


Fatores de estresse e resiliência no acesso e utilização de serviços de saúde por travestis e mulheres transexuais no nordeste brasileiro


Stress and resilience factors in the access and utilization of health services by travestis and transgender women in northeast Brazil

Matheus Alves Medeiros^a

 <https://orcid.org/0000-0002-4107-1468>


E-mail: matheusmedeiros@med.fjponline.edu.br

Sávio Marcelino Gomes^b

 <https://orcid.org/0000-0002-6320-2502>

E-mail: savio.gomes@academico.ufpb.br

Vamberto Fernandes Spinelli Junior^c

 <https://orcid.org/0000-0002-7248-0993>

E-mail: vambertojunior@ifsul.edu.br

^aCentro Universitário de Patos. Patos, PB, Brasil.

^bUniversidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Nutrição. João Pessoa, PB, Brasil.

^cInstituto Federal Sul-rio-grandense (IFSUL), Santana do Livramento, RS, Brasil.

Resumo

O gênero é uma categoria social diretamente ligada à determinação da saúde, mas tem sido frequentemente limitado às categorias de masculino e feminino, invisibilizando demandas importantes de identidades que fogem ao binarismo, como no caso de identidade transgênero (travestis e transexuais). A teoria do estresse de minorias de gênero categoriza fatores de estresse e resiliência relevantes para explicar como as vivências ligadas ao gênero impactam de maneira desproporcional pessoas transgênero, especialmente em desfechos de saúde mental. Nesse contexto, este estudo analisa a relação entre acesso e uso de serviços de saúde e os fatores de estresse e resiliência de travestis e mulheres transexuais no interior do nordeste brasileiro. Foi conduzida uma pesquisa qualitativa em saúde: dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco mulheres trans adultas, residentes da região do Cariri, Ceará. Observou-se homogeneidade no acesso à saúde, mas todas as entrevistadas enfrentaram situações de estresse durante a utilização. Identificaram-se fatores de resiliência que levam essa população a buscar cuidados de saúde fora do sistema de saúde, devido a suas dificuldades de uso. Portanto, evidencia-se a necessidade de discutir a amplitude e o progresso do processo transexualizador e a capacidade de aplicação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros no âmbito do Sistema Único de Saúde no interior do nordeste brasileiro.

Palavras-chave: Pessoas Transgênero; Acesso aos Serviços de Saúde; Estudos de Gênero.

Correspondência

Matheus Alves Medeiros

Rua João Zacarias Amorim, 212, Limoeiro, Juazeiro do Norte, CE, Brasil. CEP 63030-085.

Abstract

Gender is a social category directly linked to health determination, but it has often been constrained to the categories of male and female, obscuring significant demands from identities that go beyond this binary framework, such as transgender identities (travestis and transsexuals). Gender minority stress is a theory that categorizes stress and resilience factors relevant to explaining how gender experiences disproportionately impact transgender individuals, particularly in mental health outcomes. Given this context, this study examines the relations between user access and use of health services and the stress and resilience factors of travestis and transgender women in northeastern Brazil. A qualitative health research was conducted with data collected by means of semi-structured interviews with five adult trans women residing in the Cariri region, Ceará state. Health access was homogeneous, yet all interviewees faced stress-inducing situations during service use. Resilience factors were identified, leading this population to seek healthcare outside the state system due to use challenges. These findings highlight the need to discuss the breadth and progress of gender affirming care and the applicability of the National Policy of Comprehensive Healthcare for LGBT individuals within the Brazilian National Health System in northeastern Brazil.

Keywords: Transgender Individuals; Access to Healthcare Services; Gender Studies.

Introdução

A discussão sobre gênero vem sendo fomentada dentro do campo da saúde há décadas, abrangendo desde saúde reprodutiva até, mais recentemente, questões sobre diversidade de gênero. Inquéritos nacionais de saúde, no entanto, apenas captam diferenças entre homens e mulheres, sem preocupar-se com as diferenças entre pessoas transgênero e cisgênero. Ainda, quando se fala de transgeneridade no campo da saúde, percebe-se que a sua compreensão se limita a um diagnóstico e não a um processo social que depende de variáveis culturais, históricas, sociais e econômicas. Por vezes, a patologização das identidades transgênero reforça o estigma vivenciado por essa população (Bento; Pelúcio, 2012; Stryker, 2017).

Pessoas transgênero são desproporcionalmente afetadas por desfechos de saúde, a exemplo da saúde mental. Meyer (2003) descreveu o estresse minoritário como importante fator para o adoecimento mental de pessoas lésbicas, gays e bissexuais (LGB). Posteriormente, Testa e colaboradores (2015) avançaram nos estudos sobre o tema, dessa vez associando a pessoas trans e de gênero diverso (TGD), categorizando, assim, os principais fatores de estresse na vida dessa população. Além disso, ainda mapearam os fatores de resiliência na vida de TGD. Os estressores podem ser distais, que representam eventos de discriminação e microagressões, ou proximais, relacionados ao medo de pessoas TGD de eventos futuros de discriminação e preconceito. Ambos são resultados de convivência social e podem, inclusive, acontecer nos sistemas de saúde (Tan et al., 2019).

O Brasil é um país dotado de Sistema Único de Saúde (SUS), denominado como integral e universal, tendo sua estrutura organizada em Redes de Atenção à Saúde (RAS). O nível primário, também chamado de básico, é composto pela Atenção Primária à Saúde, que deve ser a porta de entrada para os serviços de saúde pública, visto que ela tem acessibilidade geográfica por sua distribuição. Já os níveis secundários e terciários são compostos por serviços de atenção especializada, caracterizados por serem menos distribuídos espacialmente, compostos por unidades hospitalares e ambulatoriais (Mendes, 2011).

O Brasil também conta com uma importante iniciativa do SUS que visa diminuir os impactos

causados pela dificuldade de prestação de serviços públicos à população trans: a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) (Brasil, 2012). Esse documento descreve, de forma sucinta, as delimitações sociais que se referem à identidade de gênero da população trans, propondo uma nova ótica aos serviços de saúde quanto ao atendimento desse público. Além disso, desde 2008, o Brasil também conta com uma portaria que normatiza e possibilita o processo transexualizador por meio de serviços de saúde pública. Ela prevê financiamento para os procedimentos médico-cirúrgicos de transgenitalização, que já eram realizados desde 2001 pelo SUS, mas que não eram acessíveis a pessoas trans, além de uma atenção voltada para as outras necessidades de saúde trans, no que tange ao suporte no processo de transição de gênero e à humanização de um atendimento integral (Lionço, 2009).

Apesar das perspectivas da PNSILGBT e do processo transexualizador, as vivências das pessoas trans nos âmbitos de saúde ainda demonstram insegurança. Muitas vezes não é utilizado o nome social, há dificuldades de atendimento médico especializado e há dificuldade por parte de toda a equipe de saúde dos serviços no acolhimento dessa população. Esses, entre outros fatores, colaboram com a dificuldade de acesso e de uso dos serviços (Rocon et al., 2019). Ainda, a ênfase do processo transexualizador na atenção especializada não atende às necessidades emergentes da atenção básica.

O acesso à saúde é a possibilidade de chegar a serviços de saúde visando ao atendimento de alguma demanda de saúde por meio de sua utilização. Entende-se por acesso aquilo que é definido e influenciado por determinantes como mobilidade urbana, obstáculos financeiros, temporais e organizacionais, tanto por predisposições individuais quanto pelos próprios serviços de saúde. A melhor manifestação da efetivação do acesso é a oferta e a entrada nos serviços por parte dos usuários. O uso dos serviços constitui, por sua vez, uma das medidas de acesso, mas o contrário não é recíproco. Assim como para o acesso à saúde, o uso é transpassado por fatores contextuais e individuais, que estão muito relacionados à presença de doenças ou à necessidade de saúde (Travassos; Martins, 2004).

Este estudo, portanto, objetiva explorar os fatores estressores e de resiliência que perpassam as mulheres trans no acesso e utilização de serviços de saúde, em sua própria perspectiva, da região do Cariri, Ceará, para entender como eles se aplicam na realidade do interior do nordeste brasileiro.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em saúde, de caráter exploratório, utilizando como referenciais teóricos a teoria do estresse de minorias de gênero e a análise de conteúdo de Bardin (1977). Este artigo seguiu o guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), ferramenta que garante a qualidade da pesquisa (Souza et al., 2021). O cenário do estudo é a região do Cariri, localizada no estado do Ceará, composta por uma área de 5.456,01 km² e por nove cidades, das quais três têm maior foco investigativo neste trabalho: Crato, Juazeiro e Barbalha, por serem caracterizadas por intensa conurbação e complementaridade socioeconômica (IBGE, 2010).

Participantes

Foram incluídas na pesquisa pessoas que se identificassem como transfemininas, residissem no Cariri cearense e fossem maiores de 18 anos de idade.

Participaram da pesquisa as mulheres trans indicadas pela Casa da Diversidade Cristiane Lima, uma organização não governamental (ONG) que trabalha com integração e cuidado do público lésbico, gay, bissexual e transgênero (LGBT) da cidade de Juazeiro do Norte, fundada pela união entre outras duas ONG, a Associação Beneficente Madre Maria Villac (Abemavi) e a Associação Caririense de Luta contra Aids.

Foram abordadas, em média, 10 pessoas transfemininas, algumas recusaram-se a participar das entrevistas por não considerarem a temática importante ou por questões de logística quanto ao local e tempo. Por fim, totalizaram-se cinco entrevistadas.

Coleta de dados

Quanto às técnicas de coleta, utilizou-se o modelo de entrevista semiestruturada e o diário de campo,

a partir de um roteiro. A entrevista semiestruturada passou por um teste piloto com duas entrevistadas que também se consideravam transfemininas.

Todas as entrevistas foram feitas pelo pesquisador em um local confortável para a participante, pessoalmente ou de maneira remota. Todas as entrevistas foram gravadas, e tiveram duração média de 25 minutos. As entrevistas foram encerradas a partir do momento em que houve a saturação de dados.

Previamente à realização das entrevistas, explicou-se sobre as razões do desenvolvimento da pesquisa e foram realizadas algumas perguntas para a descrição da amostra, acerca de: idade, identidade de gênero, escolaridade e raça, seguido das perguntas disparadoras, apresentadas na Tabela 1.

A privacidade e a identidade das participantes foram preservadas. Desse modo, utilizamos pseudônimos neste texto.

Tabela 1 – Roteiro de questões disparadoras para a coleta de dados. Brasil, 2022

Itens de análise	Questões disparadoras
Fatores de estresse	<p>Gostaria que você contasse um pouco da sua experiência quando precisa ir ao serviço de saúde</p> <p><i>Se não entender ou tiver dificuldade com a pergunta ou tangenciar, considerar falar: me fala como foi a última vez que você foi ao serviço de saúde.</i></p> <p><i>Se citada em alguma situação de estresse, estimular, perguntando: por que você acha que isso aconteceu? OU Como você se sentiu com essa situação? OU Como foi sua reação diante daquilo?</i></p> <p><i>Se não falar avaliar diretamente os profissionais de saúde, considerar falar: como você avalia a reação/atitude dos profissionais que a atenderam? OU De quem você mais gostou da equipe? OU Por que você acha que esse profissional reagiu dessa maneira?</i></p> <p><i>Se não abordar a sua aparência: você considera que sua aparência física influencia no atendimento dos profissionais de saúde?</i></p> <p><i>Se nenhum caso de estresse: por que você acha que não aconteceram casos de estresse nos serviços de saúde com você (nessa última ida)? E antes, já houve casos de estresse?</i></p> <p><i>Se não falar sobre o acesso: e quando você precisou ir dessa última vez, como foi sua locomoção até o local? Como você avalia a facilidade pra chegar no local?</i></p>
Fatores de resiliência	<p>Gostaria que você contasse um pouco o que você faz e quem você procura (ou com quem você conta) para cuidar da saúde?</p> <p><i>Se não entender ou tiver dificuldade com a pergunta ou tangenciar: da última vez que você precisou cuidar da sua saúde, quem ou o que você procurou imediatamente para lhe ajudar? OU Assim que você ficou doente, você foi direto para o serviço de saúde?</i></p> <p><i>Se não citar redes de apoio: existem pessoas dos seus grupos que você tira dúvidas ou pede ajuda? Quem são eles?</i></p> <p><i>Se citar rede de apoio com outras pessoas: por onde você entra em contato? Vai até elas, liga ou utiliza outro meio de contato?</i></p> <p><i>Se falar que usa redes sociais: qual delas você usa pra isso?</i></p>

Análise de dados

Todo o material coletado proveniente das entrevistas semiestruturadas gravadas foram transcritos e analisados em três fases, de acordo com Bardin (1977): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise foi feita à medida que se organizaram as entrevistas que foram transcritas. Em seguida, fez-se a exploração do material, a fim de identificar as principais ideias do discurso. Agrupamos e tratamos os registros em categorias de análise, com intenção de conectar as principais ideias dos discursos captados nas entrevistas. Por fim, na fase do tratamento dos resultados, foram interpretadas as categorias, encontrando correlações, padrões e significados. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo executaram a transcrição, a leitura, a análise e a categorização de todo o material, visando garantir a confiabilidade e validade dos resultados obtidos por meio da aplicação do referencial teórico.

Resultados

Foram coletadas cinco entrevistas, das quais todas (100%) as participantes se autodenominavam mulher transexual. As entrevistadas tinham a idade média de 25,8 anos (variação de 23-32 anos). Quanto à raça, três (60%) se autodenominavam negras, uma (20%) parda e uma (20%) branca. Já quanto à escolaridade, uma (20%) delas afirmava ter ensino superior incompleto, três (60%) tinham o ensino médio incompleto e uma (20%) delas tinha ensino fundamental II incompleto. Duas categorias emergiram da análise de conteúdo: (1) fatores de estresse no acesso e utilização dos serviços de saúde; e (2) fatores de resiliência no cuidado em saúde.

Categoria 1: Fatores de estresse no acesso e utilização dos serviços de saúde

De acordo com o relato das entrevistadas, o acesso a formas de locomoção e a curta distância geográfica entre suas residências e os serviços de atenção básica são fatores que podem facilitar a sua chegada e o acesso físico aos serviços de saúde. Assim, não foram constatados fatores de estresse que prejudicassem a chegada das entrevistadas em serviços de atenção básica.

... Eu, vou falar por mim. Eu tenho um meio de locomoção, eu tenho como ir, porque tanto tem transporte aqui em casa como o posto de saúde é no outro quarteirão, entende? Dá pra pessoa ir super de boa, andando. (Luana)

É, é fácil [acessar os serviços] porque tem vários posto por aqui, é fácil, a pessoa ir, correr atrás é fácil. (Clara)

Eu vou a pé [aos serviços de saúde]. Às vezes quando tem um dinheirinho, a gente paga um Uber. [...] É mais ou menos [fácil de acessar os serviços de saúde].” (Ana)

É difícil. [...] Porque assim, o postinho é lá perto de casa, é perto ainda bem, mas até a UPA [Unidade de pronto Atendimento] é muito longe, eles transfere a gente pra um campo longe tá entendendo?! Às vezes o ônibus num passa lá, é difícil, a gente tem que ir mesmo a pé ou então de mototáxi. (Camila)

Todas as entrevistadas relataram algum episódio de estresse por causa do preconceito, pelo menos uma vez na vida em algum serviço de saúde que procurou, de forma implícita ou explícita.

De maneira implícita, algumas relatam dificuldades no uso e no acolhimento dos serviços. As práticas a seguir, caracterizam fatores de estresse distal, por não reconhecimento da sua identidade de gênero.

...lá no PSF [programa de saúde da família] de onde eu moro, do João Cabral, o pessoal de lá é tipo o pessoal que tá lá pra trabalhar, mas não tá agindo conforme tá pedindo, entendeu? Tipo assim, não é tão agradável quanto poderia ser, uma pessoa lhe passar uma informação ou então tentar lhe ajudar de uma forma melhor, tipo eles meio que eles não ligam pra isso, é tipo ‘oh o doutor não tá aqui, então venha tal dia’, às vezes você vai e diz ‘não, mas não era eu que tava aqui’ como já aconteceu comigo e tudo. É por isso que eu não busco tanto a questão de saúde. [...] Da última vez que eu fui lá, a mulher de lá me tratou assim de uma forma, eu acho que ignorante, meia que preconceituosa. Porque ela falou tipo assim do tipo ‘mas pra que tu precisa tomar hormônio?’ (Carla)

De maneira explícita, a transfobia apresenta-se nas agressões verbais a uma das entrevistadas, com conteúdo de caráter religioso envolvido na conduta, em um atendimento médico. O relato a seguir também é marcado por um estressor distal, a “vitimização baseada no gênero”, termo utilizado para designar a violência de gênero contra as mulheres trans.

... Ele [um médico] falou, aí ele pegou e falou bem assim ‘Em vez de tu tentar virar uma mulher, tomar esses negócios aí do inimigo’ ele falou assim, do inimigo, ‘porque tu não vai pra igreja, tu num procura a Deus?’ mas no dia, eu lembro dele falando e anotando, eu me lembro ainda como hoje, ele dizendo assim ‘mas se tu quiser, eu te levo pra igreja, eu te dou roupa de homem, eu faço tudo, tipo assim, de tudo pra te ajudar. Mas você sabe que você precisa tá se manchando com isso, você é um rapaz tão bonito’ ele foi tão preconceituoso de uma forma que quando eu saí de lá, eu saí toda me tremendo... (Carla)

Além disso, uma outra situação envolvendo estresse distal, com agressões físicas, também foi relatada:

Foi eu e uma amiga minha, se consultar de uma dor de dente, mas assim que os seguranças pegaram e disseram que nós tava se beijando, sendo mentira, aí chamou os guardas civil pra dar uma pisa [bater] em nós, mas nós tinha o que, tinha 16 anos no tempo... (Clara)

Outro fato que perpassa as experiências de pessoas transfemininas no serviço de saúde é o desrespeito ao nome social, que constitui elemento fundamental de suas identidades, por meio do uso do nome morto, ou seja, do nome atribuído ao nascimento, que não condiz com suas identidades. Vale salientar a percepção de incapacidade da ação perante esses episódios e de afastamento dos serviços como consequência, o que caracteriza um estressor proximal.

Às vezes quando vou com minha mãe lá no posto de saúde quem tem que ir lá é ela e ela [fala] ‘olha isso e isso...’ aí eu me levanto e vou lá... sabe? É muito deficiente, tipo assim, até falei com a diretoria do posto de saúde daqui do meu bairro se era possível botar uma introdução no nome social, assim fictício... não que seja fictício, mas que apareça lá

posteriormente pra que não tenha o nome masculino, porque as pessoas se sentem extremamente ofendidas, tipo é muito complicado sabe?! Aí o pessoal do posto de saúde fica ‘ai, vou ver...’ ou seja, não [vai], né? Porque a negligência já vem daí. É muito complicado! (Luana)

Já [cheguei a ser chamada pelo nome morto], na UPA uma vez. [...] Ah, eu encarei [...] não quis entrar em constrangimento. Porque assim, eu tava ali pra ser atendida entendeu, estava muito mal, então eu já tava tão mal que eu não ia mais me alterar entendeu, dessa vez deixei passar. (Ana)

...Quando chama seu nome morto, antigo, quando chama ‘fulanin de tal’ todos viram pra você e olha. Aí é onde o mundo desaba, tá entendendo?! Quando meu mundo desabou e aí eu tive que baixar a cabeça, com vergonha, o pessoal me olhando ‘você não é mulher, é travesti’. [...] Eu disse ‘Não, eu não sou travesti, eu sou uma mulher transexual’ Aí beleza, passei por atendimento e eu disse ‘acho que ali não volto mais, por causa desse constrangimento’. Eu tive medo, não vou mentir pra você. (Camila)

A falta de uso dos pronomes adequados por parte dos profissionais de saúde também foi algo relatado por algumas entrevistadas. Esse fator demonstra, de acordo com os relatos, mais um motivo do constrangimento ao utilizar os serviços e, assim, mais um estressor proximal.

Às vezes eu chego, a maioria me trata como gênero masculino, diz ‘não, ele tá ali esperando’, não é ele, é ela, tá entendendo?! Eu sempre tenho que tá corrigindo as pessoas, mas mesmo corrigindo elas fazem isso de propósito, tem umas que atende super bem, tem umas que atende super mal, [...] às vezes eu me sinto um pouco constrangida quando chego num posto de saúde, num hospital, tá entendendo? (Camila)

Em alguns casos eles [profissionais de saúde] se confundem, chamam ele, mas como a gente já tem uma voz ativa ‘não, ele não’ (Ana)

Tem pessoas ainda que usam aquelas palavrinhas ‘amigo’ ‘colega’, colega nem tanto porque tipo é

unissex, colega pode ser ele ou ela, mas assim, ainda existe. (Carla)

Categoria 2: fatores de resiliência no cuidado em saúde

As mulheres trans apresentam mecanismos de resiliência diante das violências institucionais e relacionais vivenciadas nos serviços de saúde. É importante ressaltar que a resiliência é um mecanismo de proteção acionado na ausência de políticas públicas efetivas para a proteção dos direitos de pessoas trans no acesso a serviços básicos. Compreender essas estratégias é importante para demarcar os espaços de ausência do Estado na vida da população. Um exemplo de mecanismo de resiliência é a integração da rede de apoio e a ajuda interpessoal que se demonstra, principalmente, por parte da própria comunidade trans, em formas de aconselhamentos ou indicações de medicações.

... eu era muito jovem, tinha umas amigas, quem se iniciou nessa transição foi uma amiga minha, que assim, até hoje eu uso ela como exemplo porque ela não foi uma pessoa que chegou pra mim e disse assim 'tome o hormônio', não, ela chegou pra mim e disse assim 'Olha, eu tomo esse hormônio, eu comecei a tomar no Crato e tudo' ela foi uma grande inspiração pra mim assim, ela chegou pra mim, ela me explicou tudo, ela disse 'oh, assista vídeo antes de injetar qualquer coisa no seu corpo, se você não tiver conhecimento, você pesquise, você procure as coisas'. (Carla)

...eu já aprendi assim [a terapia hormonal], faz é tempo, as bixa ensinaram, perlutan, pode tomar perlutan, toma ciclo 21 que vai dar efeito. Aí pronto. (Clara)

... A maioria das mulheres trans que me perguntavam 'Camila, eu tomo a perlutan, só que, Camila, eu choro tanto, eu choro tanto, chegava em casa e eu chorava, chorava tanto' e eu disse a ela 'deixe de tomar ela, tome outro hormônio, eu lhe aconselho a tomar o climene' 'Mas como é o climene?' 'Oh, o climene é um repositores hormonal, num tem essas mulheres que quando chegam na menopausa, não menstrua mais? Pronto, elas toma esse, que é hormônio natural, que é o manipulado...' (Camila)

...Eu tive muito ajuda da minha família. No meu início de transição minha mãe deu o próprio dinheiro pra eu comprar hormônio sabe? Quantas e quantas não tem isso, sabe? Não passam por isso. E a primeira dificuldade que eu tive foi em relação a fazer esses acompanhamentos médicos. Eu fiquei: aí, o médico passou esses exames, ok, são por tudo, não vou poder pagar. (Luana)

Além disso, todas as entrevistadas afirmaram utilizar as redes sociais e sites de busca para cuidar da própria saúde, principalmente durante a terapia hormonal, com trocas de mensagens ou para fins autodidatas.

Quando eu quero saber alguma coisa sobre hormônio? Eu vou no YouTube, pesquiso 'terapia hormonal, bloqueador serve pra que, (inaudível), androcur e tal' porque tem um monte, falando bem, vem explicando... (Ana)

Eu tô num grupo de hormonal, de hormônios trans no Facebook [...] e a maioria de nós compartilha, 'ai, mistura perlutan com climene, só que você começa a tomar sete dias antes' 'Oh toma, acetato de ciproterona' 'toma esse tal' 'não, não toma repopil ou diane 35' Porque assim, nós divide informação, tipo diane 35 nenhuma de nós tomamos porque entre dez pessoas, duas se davam com diane 35, porque ele é hormônio sintético e quando é hormônio sintético, esse hormônio sintético é capaz de dar trombose. Porque eu mesmo, eu tomei diane 35, uns três meses, uns quatro e eu perdi a maioria dos meus dentes, porque deu trombose, eu sentia tanta dor no dente, tanta dor de dente que o dente quebrou, aí eu tive que parar. (Camila)

Eu gosto muito, assim, de ver o YouTube, porque tem muitas meninas, tem muitas vivências, que a gente pode tirar como exemplo... (Carla)

Assim, porque quando você começa uma transição, você precisa fazer uma pesquisa geral sobre tudo, sabe? Às vezes eu me sinto mais especializada que o próprio médico! Porque eu aprendi, só lendo a bula, basicamente, fazendo pesquisa no google, a identificar a composição do meu medicamento. O hormônio que eu tomo ele é composto de 35... não sei se é mg ou ml... de acetato de ciproterona... não,

etinilestradiol e 2% de acetato de ciproterona, que é um composto que ajuda no bloqueio hormonal, do hormônio masculino. Ele bloqueia e os outros 35 fazem o efeito. Aí você chega no posto e o médico... uma vez eu cheguei a fazer o contato com um endócrino e ele me passou uma penca de exames que só no orçamento deu 600 reais. Nunca cheguei a fazer! Porque eu não trabalhava. Aí fica muito complicado. (Luana)

Discussão

A partir dos resultados, observa-se que as mulheres trans do interior do nordeste ainda passam por situações de estresse que dificultam, principalmente, a utilização dos serviços de saúde. Os relatos apontam para um afastamento espontâneo das entrevistadas, quando questionadas sobre o porquê de não procurarem serviços de saúde de maneira contínua, graças aos fatores de estresse proximal. Quando se pautou o acesso, as respostas convergiram para a facilidade da chegada aos serviços. Dessa maneira, infere-se que o principal problema encontrado se refere à utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres trans, especificamente na atenção básica à saúde.

Apesar de avaliações sobre o acesso à atenção básica à saúde revelarem que a acessibilidade geográfica às unidades básicas de saúde é mais comprometida nas regiões Norte e Nordeste (Figueiredo; Shimizu; Ramalho, 2020), esse não parece ser o principal problema para as pessoas trans em nossa amostra. Aspectos relacionados às experiências das usuárias na tentativa de utilização dos serviços de atenção básica podem estar relacionadas às percepções sobre as vivências trans.

O interior do nordeste, mais especificamente a região do Cariri, é marcado pela dominação de uma cultura criada, a “cultura do falo”, ou seja, uma cultura marcada pela virilidade masculina e pelo movimento contrário à feminilização da sociedade, além de ser determinada por sua ampla cultura religiosa, ligada ao catolicismo popular do sertão. A imagem do “macho sertanejo” é estritamente ligada à virilidade que luta contra a feminilização da sociedade e sobrevive até hoje no mesmo intuito. Dessa forma, com a imagética masculina centrada no sertanejo, o espaço das mulheres

cis e trans no sertão nordestino vem sendo delimitado como marginal (Albuquerque, 2003).

Esses fatores culturais incidem sobre a dificuldade das equipes de saúde de entenderem a dimensão das identidades trans e podem explicar atitudes de profissionais que reforçam os estereótipos de gênero e de sexualidade de uma sociedade cis, que podem ser, inclusive, notados em falas de profissionais aqui descritas (Oliveira, 2021; Zerbini; Bruns, 2019).

Alguns relatos evidenciaram que fatores de estresse proximal são definidores da não utilização dos serviços de saúde, ao narrarem o distanciamento como consequência do medo das diversas formas de violência lá vivenciadas, o que caracteriza a expectativa negativa. Outros estudos também corroboram os dados aqui apresentados. Um deles, realizado nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, analisou 629 TGD, entre as quais 382 eram mulheres trans, e evidenciou que experiências de discriminação levam 6,7 vezes mais à evitação do uso, quando necessário, de serviços de saúde (Costa et al., 2016).

Além disso, os episódios de violência explícita nos mostram que fatores de estresse distais também estão presentes na vida de pessoas transfemininas ao acessar a saúde. Uma outra análise qualitativa feita no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, do Sudeste brasileiro, também teve entrevistadas que relataram situações de estresse em suas vivências, de maneira que 83% já se sentiram inferiores ou maltratadas em um serviço de saúde (Jesus et al., 2020). Ressalta-se que os episódios de violência ferem princípios básicos do SUS, estando em contradição com os preceitos estabelecidos na Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito do SUS (Brasil, 1990). Da mesma forma, as estratégias de resiliência são utilizadas como alternativas às falhas do Estado na proteção e promoção da saúde de pessoas trans, como visto no acesso à testagem e ao uso de tecnologias biomédicas para prevenção ao HIV (Silva Junior; Brigeiro; Monteiro, 2022).

Esses dados também demonstram inseguranças na garantia dos pressupostos da PNSILGBT em níveis de atenção primária, secundária e terciária e do processo transexualizador. Além disso, enfatizam que o processo transexualizador não está influenciando as práticas profissionais na atenção básica. Os relatos ressaltam a dificuldade e a violência no processo de acolhimento,

que deveria garantir um cuidado humanizado a todos os usuários. Há um descumprimento com os preceitos do HumanizaSUS, que deveria proporcionar a qualidade do atendimento além das esferas clínicas, mas também nos aspectos emocionais e culturais (Brasil, 2016).

O processo transexualizador, que funciona primordialmente a nível secundário/terciário, sofreu alterações em 2013 pelo Ministério da Saúde, em um momento oportuno, no qual a PNSILGBT passou a existir como política de saúde. Essas alterações institucionalizaram, entre outras ações, a terapia hormonal como ato de cuidado à população trans. Porém, como relatado por algumas falas aqui descritas, essa ainda não é a realidade no interior do Nordeste (Arán; Murta; Lionço, 2009).

Questões geográficas da região do Cariri podem ser apontadas como um dos desafios na dificuldade da garantia dos direitos de uso que deveriam ser ofertados pelo processo transexualizador. No Nordeste brasileiro, apenas uma unidade hospitalar é habilitada para ofertar serviços ambulatoriais e hospitalares, localizada em Recife, no estado do Pernambuco, que está, em média, a 600 km de distância do Cariri. Em contraponto, observa-se a região Sudeste contemplada com seis unidades hospitalares habilitadas para realizar o processo transexualizador. Percebe-se, dessa maneira, grande dificuldade de acesso aos serviços do SUS para as mulheres trans do interior nordestino, além da disparidade de implantação dos serviços de acordo com a região (Rocon et al., 2019).

Considerações Finais

Portanto, percebe-se que o uso dos serviços de saúde para a população do interior nordestino ainda se encontra em estado deficitário. Os fatores de estresse contribuem de forma significativa para o afastamento dessas mulheres dos serviços de saúde, como também possibilitam atendimentos deficitários quando elas precisam ir a esses locais. Por fim, algumas variantes relacionadas ao acesso impedem esse público de efetivarem o seu direito ao processo transexualizador pelo SUS, o que gera dificuldades na efetivação de uma saúde integral e universal.

As limitações do estudo ainda impedem mensurar o grau de dificuldade do uso dos serviços para a região estudada, com precisão metodológica. O número de

entrevistadas, apesar de suficiente para a natureza da pesquisa, ainda é considerado pequeno, uma vez que há dificuldade de acesso à população trans local, graças aos estigmas sociais. Dessa maneira, observa-se a necessidade de métodos que indiquem mais precisamente essa variável. Ademais, apesar de terem sido questionadas raça, identidade de gênero e escolaridade, outros aspectos são importantes para os debates de saúde pública, como orientação sexual e a classe social das participantes, que não foram discutidos ou apresentados nesta pesquisa.

Apesar disso, o estudo apresenta informações importantes e hipóteses para projetos de maiores escalas que possam contemplar a população do interior do Nordeste, a fim de entender a relação de saúde das mulheres trans nessa região.

Referências

- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. *Nordestino: uma invenção do falo; uma História do gênero masculino* (Nordeste - 1920/1940). Maceió: Editora Catavento, 2003.
- ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1141-1149, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000400020
- BARDIN, L. *L'Analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France, 1977.
- BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, 2012. DOI: 10.1590/s0104-026x2012000200017
- BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 4 ago 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF, 2016.

- COSTA, A. B. et al. Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. *Journal of Immigrant and Minority Health*, Berlin, v. 20, p. 115-123, 2016. DOI: 10.1007/s10903-016-0527-7
- FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 288-301, 2020. DOI: 10.1590/1414-462x202000020288
- IBGE - INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Áreas Territoriais*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html>> Acesso em: 1 fev. 2024.
- JESUS, J. G. et al. Mental health and challenges of transgender women: a qualitative study in Brazil and India. *International Journal of Transgender Health*, London, v. 21, n. 4, p. 418-430, 2020. DOI: 10.1080/26895269.2020.1761923
- LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. DOI: 10.1590/S0103-73312009000100004
- MENDES, E. V. *As redes de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, Washington, DC, v. 129, n. 5, p. 674-697, 2003. DOI: 10.1037/0033-2909.129.5.674
- OLIVEIRA, P. W. A. Memória hierofânica do catolicismo popular sertanejo e a sacralização da Serra do Horto, em Juazeiro do Norte - CE. *Revista do Departamento de Geografia*, São Paulo, v. 41, n. 1, e174833, 2021. DOI: 10.11606/eissn.2236-2878.rdg.2021.174833
- ROCON, P. C. et al. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. *Interface - comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 23, p. e180633, 2019. DOI: 10.1590/Interface.180633
- SILVA JUNIOR, A. L.; BRIGEIRO, M.; MONTEIRO, S. 'Irmandade travesti é a nossa cura': solidariedade política entre travestis e mulheres trans no acesso ao cuidado em saúde e à prevenção ao HIV. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. spe7, p. 103-116, 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E707
- SOUZA, V. R. S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021a002631
- STRYKER, S. *Transgender History: the roots of today's revolution*. 2. ed. New York: Seal Press, 2017.
- TESTA, R. J. et al. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, Palo Alto, v. 2, n. 1, p. 65-77, 2015. DOI: 10.1037/sgd0000081
- TAN, K. K. H. et al. Gender Minority Stress: a critical review. *Journal of Homosexuality*, London, v. 67, n. 10, p. 1471-1489, 2019. DOI: 10.1080/00918369.2019.1591789
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, sup. 2, p. S190-S198, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014
- ZERBINATI, J. P.; BRUNS, M. A. T. Transfobia: contextos de negatividade, violência e resistência. *Periódicus*, Salvador, v. 2, n. 11, p. 195-216, 2019. DOI: 10.9771/peri.v2i11.28425

Contribuição dos autores

Medeiros trabalhou na concepção e delineamento, na análise e interpretação de dados, na redação do artigo e em sua revisão crítica. Gomes e Spinelli Junior trabalharam na concepção e delineamento, na análise e interpretação de dados e na revisão crítica do artigo.

Recebido: 18/11/2023

Reapresentado: 12/8/2023; 18/11/2023

Aprovado: 4/12/2023