



Restrição de políticas públicas de saúde: um desafio dos transexuais na atenção básica

Restriction of public health policy: a challenge for transsexuals in primary

Carestricción de las políticas de salud pública: um desafío para los transexuales em la atención primaria

Denildo de Freitas Gomes¹

Enéas Rangel Teixeira¹

Marta Sauthier²

Graciele Oroski Paes²

1. Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado e da Saúde. Niterói, RJ, Brasil.

2. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem Fundamental. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: identificar e discutir os motivos que dificultam ou restringem a acessibilidade dos transexuais aos serviços básicos de saúde. **Método:** pesquisa original com abordagem qualitativa. Realizadas doze entrevistas semiestruturadas com transexuais entre dezembro de 2018 e março de 2019. Utilizou-se a análise de conteúdo do tipo temática de Bardin. **Resultados:** emergiram, da análise dos dados, as seguintes categorias temáticas: *Baixa resolatividade e múltiplos entraves do acesso do transexual ao atendimento básico de saúde; Não inclusão e autoexclusão: o explícito não pertencimento ao Sistema Único de Saúde.* **Conclusão e implicação para a prática:** o não reconhecimento do transexual como cidadão de direitos ao acesso à saúde, a abjeção pelo corpo transexual, o preconceito e a menos valia se apresentam como fatores restritivos dessa população ao sistema de saúde. Essa dificuldade reverbera em um importante desafio a ser suplantado pelo transexual na busca por uma assistência qualificada. Para a prática, entende-se a importância de se trazer para o centro das discussões, em todas as esferas de atendimento à saúde, questões acerca de valores, princípios e da moral social que se encontram entremeadas na conduta e atuação do profissional de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Ética; Política Pública; Transexualidade.

ABSTRACT

Objective: to identify and discuss the reasons that hinder or restrict transsexuals' accessibility to basic health services. **Method:** original research with a qualitative approach. Twelve semi-structured interviews were conducted with transsexuals between December 2018 and March 2019. Bardin's thematic content analysis was used. **Results:** the following thematic categories emerged from data analysis: *Low resolution and multiple barriers to access of transsexuals to Primary Health Care; Non-inclusion and self-exclusion: the explicit non-belonging to the Unified Health System.* **Conclusion and implication for practice:** the non-recognition of transsexuals as citizens with the right to access health care, abjections by the transsexual body, prejudice and lack of value are factors that restrict this population to health system. This difficulty reverberates in an important challenge to be overcome by transsexuals in the search for qualified care. For practice, it is understood the importance of bringing to the center of discussions, in all spheres of health care, issues about values, principles and social morals that are intertwined in health professionals' conduct and performance.

Keywords: Primary Health Care; Nursing; Ethics; Public Policy; Transsexualism.

RESUMEN

Objetivo: identificar y discutir las razones que dificultan o restringen el acceso de las personas transexuales a los servicios básicos de salud. **Método:** investigación original con enfoque cualitativo. Se realizaron doce entrevistas semiestruturadas con transexuales entre diciembre de 2018 y marzo de 2019. Se utilizó el análisis de contenido temático de Bardin. **Resultados:** Del análisis de datos, surgieron las siguientes categorías temáticas: *Baja resolución y múltiples barreras de acceso de transexuales a la atención básica de salud; No inclusión y autoexclusión: la no pertenencia explícita al Sistema Único de Salud.* **Conclusión e implicación para la práctica:** el no reconocimiento de las transexuales como ciudadanas con derecho a acceder a la salud, las abyecciones por parte del cuerpo transexual, el prejuicio y la desvalorización son factores que restringen a esta población al sistema de salud. Esta dificultad repercute en un importante desafío a superar por el transexual en la búsqueda de una asistencia calificada. Para la práctica, se entiende la importancia de traer al centro de las discusiones, en todos los ámbitos de la salud, cuestiones sobre valores, principios y moral social que se entrelazan en la conducta y desempeño de los profesionales de la salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Enfermería; Ética; Política Pública; Transexualidad.

Autor correspondente:

Denildo de Freitas Gomes.
E-mail: enffreitas@hotmail.com

Recebido em 23/11/2021.
Aprovado em 19/04/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0425pt>

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde atuais são construídas a partir da binaridade de gênero. Os cadernos de saúde, utilizados pelos profissionais, direcionam um método de atendimento baseado em conceitos biológicos, procurando atender às necessidades de saúde dos indivíduos que se enquadram nas definições do que se estabelece como pertencente ao gênero masculino e ao feminino.

Ainda que existam alguns direcionamentos prescritivos às pessoas que possuem seu sexo biológico divergente de sua condição de gênero, esses ainda são pouco aplicados na prática em razão de uma deficiência na disseminação de conhecimentos que atendam aos transexuais em suas especificidades, transformando essa lacuna em um importante desafio na efetivação da saúde das pessoas transexuais, que requerem, sobretudo, práticas direcionadas ao encontro da concepção ampliada de saúde.¹

A criação de uma política pública assegura o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, independente de gênero ou orientação sexual, sendo um direito garantido pela Constituição Federal e implementado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que, em suas diretrizes, não orienta esse direito a gêneros específicos, mas também não sustenta uma criação de um modelo de saúde igualitário que inclua ou considere aqueles cujos corpos biológicos destoem do gênero ao qual venham se identificar.²

Visando esclarecer a terminologia, pessoas transexuais no espectro feminino são indivíduos que se identificam, em graus variados, como mulheres ou como um gênero alternativo que difere do sexo masculino ao qual foram designados no nascimento. Eles incluem indivíduos que descrevem sua identidade de gênero como mulher (transgênero ou transexual), mulher não conforme ou não binária.³

Associado aos aspectos já levantados, reitera-se que, atualmente, o modelo de governo com uma política ideológica extremista, pendendo ao abafamento das questões acerca da temática de gênero, pode interferir diretamente na criação ou ampliação de políticas públicas de saúde direcionadas a essa população.

O discurso governamental, por vezes, estimula o preconceito e a discriminação a esse grupo humano. Desta forma, apesar de uma crescente compreensão da identidade transgênero, essa comunidade continua a experimentar níveis mais altos de discriminação, impactando sua qualidade de vida.⁴

Como desfecho, essa narrativa reforça o não reconhecimento, abjeção do corpo transexual e, conseqüentemente, sua invisibilidade. Desta forma, esses fatores são oriundos de uma sociedade que não inclui e nem apoia indivíduos transgêneros em múltiplos contextos, incluindo moradia, educação e serviços de saúde.⁵

Entende-se como dever do Estado garantir a saúde, consistindo na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos. Outrossim, deve estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.⁶

A unicidade do ser humano o torna complexo, inclusive em suas especificidades nas demandas de saúde. Ainda que compreendamos a inviabilidade de políticas de saúde individuais, entende-se serem possíveis políticas que abarquem grupos específicos, como as existentes políticas de saúde de assistência ao idoso, à mulher, à criança, entre outros, efetivadas na Atenção Primária à Saúde (APS).

Considerando ainda a pluralidade do ser humano, é necessário pensar na forma pela qual as necessidades em saúde se apresentam e orientam o trabalho, pois diferentes formas de organização da vida resultam em diferentes necessidades, diferentes maneiras de satisfazê-las e, conseqüentemente, diversas articulações com os processos de trabalho.⁷

Quando se relaciona a deficiência na efetivação de políticas de saúde relacionadas a gênero, enumeram-se diversas outras questões que podem justificar essa lacuna na APS, que estão sendo discutidas, por estes autores, em outros estudos. Neste, especificamente, o foco está na fragilidade de acesso aos serviços de saúde públicos pelos transexuais, reverberada pela necessidade de execução de uma política de saúde mais inclusiva e menos restritiva.

Uma questão que possa justificar a invisibilidade do transexual dentro dos processos de trabalho na atenção básica seria a abjeção do corpo transexual. Por ser entendido como fator preconceituoso, esse poderia determinar a não inclusão da pessoa ou grupo nos serviços de saúde ofertados, mais especificamente na rede básica, onde o grupo de transexuais foi estudado. Destarte, o corpo abjeto é o não reconhecido, o não percebido, é o corpo rechaçado, invisível para uma sociedade que lhe nega direitos pelo não reconhecimento de sua existência.⁸

A experiência transexual é apresentada, inicialmente, através de processos de medicalização e judicialização, juntamente com uma lógica de reconhecimento ligada à vitimização e ao sofrimento individual. Então, gradualmente, tornou-se uma experiência socializada e politizada, baseada em espaços de participação e reconhecimento coletivos que possibilitam um papel ativo das pessoas em suas negociações com o Estado e os profissionais de saúde.⁹

As políticas de controle social, bem como a adoção de tecnologias biomédicas e estéticas na produção de corpos, não se restringem a uma explicação reducionista, mas remete à compreensão do processo de subjetivação. Esta dimensão tem seu caráter histórico e está sujeita a um reconhecimento e uma validação social para além de critérios meramente técnicos científicos.¹⁰

A dissonância entre o gênero e o corpo biológico vai de encontro a toda construção de conceitos sociais seculares sobre gênero. Uma sociedade que considera apenas o gênero binário como forma de experienciar a sexualidade humana apresenta dificuldade em reconhecer sujeitos que não se enquadram aos padrões heteronormativos, o que reverbera em uma abjeção nas políticas de saúde.

O entendimento de gênero se relaciona a questões normativas, que determinam e diferenciam o normal do patológico, e exclui

outras formas de estar no mundo que não correspondam ao padrão oficial. O binarismo existe, é fato, pois se mantém na reprodução do senso comum que relaciona homem/pênis e mulher/vagina como a normalidade exclusiva, o que foi definido como uma forma de heteronormatividade acompanhada de estigmatizações, criando, assim, sistemas motivacionais aversivos à dissidência sexual.¹¹

A premissa da dificuldade na inclusão do transexual em uma política pública, implementada na APS, fragiliza e restringe o acesso aos serviços pela inexistência de uma oferta de atenção especializada a esse grupo, fato este que os leva a tratamentos inseguros e clandestinos, elevando a vulnerabilidade desse grupo.

Para sustentação teórica desta pesquisa, os autores utilizaram a Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth. A partir da Teoria Crítica de Hegel, que considera a inclusão econômica como um dos pilares do reconhecimento dentro dos grupos sociais, Honneth amplia o conceito de reconhecimento com base na psicologia social de Georg Herbert Mead, que descreve a formação da identidade do indivíduo de forma conflituosa, em que o autorreconhecimento se amplia na mesma proporção em que se ampliam os círculos sociais desse indivíduo, iniciando pela família, trabalho e aquisição de direitos.

Em sua teoria, Honneth acredita que os indivíduos formam suas identidades e se sentem reconhecidos quando se percebem aceitos socialmente pelo outro (esfera do amor), quando incluídos nas práticas institucionais (esfera do direito) e quando são aceitos e estabelecem uma boa convivência dentro da sociedade (esfera da solidariedade).¹²

Frente ao exposto, o objetivo deste estudo é identificar e discutir os motivos que restringem ou dificultam a acessibilidade dos transexuais aos serviços básicos de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo original do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. De modo consoante, o estudo trabalhou com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.¹³

O cenário de pesquisa foram as Clínicas da Família, localizadas em um bairro da Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, onde residem os participantes que constituem a população do estudo.

Trata-se de uma área com alto índice de violência urbana e com ampla área de cobertura na APS. Possui uma população de baixa renda, onde grande parte dos usuários sobrevive através de programas sociais do governo.

Outra característica importante da área investigada é possuir uma população numérica flutuante, principalmente relacionada aos transexuais, possivelmente por não se encontrarem dentro de nenhum programa de saúde relacionado ao seu gênero ou mesmo por falta de oportunidades no mercado de trabalho local.

A população em estudo foram os transexuais residentes na área investigada que se identificaram como transexuais. A captação dos sujeitos eleitos para participar da pesquisa se

deu, principalmente, pelo contato pessoal na ocasião da busca por atendimento na unidade de saúde pelo usuário transexual. Utilizou-se também o prontuário eletrônico para identificação das usuárias que se definiam como transexual. Outrossim, a amostra por conveniência foi naturalmente utilizada pelos autores, devido à facilidade de visitas às depoentes para o primeiro contato e acesso fácil ao local das entrevistas que foram realizadas em uma sala reservada, disponibilizadas pelos gerentes das unidades de saúde.

Foram incluídos aqueles com idade igual ou maior que 21 anos, que se definirem como transexual e que já procuraram por algum atendimento na Unidade Básica de Saúde adstrita à área pesquisada. Foram excluídos aqueles que não possuíam residência fixa na localidade e que não possuíam cadastro nas Clínicas da Família localizadas na área programática.

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, aplicada aos usuários transexuais, que, em um primeiro momento, identificou o participante da pesquisa e seu perfil socioeconômico. Em seguida, cinco questões abertas versaram principalmente sobre a percepção desse usuário acerca do acesso, dos profissionais e dos serviços de saúde oferecidos, a saber: poderia falar sobre seu processo de transgenitalização (se houve), dizendo se a primeira procura foi na rede privada ou pública? Quais os profissionais que o (a) assistiram na Unidade Básica de Saúde? Qual sua impressão sobre essa assistência? No seu entendimento, durante suas consultas, o que você poderia dizer sobre o atendimento recebido pelos profissionais da área da saúde, em especial sobre os enfermeiros com relação aos seus direitos sociais? Você pensa ser atendido em seus direitos? Considera ter recebido informações suficientes para isso?

Todas as entrevistas foram gravadas em mídia digital. Após finalizar a gravação de cada entrevista, alguns participantes continuavam descrevendo situações que consideravam relevantes, sendo essas registradas, pelo entrevistador, no diário de campo, com a ciência e autorização dos participantes da pesquisa.

Neste diário, procurou-se registrar, além das falas que os depoentes preferiram que não fossem gravadas, por se sentirem mais seguros, emoções impossíveis de serem percebidas nas gravações.

Os dados foram colhidos de dezembro de 2018 a março de 2019, através de encontros previamente agendados. O tempo médio de cada entrevista foi de 60 minutos, totalizando 12 horas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo essas transcrições o primeiro contato com os resultados. O número de participantes se limitou a 12 pessoas pela ocorrência de saturação de dados.

Vale destacar que todos os encontros com os participantes da pesquisa, da abordagem inicial até o encerramento da coleta de dados, ocorreram com o mesmo investigador, a fim de se estabelecer um maior vínculo de confiança entre os atores envolvidos neste estudo.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 85804518.8.3001.5279, com o

Parecer de Aprovação nº 2.710.416 da instituição proponente. Também teve aprovação do CEP da instituição coparticipante, que emitiu aprovação através do Parecer nº 2.820.474 em 14 de agosto de 2018.

Ressalta-se que esta pesquisa obedeceu a todos os preceitos éticos e legais relativos às investigações com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.¹⁴

Com o objetivo de garantir o anonimato dos participantes de pesquisa, em concordância entre entrevistador e entrevistado, seus nomes foram alterados para Participante de Pesquisa (PP), seguida da numeração, de acordo com a ordem em que ocorreram as entrevistas.

Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo do tipo temática, em que a estratégia técnica para trabalhar a categorização foi a seguinte: a organização de análise; a codificação de resultados; as categorizações e as inferências. As diferentes fases da análise de conteúdo foram organizadas em torno de três polos: pré-análise, que objetivou a organização do material de análise para que o pesquisador pudesse conduzir as operações subsequentes; exploração do material, que se referiu à aplicação das técnicas de análise no *corpus*, como a codificação e a categorização; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.¹⁵

Os resultados da codificação e análise das transcrições, após uma leitura profunda e atenta, permitiu a identificação das expressões mais utilizadas pelos participantes da pesquisa em suas respostas. A partir dessa fase, estabeleceu-se um total de 02 (duas) categorias temáticas relacionadas ao teórico que fundamenta este estudo: *Baixa resolutividade e múltiplos entraves do acesso do transexual ao atendimento básico de saúde; Não inclusão e autoexclusão: o explícito não pertencimento ao Sistema Único de Saúde.*

RESULTADOS

Objetivando uma melhor contextualização do participante deste estudo residente na área programática investigada, os autores consideraram relevante uma síntese dos seguintes resultados sociodemográficos: quanto à faixa etária dos participantes da pesquisa, a idade variou entre 21 e 50 anos, sendo o maior percentual equivalente entre 21 e 40 anos.

Com relação à profissão, os participantes possuem as seguintes profissões: professora (rede pública); cabeleireira; gestão de turismo; autônomo; auxiliar de cozinha; auxiliar de limpeza; promotor de eventos. O maior percentual relacionado a esse dado foi de 18% para cabeleireira e 18% para auxiliar de cozinha.

Referente à renda familiar, o maior percentual foi de 46%, equivalente a menos de 01 salário mínimo, seguido de 27% até 02 salários mínimos e 27% maior que 02 salários. Vale destacar que a renda familiar dos depoentes está diretamente relacionada ao grau de instrução e ao estado civil declarado, cujo percentual foi de 30% das depoentes casadas e 70% solteiras.

De acordo com as respostas, 100% das depoentes já haviam procurado os serviços de saúde em busca de atendimento médico ou de enfermagem por outros problemas de saúde; porém, a procura dos serviços de saúde, com a finalidade de adequação estética ao gênero de identificação, ocorreu a partir dos 18 anos em 35% das entrevistadas e de 65% após 21 anos de idade.

Baixa resolutividade e múltiplos entraves do acesso do transexual ao atendimento básico de saúde

Para além de questões restritivas aos serviços de saúde, aqui emerge uma questão ética fundamental, que é a baixa resolutividade no atendimento das necessidades específicas dessa população. Os relatos dos depoentes aqui descritos sugerem de forma unânime um sentimento de insatisfação dessa população quanto à oferta ou mesmo à falta de serviços nas Unidades Básicas de Saúde, caracterizando-se como uma restrição ao acesso pelo transexual as políticas públicas de saúde que os atendam em suas demandas.

Percebem-se falhas que se iniciam no acolhimento, em que esse grupo humano passa por situações de discriminação, desconhecimento dos profissionais acerca de suas necessidades específicas e a não obediência ao uso do nome social.

Na minha cirurgia, minha primeira opção, foi a rede privada, porque, no público, era muito burocrático, tudo era muito difícil assim como acesso. (PP12)

Quando pensei na hormonização e transgenitalização, eu pensei em iniciar na rede pública, mas eu nunca tive acesso. Toda vez que ia falar com a médica sobre isso, ela falava: “não, hoje não dá pra falar disso”. (PP06)

Os médicos da clínica da família não sabiam o que fazer comigo. Não sabiam qual CID colocar pra ser encaminhada, ninguém sabia, eu tive que pesquisar e levar para que eles pudessem fazer meu encaminhamento. (PP11)

Sob outra ótica, a dificuldade ou restrições do acesso pode apresentar um viés de não reconhecimento da pessoa transexual como cidadão de direitos, o que possivelmente gera relações conflituosas entre usuário e profissionais e/ou usuários e instituição de saúde, pois toda luta por reconhecimento inicia por meio da experiência de desrespeito.

Não inclusão e autoexclusão: o explícito não pertencimento ao Sistema Único de Saúde

A não inclusão e a autoexclusão dos serviços ofertados pela atenção básica de saúde se firmam por um modelo relacional que prima pelo desrespeito que, além de poder excluir grupos sociais do atendimento de suas necessidades de saúde, também podem promover a autoexclusão pelo desenvolvimento de um sentimento de menos valia social ou mesmo pela inexistência de oferta de serviços, gerando na pessoa transexual um sentimento de não pertencimento aos SUS.

Na primeira vez, na rede pública, não consegui. Já me disseram que não faz porque a gente não é mulher, porque não pode ter seios, que não sei o que, como tem o preconceito ainda, né? (PP02)

Fui humilhada na Unidade Básica, riem da sua cara entendeu. Eu, quando fui tirar o silicone que rejeitou, ela falou pra todo mundo ouvir: "ah, isso são homens que querem ser mulher, mas nunca consegue, metem no corpo e depois vem pra cá pra dar dor de cabeça pros outros". (PP04)

Eu não acredito que nem médico e nem enfermeiro seriam capazes de me informar de nada sobre minha situação. A enfermeira não sabia, nem que fazia encaminhamento, tanto que ela me passou pro médico, e ninguém sabia nada, ninguém sabia o que fazer na clínica da família. (PP05)

Através dos depoimentos descritos, verifica-se, sob a ótica da Teoria honethiana, o desrespeito relativo à garantia de uma assistência integral e livre de riscos, denotando, ainda, uma relação entre profissional e usuário desprovida de empatia e reciprocidade.

Os depoimentos expressam uma percepção de invisibilidade no atendimento. Todavia, o respeito pelos direitos e pelo acesso aos serviços de saúde está intrínseco em um acolhimento eficiente que só é possível através do reconhecimento e da visibilidade dessa população, tornando-se fundamental para humanização nas relações.

O desrespeito e a falta de orientações específicas reverberam na procura por tratamento alternativo e não seguro, a fim de satisfazer suas necessidades peculiares de adequação do corpo físico com o gênero ao qual o usuário se identifica. Isso evidencia uma não inclusão efetiva nas políticas públicas de saúde a eles direcionadas.

DISCUSSÃO

Sob a luz do estudo da ética, tendo como objeto a moral social, levantam-se questões, tais como racismo, discriminações em geral, bem como as restrições relacionadas a políticas assistenciais direcionadas à população transexual. Nesse viés, este estudo evidenciou que as restrições de políticas de saúde oferecidas na atenção básica se apresentam, não apenas pela falta de implementação de ações direcionadas a esse grupo humano, mas também por condutas desrespeitosas que levam ao sofrimento humano, promovendo um sentimento de não pertencimento ao SUS.

As categorias temáticas definidas neste estudo emergiram dos fragmentos de falas mais enfatizados pelos transexuais, como desrespeito à sua condição humana e ao seu nome social, sofrimento, tristeza e falta de assistência em saúde, configurando-se em atitudes restritivas.

A desumanização das relações, ainda que não verbalizada, é percebida nas entrelinhas, ferindo a primeira esfera da Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, a saber, a esfera do

amor. É nesse momento que o usuário transexual se percebe em uma relação de menos valia social em que, por exemplo, o desrespeito ao nome social e outras expressões transfóbicas proferidas pelos profissionais dos serviços de saúde surgem como principais barreiras de acesso.¹⁶

Os relatos se coadunam com as iniciais reflexões sobre a abjeção do corpo transexual, que acaba os remetendo a guetos, em que são reconhecidos e aceitos como iguais. Desta forma, a depreciação da condição de gênero dessa população, que permeia todas as ações negativas do profissional de saúde, que atende a essa população, opera impedindo uma atuação autônoma desse usuário com relação à sua saúde física e mental.

O desrespeito ao amor, na lógica do reconhecimento de Honneth, inclui maus-tratos e violação, que ameaçam a integridade física e psíquica. O desrespeito ao direito inclui a privação de direitos e a exclusão, pois isso atinge a integridade social do indivíduo como membro de uma comunidade político-jurídica.¹⁷

O sentimento de inclusão, segundo Honneth, se dá pela via do reconhecimento. Nessa análise, quando o indivíduo passa por experiências de desrespeito em uma das três esferas que afetam a formação de sua identidade, são geradas consequências lesivas que comprometem o êxito na socialização.¹⁸ A ruptura na relação empática e recíproca no primeiro contato entre profissional e usuário, oriunda do desrespeito, leva à autoexclusão.

Importantes formas de desvalorização da pessoa humana foram retratadas nas falas dos depoentes. A invisibilidade social da pessoa transexual, compreendida nesse contexto como um ser inexistente ou pouco valorado dentro de uma conjunção política, é determinada na primeira ofensa sofrida na busca, desse usuário, por atendimento às suas demandas de saúde, o que já determina uma falha no cumprimento do que é preconizado tanto pela Constituição Federal quanto pelas diretrizes do SUS.

Nesse sentido, o parágrafo único da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde (CDUS) reafirma ser direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, assim como a identidade de gênero.¹⁹

O atendimento às necessidades específicas de saúde da pessoa transexual, quando negada ou restringida, aumenta a vulnerabilidade desse usuário na medida em que, na procura pela harmonização entre sua identidade de gênero e estética corporal, terminam por procurar meios não seguros à sua saúde.

As políticas públicas se apresentam em atividades planejadas e implementadas pelo Estado. Objetivam garantir a segurança da sociedade, combater a fome, promover melhoria na educação, reduzir desigualdades e pautar ações que universalizem a assistência à saúde, devendo ser esta sustentada pelo conceito de equidade. Sob essa ótica, é possível afirmar que se torna cada vez mais urgente a efetivação de políticas públicas inclusivas e de saúde que atendam à população transexual em sua integralidade e pautadas pelos princípios básicos do SUS.²⁰

Desta forma, a formulação de políticas de saúde próprias e inclusivas é essencial, valendo destacar que, por possuir

direitos como cidadãos, essas políticas devem ser consideradas, construídas e implementadas, independentes de ideologias políticas governamentais.

A baixa inclusão nas políticas públicas da população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis, *Queer*, Intersexuais e Assexuais), em especial às pessoas que identificam como transexuais, mostram-se como um problema que ultrapassa as fronteiras brasileiras. Um estudo recente realizado nos Estados Unidos mostra que as disposições do *Affordable Care Act* (Leis de Cuidados Acessíveis), uma vez consideradas proteções de *status quo* para a comunidade LGBTQIA+, agora estão ameaçadas, pois os legisladores estão revertendo os mandatos de assistência médica, expondo os membros dessa comunidade a potenciais exacerbações de preconceito, discriminação e estigmatização anteriormente vistos como violações históricas de direitos humanos.²¹

Frente a esse importante problema de saúde pública, oriundo de políticas públicas de saúde ineficazes ou ausentes, as produções daquele país tendem a refletir acerca das demandas de saúde apresentadas por essa população, até mesmo em idade mais avançadas. As estimativas projetadas para a população LGBTQIA+, nos Estados Unidos, chegam de 4 a 8 milhões de idosos até 2030. Devido à falta de provedores transgêneros e barreiras ao acesso aos cuidados de saúde, os idosos transgêneros dependem de prestadores de serviços cisgêneros mais do que nunca.^{21,22}

No Brasil, a implementação do Processo Transsexualizador no SUS, que regulamenta os procedimentos para a readaptação cirúrgica genital, insere-se no contexto da política LGBT, e o desafio subsequente é a garantia do acesso a todas as pessoas que necessitam dessa forma de cuidado.²³

As dificuldades encontradas no atendimento em Unidades Básicas de Saúde e atitudes profissionais não inclusivas vão de encontro ao que é preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH), em que a transversalidade é fundamental para a atenção à saúde e processos de trabalhos, além de reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais responsável.²⁴

O atendimento desses serviços deve primar pela resolutividade e por um acolhimento efetivo e de qualidade.²⁵ A atenção básica deve considerar a pessoa em sua singularidade, promovendo a inserção sociocultural, buscando, ainda, produzir a atenção integral e incorporar as ações de vigilância em saúde, a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde; além disso, visa ao planejamento e à implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.²⁶

Ações de saúde básica devem garantir tanto o acesso aos serviços quanto dirimir as restrições do usuário que, pela

ineficiência dos serviços, por vezes, acaba procurando a rede privada de saúde para atender às suas demandas.

Essa questão se refere à capacidade de as equipes reconhecerem as necessidades locais de saúde e ofertar ações para supri-las. As questões relacionadas à forma como as redes assistenciais estão organizadas e como se constitui a qualidade do atendimento ofertado ao usuário estão associadas a um cuidado integral e também à resolutividade do serviço.²⁷

Embora o serviço público seja a primeira opção, percebem-se nos fragmentos citados importantes entraves no atendimento, como falta de insumos para manutenção do tratamento, dificuldade de acesso aos serviços por estigmatização da pessoa transexual, atitudes preconceituosas, deficiência de conhecimentos acerca do processo de transição de gênero dos profissionais de saúde e despreparo no acolhimento.

Nesse contexto, a falta de capacitação dos profissionais se torna um fator interferente na exiguidade do acolhimento e da assistência ofertada, em que a busca por tratamento especializado ocorre, porém com pouco êxito, em virtude da escassez de serviços para a demanda e da pouca qualificação multiprofissional.²⁸

Não obstante, cabe evidenciar e destacar a existência de uma política de saúde direcionada à população pesquisada. Entretanto, a realidade manifesta uma destituição de direitos que podem estar solidificadas por questões diversas, como preconceito, abjeção, estigma, entre outros, o que nos leva a pensar que a política de saúde, direcionada à camada LGBTQIA+ existente, precisa ainda ser implementada de forma eficiente dentro dos processos de trabalhos desenvolvidos na atenção básica.

Neste sentido, a atuação, especialmente da enfermagem na atenção primária, por ser a enfermagem reconhecida como protagonista na implementação das políticas de saúde do SUS, implica o desempenho de funções pautadas nos princípios do SUS que não admite exclusões de qualquer natureza e tem o dever de promover a equidade.²⁹

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA

Os resultados deste estudo mostram que este grupo social vem sofrendo um alijamento dos processos políticos de saúde pública, sendo esse um reflexo da própria construção de políticas que, no modelo atual, são pensadas *para* a população-alvo, não *com* essa população, oferecendo oportunidade de trocas de conhecimentos mais efetivas e eficientes entre profissionais da equipe multidisciplinar e usuários.

A invisibilidade e o desrespeito por parte dos profissionais, além de constrangimentos e sofrimento que levam à autoexclusão do sistema de saúde, servem de alerta para que esses profissionais, especialmente os enfermeiros, busquem promover um atendimento que traga o usuário para o centro das discussões como participe do cuidado ou cuidado instituinte.

Nesse contexto, concebe-se essa realidade como contribuição principal deste estudo, oportunizando a visibilidade desses

participantes e a identificação de suas reais necessidades, além de trazer à luz a necessidade de implementação de uma política de saúde mais inclusiva, em que esse despertar pelo profissional enfermeiro seja estimulado desde a sua graduação.

Este artigo apresentou as seguintes limitações: a flutuação do número dos participantes pesquisados residentes na área adstrita à Coordenação de Área Programática (CAP) e a violência urbana que, por vezes, dificultou o acesso ao local agendado, gerando faltas repetitivas e até desistência de alguns participantes. Destaca-se ainda que outro fator limitante é próprio da metodologia implementada, qualitativa, que não permite generalizações. Os autores entendem que essas limitações exigem estudos em outras áreas geográficas, com diferentes perfis socioeconômicos e de segurança urbana, para que os resultados possam ser comparados.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Denildo de Freitas Gomes e Enéas Rangel Teixeira

Coleta de dados: Denildo de Freitas Gomes

Análise de dados. Denildo de Freitas Gomes. Enéas Rangel Teixeira. Marta Sauthier e Graciele Oroski Paes

Interpretação dos resultados. Denildo de Freitas Gomes. Enéas Rangel Teixeira. Marta Sauthier e Graciele Oroski Paes

Redação e revisão crítica do manuscrito. Denildo de Freitas Gomes. Enéas Rangel Teixeira. Marta Sauthier. Graciele Oroski Paes

Aprovação da versão final do artigo. Denildo de Freitas Gomes. Enéas Rangel Teixeira. Marta Sauthier. Graciele Oroski Paes

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Denildo de Freitas Gomes. Enéas Rangel Teixeira. Marta Sauthier. Graciele Oroski Paes

EDITOR ASSOCIADO

Cristina Rosa Baixinho 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

1. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Cien Saude Colet*. 2017;22(5):1509-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>. PMID:28538922.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República; 1988 [citado 2019 out 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
3. Jackman KB, Dolezal C, Bockting WO. Generational differences in internalized trans negativity and psychological distress among feminine spectrum transgender people. *LGBT Health*. 2018 jan;5(1):54-60. <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2017.0034>. PMID:29099335.
4. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. Executive summary of the report of the 2015 U.S. Transgender Survey [Internet]. Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016 [citado 2019 out 14]. Disponível em: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Executive-Summary-Dec17.pdf>
5. Kattari SK, Hasche L. Differences across age groups in transgender and gender non-conforming people's experiences of health care discrimination, harassment, and victimization. *J Aging Health*. 2016;28(2):285-306. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264315590228>. PMID:26082132.
6. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 1990 [citado 2019 out 10]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatuizada-pl.pdf>
7. Graziano AP, Egry EY. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):650-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300017>. PMID:22773486.
8. Buttler J. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2002 jan [cited 2019 out 14];10(1):155-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100009
9. Dellacasa MA. Carne única, nueva carne. Cuerpo y democratización de tecnologías biomédicas de transformación corporal para personas trans em el actual escenario argentino. *Physis*. 2019 fev;28(04):25. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280409>
10. Prado Fo KP, Trisotto S. O corpo problematizado de uma perspectiva histórico-política. *Psicol Estud*. 2008 jan/mar;13(1):115-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000100014>.
11. Saraiva MS. Estudos de democracia, políticas e direitos LGBT. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Metanóia; 2017.
12. Honneth A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. Repa L, tradutor. São Paulo: Editora 34; 2011. 296 p.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
14. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 12 dezembro 2012 [citado 2019 out 11]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Rocon PC, Wandekoken KD, Duarte MJO, Sodré F. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(1):e0023469. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>.
17. Honneth A. O direito à liberdade. São Paulo: Martins Fontes; 2015.
18. Tomasi R. A Teoria do Reconhecimento de Honneth e as contribuições para os processos educativos [Internet]. X ANPED SUL; outubro de 2014; Florianópolis (SC). 2014 [citado 2019 out 11]. Disponível em: http://xanpedsul.faed.udesc.br/arq_pdf/1150-0.pdf
19. Atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, de 15 de janeiro de 2018 (BR). Publicada a Resolução CNS n.º 553 que aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde anexa a esta Resolução. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 2018 [citado 2019 out 11]. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/atualizacao-da-carta-dos-direitos-e-deveres-da-pessoa-usuaria-da-saude/>
20. Oliveira I, Romanini M. (Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. *Saude Soc*. 2020;29(1):e170961. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020170961>.
21. Zanetos JM, Skipper AW. The effects of health care policies: LGBTQ aging adults. *J Gerontol Nurs*. 2020 mar;46(3):9-13. <http://dx.doi.org/10.3928/00989134-20200203-02>. PMID:32083697.
22. Perone AK. Protecting health care for transgender older adults amidst a backlash of U.S. Federal Policies. *J Gerontol Soc Work*. 2020;63(8):743-52. <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2020.1808139>. PMID:32921277.
23. Portaria n.º 457, de 19 de agosto de 2008 (BR). Regulamenta o Processo Transsexualizador no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* [periódico na internet], Brasília (DF), 2008 [citado 2019 out 13]. Disponível em: <http://>

- bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html
24. Portaria n.º 2836, de 01 de dezembro de 2011 (BR). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 2011 [citado 2019 out 14]. Disponível em: https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html
 25. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CL. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad Saude Publica. 2008;24(3):663-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>. PMID:18327454.
 26. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 2017 [citado 2019 out 18]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
 27. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Saúde Debate. 2014 Out-Dez;38(103). <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>.
 28. Braz DGC, Reis MB, Horta ALM, Fernandes H. Vivências familiares no processo de transição de gênero. Acta Paul Enferm. 2020;33:eAPE20190251. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0251>.
 29. Santos JS, Silva RN, Ferreira MA. Saúde da população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde e a inserção da Enfermagem. Esc Anna Nery. 2019;23(4):e20190162. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0162>