia do acesso e para a detecção de necessidades a serem consideradas no desenvolvimento de programas educativos em saúde, capacitação de profissionais e adequação de fluxos. Aqui, a trajetória e o comportamento do paciente são observados a partir do ponto de vista do sistema de serviços de saúde e das práticas biomédicas desenvolvidas por estes. O foco destes trabalhos são os atendimentos de urgência em unidades de pronto socorro. São estudos que associam recursos metodológicos quantitativos e qualitativos buscando identificar hiatos nos fluxos formais de atendimento com a intenção de corrigi-los e de garantir, através de práticas informativas, um melhor direcionamento dos pacientes por entre estes fluxos (Mussi et al., 2007; Kovacs et al., 2005). Têm objetivos pragmáticos de imprimir agilidade na identificação e na solução de problemas.

Uma terceira abordagem, mais abrangente, incorpora as duas perspectivas anteriores quando, além do reconhecimento dos diferentes sistemas de atenção à saúde, consideram na leitura dos itinerários que os processos saúde/doença/cuidado estão inseridos em um macro-contexto determinado por fatores econômicos e sociais, os quais envolvem também uma dimensão subjetiva e cultural que vai interferir na forma como as pessoas utilizam os serviços formais de saúde. Expressam a preocupação em conhecer as iniciativas dos pacientes dentro de um campo de possibilidades, geradas por situações concretas de dificuldade ou por facilidade de acesso ou incapacidade do serviço em atender determinadas demandas (Cabral et al., 2011). Conill et al. (2008), em estudo multicêntrico sobre beneficiários do sistema suplementar de saúde, reconstituíram itinerários a partir de quatro situações marcadoras (parto, alcoolismo, infarto agudo do miocárdio e câncer de mama), levantando informações sobre as experiências vividas pelos usuários nos serviços e quais arranjos estabelecidos por eles para cada uma destas situações, incluindo, além do serviço suplementar, o público e outros sistemas de atenção. Scholze e Silva (2005), também nesta direção, investigaram riscos potenciais à saúde em

itinerários de cura e cuidado através das narrativas de Agentes Comunitários de Saúde, problematizando o autocuidado e o cuidado familiar enquanto estratégias de enfrentamento dos problemas colocados pela falta de acesso ao serviço de saúde. Gerhardt (2006), em estudo desenvolvido em Paranaguá-PR, único do gênero, investiga a relação entre itinerários terapêuticos e pobreza, deslocando o foco de interesse da percepção individual ou de grupo sobre a doença para o campo da desigualdade social e diversidade cultural que se reflete na busca do cuidado. Trabalhando com referenciais ampliados e contextualizados, a autora inscreve sua análise no campo da antropologia social, agregando à leitura sobre a busca de atenção outros fatores além dos elementos da cultura.

É inegável a contribuição da abordagem socioantropológica, em seus diferentes matizes conceituais, naqueles estudos onde os itinerários são tratados a partir de uma perspectiva ampliada que associa a percepção do paciente à análise do contexto real onde se inscrevem as suas práticas de cuidado (Cabral et al., 2011). Tais estudos mostram ainda que itinerários terapêuticos não são exclusivamente determinados por contingências relacionadas a facilidades ou dificuldades no acesso, em uma relação de consumo com os serviços de saúde.

Uma bioética transfeminista, ao mobilizar a noção de itinerários terapêuticos, opera um deslocamento decisivo. Em vez de conceber os itinerários como percursos lineares em direção à saúde — uma suposição que pressupõe sujeitos autônomos escolhendo racionalmente entre opções igualmente acessíveis —, ela os compreende como trajetórias fragmentárias, marcadas por interrupções, desvios, improvisos e invenções. Esse deslocamento encontra respaldo na crítica de Alves (1993) e Alves & Souza (1999) à excessiva ênfase atribuída pelos estudos tradicionais à racionalidade do modelo biomédico, com o qual se contrastavam os processos lógicos do conhecimento leigo. A perspectiva transfeminista radicaliza essa crítica ao evidenciar que a própria noção de "escolha racional" pressupõe um sujeito que não corresponde à experiência de corpos dissidentes, cujo acesso aos sistemas de cuidado é marcado por barreiras estruturais, violência institucional e negação sistemática de reconhecimento.

Os itinerários terapêuticos de pessoas trans, travestis e dissidentes sexuais frequentemente não seguem os protocolos biomédicos estabelecidos, mas tecem percursos que articulam redes de apoio mútuo, saberes corporais, práticas espirituais e experimentações que escapam à regulação oficial. A construção desses itinerários é permeada por marcadores sociais — gênero, sexualidade, raça, classe, território — que tornam os pontos da rede de saúde mais acessíveis ou inacessíveis, como observa Barata (2009), para quem os graus de injustiça associados às

características sociais colocam alguns grupos em desvantagem em relação a outros no acesso à saúde.

A fragmentação desses itinerários não é um defeito a ser corrigido, mas uma característica estrutural de percursos forçados em contextos de exclusão sistemática, onde a criatividade e a improvisação se tornam condições de possibilidade para a sobrevivência. Os itinerários mencionados não apresentam vínculos formais entre os serviços, nem garantia de acesso e continuidade do cuidado. Diante da escassez de serviços especializados e da discriminação institucional, pessoas trans e travestis desenvolvem estratégias criativas de acesso ao cuidado — desde a busca por informações em redes sociais e grupos de apoio até a automedicação e o uso de próteses — que escapam à lógica biomédica hegemônica. Trata-se de um conhecimento que nasce da exposição contínua ao risco e da necessidade de responder a ele sem garantias, operando menos por planejamento do que por sensibilidade ao ambiente, aos corpos e às forças em jogo.

Esses itinerários não são meramente alternativos ou complementares aos sistemas oficiais; eles são, em muitos casos, as únicas vias possíveis diante da exclusão sistemática dos serviços de saúde. A negação de acesso a tratamentos hormonais, a patologização psiquiátrica, a violência institucional nos serviços de saúde, a falta de capacitação dos profissionais — tudo isso produz itinerários terapêuticos forçados a operar nas margens, tecendo redes de cuidado que a bioética hegemônica não reconhece como legítimas. Como mostram as pesquisas sobre itinerários terapêuticos de pessoas trans e travestis, esses percursos são marcados por persistentes barreiras de acesso à saúde: escassez de serviços especializados, exigência de laudos patologizantes, discriminação, desintegração entre a Atenção Primária e os serviços de referência, e distorções entre o que prevêem as políticas públicas e o que efetivamente ocorre na prática dos serviços.

Além disso, a entrada de pessoas trans no processo transexualizador de modificação corporal ainda se dá por intermédio da necessidade de uma categorização psiquiátrica, que viabiliza ou restringe a realização dos procedimentos. O estigma opera através de discursos que regulam o acesso a determinados procedimentos, condicionados a laudos muitas vezes pautados sob o crivo de um especialista, que autoriza ou não o uso desses instrumentos, após uma longa espera. Essa dinâmica está associada à biopolítica foucaultiana de "fazer viver ou deixar morrer", revelando em que medidas investe-se ou, por outro lado, deixa-se de investir em

determinados sujeitos e grupos sociais. A espera, nesse contexto, não é um dado neutro, mas uma tecnologia de gestão da vida que produz corpos em permanente suspensão.

Ao descentrar o olhar da figura do sujeito autônomo que escolhe racionalmente entre opções de tratamento, a análise dos itinerários terapêuticos permite vislumbrar como o cuidado é tecido em redes de interdependência, afetos, territórios e espiritualidades — redes que frequentemente escapam à captura pelos dispositivos biomédicos e bioéticos hegemônicos. Essas redes informais de produção de saúde vão para além dos serviços oficiais e incluem experiências cotidianas, práticas religiosas e saberes populares que produzem saúde. Nesse sentido, a noção de itinerários terapêuticos se aproxima do que proponho como práticas situadas de composição da vida: gestos cotidianos de criação de persistência em contextos de abandono institucional, que não são heroicos, mas persistentes; não são espetaculares, mas ordinários. E é exatamente essa ordinariade que lhes confere potência — a potência de recusar a lógica do cuidado como mercadoria ou direito abstrato e afirmá-lo como prática relacional, improvisada e encarnada.

Uma bioética transfeminista que toma os itinerários terapêuticos como lente analítica não busca apenas descrever esses percursos, mas aprender com eles: reconhecer que o cuidado não é algo que se aplica a corpos passivos, mas algo que se tece com eles, a partir deles, em resposta às suas necessidades e invenções. Trata-se de uma epistemologia que recusa a separação entre saber e experiência, entre teoria e prática, entre quem cuida e quem é cuidado — e que, ao fazê-lo, desestabiliza os próprios fundamentos da bioética hegemônica. Como argumentam Cabral et al. (2011), a análise de itinerários terapêuticos pode ser uma estratégia complementar aos estudos quantitativos desenvolvidos com a finalidade de descrever o perfil do usuário ou padrões de utilização de serviços de saúde. Mais do que saber se a busca por cuidado acontece ou não, é importante conhecer como e em que momento se dá e quais os significados atribuídos pelo usuário. Nesse sentido, a abordagem dos itinerários terapêuticos a partir de uma perspectiva transfeminista não apenas descreve percursos, mas interroga as próprias condições de possibilidade do cuidado em um regime que produz corpos descartáveis — e, ao fazê-lo, aponta para a necessidade de uma profunda reconfiguração dos sistemas de saúde, das práticas clínicas e dos referenciais éticos que os sustentam.

Regimes de Contaminação, Corporalidades Dissidentes e uma Ética Transfeminista do Cuidado

A crítica à bioética hegemônica a partir de uma inflexão transfeminista exige a compreensão dos mecanismos pelos quais certos corpos são produzidos como já contaminados, já improdutivos, já excessivos — sempre sob a lógica de um saldo negativo colonial. Nesse ponto, os trabalhos de Mel Y. Chen oferecem contribuições fundamentais para analisar como "toxicidade", "contaminação" e "vulnerabilidade" são categorias biopolíticas distribuídas diferencialmente através de raça, gênero, deficiência e classe.

Em *Animacies: Biopolitics, Racial Mattering, and Queer Affect* (2012), Chen demonstra como certos corpos são historicamente investidos de menor "animacidade" — passam a ser percebidos como menos vivos, menos sensíveis, menos dignos de cuidado — um processo profundamente racializado e sexualizado que atravessa humanos, animais, objetos e substâncias. A animacidade não é uma propriedade inerente aos seres, mas um efeito de regimes de valoração que distribuem diferencialmente a capacidade de afetar e ser afetado. Corpos racializados, dissidentes sexuais e pessoas com deficiência são frequentemente posicionados em uma zona de indistinção entre o humano e o não-humano, o vivo e o inerte, o que os torna mais suscetíveis à violência, ao abandono e à exploração.

Em *Intoxicated: Race, Disability, and Chemical Intimacies of Empire* (2023), Chen radicaliza essa análise ao evidenciar como a exposição química opera como tecnologia imperial. O livro explora a relação imperial entre raça, sexualidade e deficiência, focando-se em arquivos biopolíticos do século XIX na Inglaterra e Austrália para mostrar como os entrelaçamentos entre raça e deficiência se constituem através da toxicidade. Chen examina como o cientista inglês John Langdon Down caracterizou a deficiência intelectual branca como "interioridade asiática" e como a legislação australiana racializou e alvejou populações aborígenes através de sua suposta preocupação com o ópio negro, explorando como a administração colonial da raça e da deficiência produz sujeitos "intoxicados", frequentemente marcados pela lentidão. Embora sujeitos intoxicados possam ser afetados por poluição contínua ou desacreditados como agentes de fracasso, Chen identifica afirmativamente formas *queer/crip* de desaprendizagem e construção de mundo sob o imperialismo.

A contribuição de Chen, contudo, consiste em deslocar a análise para além da dimensão estritamente ambiental da contaminação. A intoxicação não aparece apenas como resultado da exposição química, mas como um dispositivo biopolítico que atua sobre corpos previamente marcados por regimes de racialização, sexualização, deficiência e precarização. Chen propõe um "método intoxicado" — um modo de desengajamento e desaprendizagem que desvende os

véus espetaculares do capitalismo racial que tornam as colonialidades contemporâneas "proibidas" de serem sentidas ou afirmadas . Este método é "redistributivo": busca tornar o presente mais habitável, operando por aproximação, não por julgamento, e concebendo a toxicidade não como realidade empírica mensurável, mas como metáfora e metonímia do império .

A toxicidade, nessa chave, não está no ópio em si, mas é também um método de pensar que "reorganiza a matéria", criando configurações epistêmicas mais entrelaçadas de raça, deficiência e sexualidade . Em vez de uma leitura diagnóstica da toxicidade, Chen segue "uma abordagem afetiva para cenas selecionadas de quimicalidade", registrando formas de ler e escrever que geram "proximidades ativas e alinhamentos ressonantes", em vez de continuidades históricas e analogias . O livro é projetado com "indeterminação" em vez de "linearidade": um conjunto de notas de laboratório não ordenadas, onde se pode "ler o que se gosta" e "absorver as proximidades que se busca" . Não há definições — ferramentas que "territorializam" e traçam fronteiras semióticas — mas apenas "noções", que têm uma "existência menor" como pensamentos incompletos, como nuvens nocivas que vêm e vão, borbulhando pelo texto antes de colidir, combinar e deflagrar em partículas de intimidades intoxicantes .

É nesse sentido que a "intoxicação" deve ser entendida como uma relação entre colonialidade, capital e corporeidade. Os "regimes de contaminação" não apenas distribuem substâncias nocivas; eles distribuem diferencialmente reconhecimento, proteção e valor. Corpos negros, indígenas, periféricos, dissidentes sexo-gênero e trabalhadores das "economias do descarte" tornam-se superfícies privilegiadas de absorção dos custos ambientais da acumulação. A "contaminação" e a "toxicidade" deixam, assim, de aparecer como acidente ou externalidade para revelar-se como componente estrutural das formas contemporâneas de governo da vida, especialmente nas margens produzidas pelo capitalismo racial, colonial e heterocisnormativo. Para uma bioética transfeminista, essa análise tem implicações profundas: a contaminação não começa no contato com o chumbo, o mercúrio ou os agrotóxicos, mas na inscrição simbólica e institucional desses sujeitos como "vidas de baixo valor". A química apenas materializa uma violência anterior: aquela que define quem pode adoecer sem escândalo, quem pode morrer lentamente sem comoção pública, quem pode ser convertido em dado epidemiológico ou em estatística ambiental.

Nesse cenário, as proposições de Nat Raha e Mijke van der Drift em *Trans Femme Futures: Abolitionist Ethics for Transfeminist Worlds* (2024) oferecem um horizonte ético-político para

a bioética transfeminista . As autoras demonstram como as práticas de cuidado transfeministas não são meramente reativas à precariedade, mas produzem ativamente mundos possíveis a partir da dissidência, recusando que as instituições definam o horizonte do possível . A obra parte da dor de não poder florescer, mas procede a partir de uma resistência fundamental às compreensões dominantes da subjetividade trans como ontologicamente sofredora ou em perpétuo processo de morrer. Em uma recusa maravilhosa das formas dominantes de reduzir a possibilidade trans, Raha e van der Drift partem da ideia de "luxuosidade, opulência, abundância" para construir compreensões de pertencimento comunitário que recusam a rejeição e valorizam a codependência como central para esses futuros .

As autoras propõem uma ética que abraça a "cumplicidade" como central para a capacidade de conexão, tanto no presente quanto no futuro . Em vez de buscar uma política de neutralidade ou inocência — marcas do patriarcado — elas oferecem o abraço da cumplicidade como conceito que estrutura uma ética prática, centrada no abolicionismo e na não-descartabilidade . A cumplicidade é formulada como um modo de autocompreensão que orienta a ação, evitando as hierarquias sociais exigidas por uma reivindicação de inocência e desenraizando atitudes neoliberais que buscam evitar o atrito através da punição e exclusão . Esta proposta é seguida por uma proposta de solidariedade baseada na abertura: em vez de estar "certo" ou "resolver problemas", um recurso ao sensorial proporciona uma forma de construção de mundo que pode conter a diferença sem reduzir a vida às formas organizacionais singulares características do liberalismo .

O cuidado, em Raha e van der Drift, é enquadrado como apoio à sobrevivência mútua, em direção ao florescimento . Trata-se de um cuidado sem conformidade com os sistemas generificados de trabalho e representação que uma filosofia transfeminista recusa — porque não pode fazê-lo, sob pena de convidar a morte de volta. As práticas de cuidado e solidariedade permitem emaranhar-se com diferentes formas de vida. Em vez de reformar as estruturas de opressão, as práticas *femme* encorajam o desaprendizado e o desenraizamento de formas institucionais que reproduzem opressões sociais e materiais, e a tomada de agência na (re)construção e nutrição de seus próprios mundos . A vida *femme*, para as autoras, não é apenas sobre transformação material em grande escala, mas também sobre aprofundar os afetos e a estética da feminilidade e do gênero, entendendo a interação/influência das condições materiais sobre eles .

A agência *femme* emerge tanto no nível do corpo individual quanto em um contexto comunitário/coletivo, mas esses estão interligados — o indivíduo é inextricável do coletivo. As autoras descrevem como, juntas, pessoas *femme* moldam espaço e relações para alegria, diversão, desejo, sexualidade; trabalham emoções difíceis em torno do senso de si, dos corpos, dos gêneros, dos desejos; e aprendem a navegar pelas caixas nas quais são relegadas. *Femme* implica o desenraizamento de estruturas que denigrem a feminilidade e rompe com as demandas problemáticas da feminilidade normativa, incluindo demandas de certas formas de serviço, sexualização, objetificação e consumo. Em sua recusa de servidão, o trabalho de cuidado é transformado de trabalho não reconhecido em uma forma de cuidado que apoia outras pessoas despossuídas, pessoas queer e trans, outras pessoas marginalizadas — aquelas com quem se constroem amizade e vida fora da norma.

A ética transfeminista do cuidado, assim, não é uma técnica de gestão da precariedade, mas uma prática de composição de mundos que recusa a lógica da inclusão regulada. Ao centralizar as experiências de pessoas trans femmes e sua relação com os sistemas de saúde, Raha e van der Drift mostram como a precariedade não é apenas um dado a ser administrado, mas um motor de invenção política e ética. A obra enfatiza a necessidade de coletivos em vez de instituições, a importância do cuidado mútuo e do transfeminismo como abolição, mostrando como a mudança social pode ser alcançada através de práticas transformadoras que permitem que a vida queer prospere em um tempo de crises climáticas, de saúde, políticas e econômicas.

Uma bioética transfeminista que se nutre dessas contribuições não busca incluir sujeitos dissidentes em políticas previamente estabelecidas, mas reabrir os próprios fundamentos do que chamamos de vida, saúde, corpo e cuidado. Ao articular a crítica dos regimes de contaminação de Chen com a ética transfeminista do cuidado de Raha e van der Drift, podemos vislumbrar um horizonte no qual o cuidado não é mais administração da vida, mas prática de composição — uma prática que reconhece que a sobrevivência é sempre relacional, sempre improvisada, sempre tecida nas margens onde o mundo falha, mas também onde ele é incessantemente recomposto.

Considerações finais: implicações para a Saúde Pública

A bioética transfeminista delineada ao longo deste ensaio não se encerra como um exercício teórico confinado aos domínios da filosofia ou da ética aplicada. Ela convoca, antes, uma profunda reconfiguração das práticas de saúde pública, sobretudo naquilo que toca o cuidado de populações historicamente marginalizadas. As implicações desse gesto teórico-

epistemológico para a gestão, organização e prestação de serviços de saúde são múltiplas e urgentes.

Em primeiro lugar, a centralidade dos itinerários terapêuticos como lente analítica exige que a saúde pública abandone a ficção de um sujeito universal e abstrato que acessa os serviços de forma linear e previsível. Os itinerários de pessoas trans e travestis — marcados por interrupções, desvios, improvisos e invenções — não são desvios a serem corrigidos, mas expressões de uma racionalidade prática forjada em contextos de exclusão estrutural. Como evidenciam as pesquisas sobre itinerários de homens trans, esses percursos articulam redes informais de apoio, saberes corporais, experimentações com hormônios e próteses, e buscas por informações em redes sociais que escapam à regulação oficial dos serviços de saúde. Para a saúde pública, isso significa reconhecer que o cuidado não se reduz à oferta de serviços, mas se tece em redes de interdependência, afetos e saberes situados que frequentemente operam à margem do sistema formal.

Em segundo lugar, a análise dos itinerários terapêuticos revela barreiras estruturais que transcendem a dimensão individual ou comportamental. A discriminação institucional, o desrespeito ao nome social, a escassez de serviços especializados, a desintegração entre a Atenção Primária e os serviços de referência, e a exigência de laudos patologizantes — todas essas barreiras produzem o que a literatura denomina de "violência institucional". Essa violência não é um acidente ou uma falha pontual, mas um efeito estrutural de um regime de valoração da vida que opera segundo uma lógica cisheteronormativa. A saúde pública, ao ignorar essa dimensão estrutural, corre o risco de reproduzir as exclusões que deveria combater, transformando o direito universal à saúde em privilégio distribuído de forma desigual.

A insistência na patologização psiquiátrica como condição de acesso a tratamentos de afirmação de gênero é um exemplo paradigmático dessa lógica. A entrada de pessoas trans no Processo Transexualizador do SUS ainda se dá por intermédio de uma categorização psiquiátrica que viabiliza ou restringe procedimentos, atualizando a biopolítica foucaultiana de "fazer viver ou deixar morrer". Essa dinâmica revela em que medida se investe ou se deixa de investir em determinados sujeitos e grupos sociais, produzindo corpos em permanente suspensão e submetidos à espera como tecnologia de gestão da vida. A recente Resolução CFM nº 2.457/2025, que restringe o acesso de crianças e adolescentes trans a tratamentos, e a tentativa do Conselho Federal de Medicina de utilizar o Supremo Tribunal Federal para impedir decisões judiciais que garantem atendimento individualizado, exemplificam como o poder

médico continua operando como *gatekeeper* do cuidado . A saúde pública, ao se alinhar acriticamente a esses dispositivos de controle, torna-se cúmplice de um regime que produz descartabilidade.

Em terceiro lugar, a ecologia política da saúde — ao evidenciar como as categorias "natureza", "vida" e "saúde" foram historicamente coproduzidas com valores heterossexuais, brancos e civilizatórios — convoca a saúde pública a assumir sua implicação colonial. A "transfobia ambiental", a produção sistemática de insegurança alimentar, precariedade sanitária e vulnerabilidade existencial que acomete desproporcionalmente pessoas trans , não é um efeito colateral do desenvolvimento, mas sua condição de possibilidade. A expectativa de vida de 35 anos da população trans brasileira, em contraste com os 76 anos da população cisgênera , não é um dado biomédico isolado, mas a expressão quantitativa de uma política diferencial da vida que distribui a exposição ao risco, o acesso ao cuidado e a expectativa de futuro de acordo com linhas raciais, de gênero e de classe. A saúde pública, ao tratar essa disparidade como um problema de "populações vulneráveis" a serem incluídas em políticas previamente estabelecidas, deixa de interrogar os próprios fundamentos que produzem a vulnerabilidade.

Em quarto lugar, as contribuições de Nat Raha e Mijke van der Drift para uma ética transfeminista do cuidado apontam para um horizonte no qual o cuidado não é mais administração da precariedade, mas prática de composição de mundos. As práticas de cuidado transfeministas — enraizadas em redes de apoio mútuo, solidariedade e cumplicidade — recusam a lógica da inclusão regulada e afirmam a potência das existências que insistem em persistir para além dos limites do sistema. Para a saúde pública, isso significa que as políticas de saúde não podem se limitar a "incluir" sujeitos dissidentes em fluxos e protocolos previamente estabelecidos. É necessário, antes, reabrir os próprios fundamentos do que chamamos de saúde, corpo e cuidado — um movimento que exige escuta ativa, participação social substantiva e abertura à crítica e à contestação por parte daqueles que as políticas visam servir.

Por fim, a aposta na desconstrução da colonialidade como operação epistemológica fundamental para a bioética transfeminista implica reconhecer que os saberes situados — aqueles forjados na precariedade, nas dissidências político-identitárias e nas experiências encarnadas de abandono — não são meros objetos de análise, mas fontes legítimas de produção de conhecimento. Como demonstram os estudos sobre itinerários terapêuticos, as práticas de cuidado de pessoas trans não são respostas emergenciais à escassez de serviços, mas

competências ancestrais de corpos que aprenderam a viver sob ameaça permanente — uma pedagogia da persistência forjada na exposição prolongada à violência . A saúde pública, ao ignorar esses saberes, não apenas empobrece seu repertório de intervenção, mas reforça a hierarquia colonial que separa quem sabe e quem é sabido, quem cuida e quem é cuidado. Assim, espera-se que a saúde pública, ao aprender com os itinerários fragmentários de corpos dissidentes, possa se tornar espaço de acolhimento e reinvenção do possível e não apenas gestão da exaustão e da morte lenta. Pois é onde a política toca a pele e se deixa tocar por ela, que ela se torna outra, mais próxima da vida que insiste.

Referências

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (ANTRA). **Dossiê ANTRA: assassinatos de pessoas trans e travestis no Brasil em 2025**. Brasília: ANTRA, 2025.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 8. ed. Nova York: Oxford University Press, 2019.

BERLANT, L. **Cruel Optimism**. Durham: Duke University Press, 2011.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTÍNEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CARNEIRO, F. F.; AUGUSTO, L. G. S.; RIGOTTO, R. M.; FRIEDRICH, K.; BÚRIGO, A. C. (Orgs.). **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CHEN, M. Y. **Animacies: biopolitics, racial mattering, and queer affect**. Durham: Duke University Press, 2012.

CHEN, M. Y. **Intoxicated: race, disability, and chemical intimacies of empire**. Durham: Duke University Press, 2023.

CONILL, E. M.; PIRES, D.; SISSON, M. C.; OLIVEIRA, M. C.; BOING, A. F.; FERTONANI, H. P. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, 2008.

FIGUEIREDO, A.; GROSGOUEL, R. Por que não Guerreiro Ramos? Novos desafios a serem enfrentados pelas universidades públicas brasileiras. **Ciência e Cultura**, v. 59, n. 2, p. 36-41, 2007.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situação de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

JANZEN, J. **The quest for therapy in lower Zaire**. Berkeley: University of California Press, 1978.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KRIEGER, N. **Epidemiology and the people's health: theory and context**. Oxford: Oxford University Press, 2011.

MOMBAÇA, J. **Não vão nos matar agora**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2021.

PEREIRA, P. P. G. Onde a política toca a pele: participação social, itinerários terapêuticos e política de saúde trans. **Interface**, 2025. No prelo.

PORTO, M. F. S. A tragédia da mineração e do desenvolvimento no Brasil: desafios para a saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, e00211015, 2016.

PORTO, M. F. S.; MILANEZ, B. Desastres-crime e a produção de zonas de sacrifício: o caso de Mariana e Brumadinho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4241-4250, 2020.

RAHA, N.; VAN DER DRIFT, M. **Trans Femme Futures: abolitionist ethics for transfeminist worlds**. Londres: Pluto Press, 2024.

SILVA, R. R. da. **Bioética da animalidade: uma proposta de desconstrução da colonialidade para a Saúde Pública**. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2026. No prelo. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/bioetica-da-animalidade-uma-proposta-de-desconstrucao-da-colonialidade-para-a-saude-publica/20072?id=20072>.

SINGER, M. **Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health**. São Francisco: Jossey-Bass, 2009.

TRONTO, J. C. **Moral boundaries: a political argument for an ethic of care**. Nova York: Routledge, 1993.

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

Conflito de interesses

O autor declara que não há conflito de interesses de natureza financeira, comercial, política, acadêmica ou pessoal que possa ter influenciado a elaboração deste manuscrito.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Este estudo não gerou nem analisou conjuntos de dados primários. Todos os materiais que fundamentam os argumentos e conclusões do artigo encontram-se disponíveis na literatura citada e devidamente referenciados no manuscrito. Não foram produzidos ou depositados conjuntos de dados adicionais para esta pesquisa.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.