

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz



Luiz Albérico Araújo Montenegro

Travestis e mulheres transexuais:

Aspectos epidemiológicos, sociais e políticos na forma de andar a vida

Rio de Janeiro

2019

Luiz Albérico Araújo Montenegro

Travestis e Mulheres Transexuais: Aspectos Epidemiológicos, Sociais e Políticos na forma de andar a vida.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo

Co-orientadora: Prof. Dra. Luciane Velasque

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M777t Montenegro, Luiz Albérico Araújo.
Travestis e mulheres transexuais: aspectos epidemiológicos,
sociais e políticos na forma de andar a vida / Luiz Albérico Araújo
Montenegro. -- 2019.
124 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Enirtes Caetano Prates Melo.
Coorientadoras: Luciane Velasque.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Travestismo. 2. Pessoas Transgênero. 3. HIV. 4. Prevalência.
5. Infecções por HIV. 6. Participação da Comunidade. 7. Direitos
Humanos. 8. Epidemiologia. 9. Política Pública. 10. Acesso aos
Serviços de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 614.5993

Luiz Albérico Araújo Montenegro

Travestis e Mulheres Transexuais: Aspectos Epidemiológicos, Sociais e Políticos na forma de andar a vida.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em 13/setembro/2019

Banca Examinadora

Prof. Dra. Sandra Maria Silva Brignol

Prof. Dra. Teresa Tonini

Prof. Dr. Luis David Castiel

Prof. Dra. Elvria Marinho Godinho de Seixas

Prof. Dra. Enirtes Caetano Prates Melo
Orientadora

Rio de Janeiro
2019

AGRADECIMENTOS

O processo de doutoramento, e constituição de um trabalho acadêmico ao contrário do que se diz, está longe de ser um processo solitário, no sentido literal de sua palavra, visto que o conhecimento ao longo dos quatro anos, bem como a constituição do seu produto final, requer a colaboração de diversos atores envolvidos de maneira direta e indireta à sua concepção. Ao me deparar nessa seção do trabalho fiquei pensando no significado da expressão agradecimento e pelos diversos lugares, pessoas e leituras que foram minhas referências pessoais durante essa trajetória. Foram diversos os desafios colocados nesses últimos quatro anos, em que surgiram incertezas, mudanças de rumo e conseqüentemente tensões emocionais. Percebi, pela análise dos vários níveis de agradecimento, a intensidade e importância de todos os envolvidos desde um banho de cachoeira em Teresópolis até o cuidado de pessoas que me cercam, sempre objetivando o meu bem-estar. Assim, lembrei da passagem da música do Paulo César Pinheiro/Maria Bethânia que me acompanhou em diversos momentos, e que expressa meu sentimento nessa escrita.

“Eu tenho zumbi, besouro o chefe dos tupis. Sou tupinambá, tenho erês, caboclo boiadeiro. Mãos de cura, morubichabas, cocares, arco-íris. Zarabatanas, curarês, flechas e altares. A velocidade da luz no escuro da mata escura. O breu o silêncio a espera. Eu tenho Jesus, Maria e José, todos os pajés em minha companhia. O menino Deus brinca e dorme nos meus sonhos. O poeta me contou. Não mexe comigo que eu não ando só. Eu não ando só, que eu não ando só. Não mexe não” (Oásis de Bethânia, 2012)

A partir daqui falo das outras companhias que também não me deixaram andar só nessa caminhada. Minha mainha, Vera Araújo, que mesmo sem entender o processo de doutoramento foi incentivadora. Em você encontro colo para me renovar, é meu apoio e exemplo de generosidade. Te amo!!!

Ao meu parceiro de vida, Victor Giraldo, agradeço a paciência, as trocas, o entendimento, a cumplicidade e a ajuda na minha transformação pessoal e profissional. Com você aprendi que não é a reta a menor distância entre dois pontos, mas o caminho que a conforma. Eu sobrevivi, obrigado!

Meus irmãos Vânia Montenegro, que partiu cedo demais para outra dimensão, mas que ainda é intensa em meu caminhar, Vilma Montenegro e Lúcio Montenegro a distância

geográfica nos separa, mas não apaga o elo de uma infância incrível. Obrigado pela torcida de sempre.

Aos tios Joanita Barbosa e Antônio Costa, sempre me incentivando, sendo apoio e núcleo familiar importante mesmo que distantes geograficamente estão sempre com um abraço de renovação a cada encontro.

Aos amigos e parceiros cotidianos, Mônica Rezende, João Diógenes, Fagundes Pereira, Camila Borges, Andrea Marinho, Ana Patrícia Figueiredo, Ana Batista, Paulo Gustavo, Naylor Vilas Boas, Carla Maciel, Vinicius Vieira, Iris Maria, Lídia Pantoja, Marcelo Radichi, Gilney Costa, Bárbara Coelho, Glaucia Possoli e Valdenilton Albuquerque. Obrigado pelos conselhos, porres, chateações, festas, abraços, sorrisos de vocês e pela arte do encontro.

Ao corpo docente, discente e apoio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP, Maria Alice Pessanha, Regina Ferro, Teresa Neves, Renata Ruiz, Alessandra Mattos, Maria Lúcia de Macedo, Delaine Costa, Mirna Teixeira, Vanessa Costa e Silva e Tatiana Vargas, obrigado pela confiança e pelos aprendizados cotidianos.

As minhas orientadoras, Enirtes Caetano, pela disponibilidade e confiança. Luciane Velasque, eu nem sei como agradecer pelo resgate, pelas conversas, pela escuta nos momentos mais tensos, pelo sorriso estampado a cada encontro de orientação regado a doces e café quente. Mônica Malta, por ter cruzado meu caminho acadêmico e ter me aberto um mundo de possibilidades. Você me ensina a arte do renascimento e do equilíbrio mesmo em corda bamba. Mulheres, vocês são incríveis!

À equipe de trabalhadores da biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, vocês são incríveis, obrigado pela ajuda nas buscas das referências de leituras.

Agradeço à Escola Nacional de Saúde Pública, ao Programa de Epidemiologia e ao corpo docente do mesmo por me possibilitar o processo de formação.

Agradeço em especial a toda população LGBTQI+ pela coragem na existência e pela potência do movimento. Um viva pra nós!!!

*“Não me venha falar da malícia de toda mulher
Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é
Não me olhe como se a polícia andasse atrás de
mim
Cale a boca, não cale na boca notícia ruim
Você sabe explicar
Você sabe entender
Tudo bem
Você está, você é
Você faz, você quer
Você tem
Você diz a verdade
E a verdade é o seu dom de iludir
Como pode querer que a mulher vá viver sem
mentir?”*

(Caetano Veloso)

RESUMO

Travestis e Mulheres Transexuais fazem parte das chamadas populações chave no tocante a distribuição de infecção pelo vírus HIV, consideradas como grupo que concentra maiores prevalências à infecção. Também são denominadas de grupo de difícil acesso para realização de pesquisas, parte explicado por questões estruturais e sociais, como estigma e violência presentes na sociedade. O presente trabalho tem como objetivo elucidar aspectos epidemiológicos, sociais e políticos que incidem e condicionam o cotidiano de travesti/mulheres transexuais. Constituído de três artigos, precedido por uma introdução em que são apresentados aspectos históricos referentes a constituição de uma ideia patologizada das populações gay e transexuais. Discorre-se sobre enfrentamentos de movimentos sociais e da academia sobre essa posição, além de situar o leitor a respeito de aspectos e práticas sociais envolvidos na exclusão social dessa população e suas consequências na saúde. Traz um apanhado sobre a epidemiologia de HIV, em populações chave, dentre estas travestis e mulheres transexuais, e ações governamentais de combate à infecção no mundo e no Brasil. O artigo 1 trata de revisão sistemática cujo objetivo é estimar a prevalência de HIV em travestis/mulheres transexuais na América Latina, seguido de meta análise para verificar possíveis diferenças quando da realização de recrutamento utilizando RDS e não RDS. As prevalências encontradas nos 18 artigos selecionados pela revisão sistemática variaram de 10.7% a 47%. Quanto ao tipo de recrutamento, os achados demonstraram pouca variação nas medidas sumários apresentadas. O artigo 2 é um estudo qualitativo, classificado como social estratégica, em que se analisou as discussões presentes em três grupos focais, realizados com travestis/mulheres transexuais na cidade do Rio de Janeiro. Utilizou-se análise de conteúdo de Bardin, e teve como objetivo discutir suas percepções e experiências nas formas de andar a vida, considerando contínuo trânsito entre gêneros e desafios frente a sociedade cis/heteronormativa, tendo o termo passabilidade como elemento transversal às suas experiências sociais. Os achados de pesquisa apontam desafios e enfrentamentos cotidianos desse grupo social no que tange aspectos relacionados a exclusão social e estigmas. O terceiro artigo faz um apanhado da atual conjuntura política no Brasil, e desafios a serem enfrentados em um contexto de políticas conservadoras e congelamento de investimentos públicos em saúde e educação, que afetam diretamente ações que ajudam a diminuir estigmas sociais em torno da questão envolvendo o grupo social aqui estudado, e que tensionam as garantias de direitos e cidadania.

Palavras-chaves: Travestis, Mulheres Transexuais, HIV, Cidadania, Direitos Humanos

ABSTRACT

Travesties and transgender women make part of the so-called key populations with concern to distribution of HIV infection, being regarded as a group that concentrates highest prevalence to the infection. They are also considered as a group of hard access to the development of researches, which is partially explained by social and structural issues, such as stigma and violence present in the society. This research aims to elucidate epidemiological, social and political aspects which condition travesties and transgender women daily life. This study is composed of three papers, preceded by an introduction in which historical aspects concerning the shaping of pathologized views of gay and transgender populations are presented. We discuss clashes of social movements and of the academy against such views, as well as aspects and social practices involved in social exclusion of these populations and their consequences to their health. The brings also includes an overview of HIV epidemiology in key populations, including travesties and transgender women, and of governmental actions against the infection in Brazil and around the world. Paper 1 addresses a systematic literature review aiming to estimate the prevalence of HIV in travesties and transgender women in Latin America, followed by a meta-analysis to verify possible differences in RDS-based and non RDS-based recruiting. Prevalence found in the 18 selected papers by the systematic review range from 10.7% to 47%. Findings concerning the type of recruitment show low variation on summary measurements presented. Paper 2 is a qualitative study, labeled as social strategic, in which discussion on three focal groups conducted with travesties and transgender women in Rio de Janeiro city where analyzed. Bardin's content analysis was used to discuss participants' perceptions and experiences regarding ways to carry on life, considering a continuous transit between genders and challenges towards and cis/heteronormative society, having the term passability as a transversal element to their social experiences. Research findings reveal everyday challenges and clashes face by these groups concerning aspects related to social exclusion and stigmas. Paper 3 makes an overview of current political conjuncture in Brazil, and of challenges to be overcome in a context of conservative policies, and budget in health and education cut down, which directly affect actions helping to reduce social stigmas involving to social group addressed in this study, and put into question their warrants of civil rights and citizenship.

Keywords - Transvestites, Transsexual Women, HIV, Citizenship, Human Rights

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Alta prevalência de HIV entre travestis na Ásia e Pacífico.....	33
Figura 2 – Nuvem de palavras.....	52
Figura 3- Processo de seleção de artigos.....	58
Figura 4 - Gráfico de funil.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Prevalência de hiv em travestis e mulheres transexuais em doze capitais brasileiras, 2018.....	36
Quadro 2 - Tipos, objetivos e ações combinadas propostas para a prevenção do HIV.....	38
Quadro 3 - Descritores utilizados nas bases de busca.....	44
Quadro 4 - Categorias analíticas encontradas após análise de conteúdo de Bardin.....	51

LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1 - Características dos estudos selecionados, prevalência de HIV e fatores associados entre travestis e mulheres trans, na América Latina, 2008-2018.....</u>	59
Tabela 2 - prevalência agrupada de HIV entre mulheres transexuais e travestis da América Latina.....	66
Tabela 3 - Prevalência de HIV estratificada pelo tipo de recrutamento entre mulheres transexuais e travestis da América Latina.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- TARV - Terapia Antiretroviral de Alta Potência
- PAHO - *Pan American Health Organization* (Organização Panamericana de Saúde)
- RedeTrans - Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil
- CID 10 - Código Internacional de Doenças
- PEP - Profilaxia Pós-Exposição
- MeSH - *Medical Subject Headings* (Sistema de Metadados Médicos em Língua Inglesa)
- LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica)
- MS - Ministério da Saúde
- GF - Grupos Focais
- UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação e pelo Ministério da Saúde
- PrEP - Profilaxia Pré-exposição
- TDF - Antirretrovirais Fumarato de Tenofovir Desoproxila
- FTC - Entricitabina
- SUS - Sistema Único de Saúde
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- CID - Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
- DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais
- CFM - Conselho Federal de Medicina
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- MHB - Movimento Homossexual Brasileiro
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- LGBTQI+ - Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo
- HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- RCPN - Registro Civil das Pessoas Naturais
- STF - Supremo Tribunal Federal
- PGR - Procuradoria-Geral da República
- ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais
- UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
- PLWHA - *People Living with HIV/AIDS* (Pessoas Vivendo com HIV/AIDS)

- HAART - *Highly Active Antiretroviral Therapy* (Terapia Antirretroviral Altamente Ativa)
- IST - Infecção Sexualmente Transmissível
- RDS - *Respondent Driven Sample*
- SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
- Siscel - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV
- Siclom - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
- UDI - Usuários de Drogas Injetáveis
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- HSH - Homens que fazem sexo com homens

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 APRESENTAÇÃO DA TESE: SUA ESTRUTURA E FORMATO MULTIPAPER	14
1.2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	15
1.3 A “BALBÚRDIA” NAS FORMAS DE ANDAR A VIDA: REFLETINDO HISTORICAMENTE A EXISTÊNCIA GAY E TRANS	16
1.4 GÊNEROS E TERMOS ASSOCIADOS.....	21
1.5 POLÍTICAS PÚBLICAS E ACESSO À SERVIÇOS EM SAÚDE VOLTADOS PARA A POPULAÇÃO TRANS.....	23
1.6 EPIDEMIA DE HIV NO MUNDO E BRASIL.....	28
1.7 POPULAÇÕES-CHAVE E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	32
2. METODOLOGIA	41
2.1 METODOLOGIA DO ARTIGO 1 - TRAVESTIS/MULHERES TRANSEXUAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA E META ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE HIV NA AMÉRICA LATINA.....	41
2.2 METODOLOGIA DO ARTIGO 2 – REFLEXÕES SOBRE SER TRAVESTI E MULHER TRANSEXUAL: ABORDAGEM SOCIAL ESTRATÉGICA NAS RELAÇÕES COTIDIANAS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	46
2.2.1 Grupo Focal.....	47
2.2.2 Análise de conteúdo	49
2.2.3 IRAMUTEQ	51
3. RESULTADOS	53
3.1 ARTIGO 1 – PREVALÊNCIA DE HIV EM MULHERES TRANSEXUAIS NA AMÉRICA LATINA: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE COM BASE EM RECRUTAMENTOS RDS E NÃO RDS	53
3.1.1 Introdução	53
3.1.2 Materiais e Métodos	55
3.1.3 Critérios de Elegibilidade.....	56
3.1.4 Fontes de Informações e Estratégias de Busca	56
3.1.5 Seleção dos Estudos e Extração dos Dados.....	56
3.1.6 Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Clínicos	57
3.1.7 Análise de Dados	57
3.1.8 Resultados.....	58
3.1.9 Meta-análise	65
3.1.10 Considerações Finais	68
3.1.11 Referências	69

3.2 ARTIGO 2 – REFLEXÕES SOBRE SER TRAVESTI E MULHER TRANSEXUAL: ABORDAGEM SOCIAL ESTRATÉGICA NAS RELAÇÕES COTIDIANAS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	72
3.2.1 Introdução	72
3.2.2 Materiais e Métodos	74
3.2.3 Resultados	77
3.2.4 Considerações Finais	86
3.2.5 Referências	88
3.3 ARTIGO 3 – <i>PUBLIC HEALTH, HIV CARE AND PREVENTION, HUMAN RIGHTS AND DEMOCRACY AT A CROSSROAD IN BRAZIL</i>	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	108
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIANDO DO CEP (PESQUISA DIVAS)	108
ANEXO 2 – ARTIGO 3.....	120

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DA TESE E SUA ESTRUTURA E FORMATO MULTIPAPER

A discussão sobre questões relativas à população de travesti e mulheres transexuais, possibilitou minha inserção, como pesquisador, em espaços e lugares diferentes do cotidianamente vivenciado, e permeou a escrita deste texto. A trajetória de vida, acadêmica e profissional do pós-graduando, que apresenta esta tese de doutorado, passando pela discussão teórica apresentada e chegando até os objetivos e questões da pesquisa, levou a uma transformação não só como pesquisador, mas como sujeito. Acredito que a natureza desta investigação gerou mobilização para a vivência e protagonismo em novas experiências não apenas como pesquisador, mas como educador e ativista da população LGBTQI+.

Na problematização e no contexto desta investigação, a apresentação da tese em um formato tradicional – estruturado por introdução, fundamentação teórica, metodologia, apresentação dos dados, discussão de resultados e conclusão – limitaria o entendimento sobre as questões que orbitam na população investigada. Na tentativa de ir para além da investigação epidemiológica, de patologias que incidem de maneira diferenciada na população investigada, e por isso mesmo denominada população chave, bem como a pouca informação presente na literatura nacional sobre o objeto de investigação desse trabalho, acredito ter sido possível realizar os diferentes estudos que compõem o objetivo geral da investigação em questão.

Por esse motivo, acreditando que “o processo de pesquisa não deve ser condicionado aos limites da forma (para usar uma palavra com acepção mais ampla que formato), mas é a forma que deve decorrer do processo de pesquisa” (BARBOSA, 2015, p. 363), optei por escrever esta tese em um formato multipaper, cujo corpo do texto é composto de três artigos.

Comungando da ideia de Barbosa (2015), para o qual o formato que apresenta dissertações e teses compostas de artigos descreve um exemplo de formatos insubordinados, definidos pelo autor como aqueles que rompem com a representação tradicional em que os trabalhos acadêmicos de pesquisa são apresentados. Pesquisadores que discutem o formato multipaper (DUKE, BECK, 1999; PALTRIDGE, 2002; BARBOSA, 2015) afirmam que a composição de dissertações e teses como em formato de artigos publicáveis facilita a comunicação, bem como a circulação dos resultados da pesquisa, além de desenvolver competências para o trabalho de pesquisador como as características particulares da escrita de um artigo, modalidade predominante na divulgação científica, e a apropriação de diferentes teorias e abordagens metodológicas.

Para dar maior clareza à articulação entre os artigos no contexto geral da pesquisa, Barbosa (2015, p. 351) sugere que o pesquisador pode “agregar capítulos introdutórios, em que circunstância a dissertação ou tese, e capítulos finais, para retomar e globalizar os resultados relatados nos artigos”.

Como orientado nas ideias do autor, esse trabalho foi conduzido por esse caminho na escrita da introdução da tese, finalizada nesta seção, e esse texto será concluído com um capítulo final para articular os resultados dos artigos aqui apresentados. Na seção a seguir, descrevo com mais detalhes, a estrutura da tese e seus objetivos.

Na seção 1.2 diz respeito aos objetivos da tese. Na seção 1.3, tem-se o corpo introdutório do trabalho, em que são apresentados aspectos históricos referentes a constituição de uma ideia patologizada das populações LGBT, bem como aponto elementos constituidores dessa ideia. Discorro também sobre formas de combate e lutas de movimentos sociais e da academia sobre essa posição, além de situar o leitor sobre aspectos e práticas sociais envolvidos na exclusão social dessa população e suas consequências na saúde. Trago um apanhado sobre a epidemiologia de HIV, em especial dentre populações chave, entre estas travestis e mulheres transexuais, e ações governamentais, de combate a infecção no mundo e no Brasil.

1.2 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Objetivo Geral:

Elucidar aspectos epidemiológicos, sociais e políticos que incidem e condicionam o cotidiano de Travesti e Mulheres Transexuais.

Objetivos Específicos:

Artigo 1: Trata-se de Revisão Sistemática seguida de Meta Análise com o objetivo de estimar a prevalência de HIV entre mulheres transexuais e travestis da América Latina.

Artigo 2: Trata-se de abordagem qualitativa, em que se analisou as entrevistas de três grupos focais referentes a etapa formativa da pesquisa “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência para o HIV, sífilis e hepatites B e C entre travestis/mulheres transexuais em 12 municípios brasileiros”, realizada na cidade do Rio de Janeiro. O artigo tem como objetivo discutir as percepções de Travestis /Mulheres Transexuais sobre suas experiências e formas de andar a vida em um contínuo trânsito entre gêneros e desafios frente a uma sociedade cis/heteronormativa.

Artigo 3: Traz um apanhado crítico/reflexivo dos últimos acontecimentos políticos no Brasil e incertezas quanto a manutenção de políticas insterretoriais importantes no combate ao estigma, preconceito e controle da epidemia de HIV, que enfrentam a população LGBTQI+, bem como suscita questões referente à manutenção do Sistema Único de Saúde.

1.3 A “BALBÚRDIA” NAS FORMAS DE ANDAR A VIDA: REFLETINDO HISTORICAMENTE A EXISTÊNCIA GAY E TRANS

Do ponto de vista histórico conceitual, a transexualidade como compreendida atualmente, foi demarcada pela intervenção cirúrgica, sofrida e desejada na dinamarca, por um jovem em 1952, à época com 28 anos de idade, cujo nome era George Jorgensen, ex soldado do exército estadunidense que se tornou Christine e, anos mais tarde, passou a ser assistido pelo endocrinologista Harry Benjamin nos Estados Unidos. A publicização dessa intervenção trouxe grande contribuição para a o entendimento sociológico sobre a identidade sexual e a construção da categoria de gênero, bem como estabeleceu o conceito de transexualismo (ARAN & MURTA, 2009).

Para Bento e Pelúcio (2012), é a partir dos anos 50 do século XX que foram publicados os primeiros artigos que registraram a especificidade do chamado "fenômeno transexual". Vale destacar também, que nesse bojo, o endocrinologista Harry Benjamin se debruçou na compreensão da diferenciação das pessoas transexuais em relação às homossexualidades. Para Benjamin, à época, a relação de abjeção que as pessoas transexuais apresentavam com suas genitálias seria um marcador observado em seus discursos.

As autoras apontam que mesmo que Benjamin tenha defendido a cirurgia de transgenitalização como a única alternativa terapêutica possível para as pessoas transexuais, estabeleceu critérios cunhados cientificamente para que fosse possível diagnosticar "o verdadeiro transexual" e desta maneira justificar a intervenção cirúrgica. Em seu livro O fenômeno transexual, publicado em 1966, ele fornece as bases para esse diagnóstico.

Para Benjamin, o critério fundamental para definir o "transexual de verdade" seria a relação de abjeção, de longa duração, com suas genitálias. Esta relação, uma vez estabelecida, poderiam acarretar em sofrimentos psíquicos, levando ao suicídio. Assim, como forma de evitar tal desfecho, as cirurgias deveriam ser recomendadas a partir de um rol de procedimentos apontados por Benjamin em seus estudos.

Esse acontecimento acompanhado por Harry Benjamin (1966/1999) cria o conceito de transexualismo. Apoiado nos avanços dos estudos biológicos do século XX, em especial os

estudos genéticos, Benjamim propõe a falsa dicotomia absoluta entre “masculino” e “feminino”, e caracteriza como inadequada a determinação do sexo do indivíduo baseada puramente nas diferenças anatômicas.

Desta forma, o sexo resultaria de um apanhado de componentes (cromossômico, genético, anatômico ou morfológico, genital, gonádico, legal, germinal, endócrino, psicológico e social), estando a definição do sexo relacionada diretamente com a predominância de um destes fatores. Entretanto, o autor também aponta a influência do meio social sobre o comportamento e destaca que, exceto o sexo genético, esses “tipos de sexo” não são fixos e podem ser modificados através de tratamentos hormonais ou procedimentos cirúrgicos.

Até o momento foi referido o termo transexualismo, e aqui é impoderável apontar que tal termo foi cunhado por saberes médicos na busca pela normatização de corpos, tendo no binarismo homem-mulher a essência da existência humana, em que tudo que dele se distanciava já se caracterizava como patológico, e por consequência passível de tratamento médico.

Aqui vale fazer uma referência ao movimento homossexual e sua historicidade de luta pela despatologização de sua existência, e paralelamente, trazer uma linha de pensamento na construção dos desafios sociais contidos nas diferentes formas de estar no mundo para além dos pólos masculino e feminino baseados em aspectos anátomo fisiológicos.

Dito isto, Carneiro (2015), em seu artigo *A Morte da Clínica: Movimento Homossexual e Luta Pela Despatologização da Homossexualidade no Brasil (1978-1990)*, faz um apanhado histórico pelas lutas dos movimentos sociais pela descriminalização e despatologização da homoafetividade. O autor informa que os primeiros militantes homoafetivos alemães em meados do século XIX conseguiram remover o artigo 175 do Código Penal germânico, que previa a condenação de relações homoeróticas.

Mesmo com o sucesso adivindo desta campanha de descriminalização da homossexualidade na Alemanha, segundo o autor, também foi atribuído ao homossexual um caráter “inferior” frente à heteronormatização, visto que passaram de criminosos e pecador à categoria de doentes, atribuindo-lhes um caráter patológico, não mais merecedores de punição, mas de tratamento médico.

Trevisan (2000) em seu livro *Devassos no Paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*, assinala uma passagem com semelhante referência em território nacional, que nos remete ao anteriormente exposto.

Se é verdade que, no Brasil as investidas psiquiátricas contra os homossexuais nunca chegaram a criar instituições especializadas, nem por isso as sugestões de crescente

psiquiatrização da prática homossexual deixaram de ser, a partir da década de 1920, periodicamente reiteradas por autoridades médico-policiais do país, preocupadas com a defesa da “sociedade sadia”. Numa tese de 1928, defendida na Faculdade de Medicina de São Paulo, o médico-legista Viriato Fernandes Nunes alertava: “Toda perversão sexual atenta violentamente contra as normas sociais.” E exigia rigor na repressão, pois se “esses criminosos (os pederastas) têm perturbadas as suas funções psíquicas”, a sociedade não pode permitir-lhes “uma liberdade que eles aproveitariam para a prática de novos crimes”. Ora, “o homossexualismo é a destruição da sociedade, é o enfraquecimento dos países”; se ele “fosse regra, o mundo acabaria em pouco tempo” –. Daí, deve-se utilizar meios de repressão que, se não resvalam pelos antigos excessos, “previnem com segurança repetição desses crimes”, atendo-se “a normas científicas muito diversas daquele primitivo empirismo”, segundo o Dr. Fernandes Nunes. Mesmo porque, ponderava Aldo Sinisgalli, “a experiência de séculos (...) nos prova que punir os homossexuais é agir sem nunca atingirmos os resultados visados”. Além disso, como os indivíduos doentes “são irresponsáveis pelo seu mal, seria injusta, incoerente e absurda a aplicação de penas”, reiterava o mesmo Sinisgalli. Portanto, a abordagem teria de ser outra, como afirmava categoricamente o famoso médico-legista Afrânio Peixoto: “Em vez de anátema, o tratamento. Em vez de enxofre derretido, hormônios”. Propondo uma “revisão educativa”, ele proclamava: “Por que um labéu de infâmia há de perseguir os missexuais (homossexuais)? O que nos cumpre, humanamente, moralmente, é tratá-los, corrigir-lhes a natureza errada, como se faz aos aleijados (...), aos tarados, aos deficientes”. Se, como dizia Leonildo ribeiro, professor de Direito da Universidade do Rio de Janeiro, ficou provado que o homossexualismo é “uma consequência de perturbações do funcionamento das glândulas de secreção interna”, trata-se então de “mais um problema social a ser resolvido pela medicina” (TREVISAN, 2008, p.188)

O “homossexualismo” foi incluído na Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS a partir da sua 6ª Revisão, em 1948, na Categoria 320 “personalidade patológica”, por ser considerado um “desvio sexual”. Esta categorização foi revista na 8ª Revisão, em 1965, na qual o homossexualismo passou a ser compreendido como pertencente a Categoria 302 “Desvio e Transtornos Sexuais”, mais especificamente, na sub-categoria 302.0 -“Homossexualismo”.

Com a 9ª Revisão, em 1975, manteve-se a homossexualidade na mesma classificação. Entretanto, nesse período, muitos psiquiatras, principalmente dos Estados Unidos, já refutavam esta disposição.

Carneiro (2015), informa que para o Movimento Homossexual Brasileiro (MHB), a despatologização da homossexualidade em 1985, além de representar o primeiro êxito efetivo, foi um grande passo na luta contra a discriminação e “subcidadania”. A conquista do MHB em relação à extinção do parágrafo 302.0, do Código do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), antecipou-se em muito a despatologização da homossexualidade no plano internacional, que só ocorreu em 17 de maio de 1990.

Desse modo, e levando em consideração a despatologização da homossexualidade, acredito que vivemos um momento de maior compreensão no que diz respeito as existências de travestis e transexuais, assim como ocorreu com a homoafetividade, o momento patologizador serviu para que se afastasse a transexualidade do campo moral, do conceito de perversão,

devasso e pervertido e se alojasse no campo da doença, semelhante ao movimento alemão e como apontado na passagem de Trevisan.

É essa condição de doente que parece enunciar, que nesse estado de doença, o que há de menos importante é o ser humano, com suas subjetividades e dentro de valores que trazem sentido a sua existência. E visto que se há doença haveria também a necessidade de se buscar uma cura, nesse sentido a medicina toma para si as questões da normatização dos corpos, impõe regras de aceitação do estado de não doentes, transformando formas e estilos de vidas em entidades nosológicas.

Nesse sentido Murta (2007), alerta para a adoção do transexualismo como uma entidade nosológica, visto que apresenta normas fixas e rígidas de gênero. E que os critérios utilizados para a enunciação desse diagnóstico reafirmam as mesmas normas já estabelecidas, impossibilitando, muitas vezes, a participação das pessoas transexuais em espaços legitimadores dessa patologização. Na mesma linha, Reis (2008, p.101) afirma que tal imposição do diagnóstico recupera a necessidade da comprovação da “carreira de doentes. E mais, precisam comprovar, dentro desta carreira, que são verdadeiros e verdadeiras transexuais”.

Em setembro de 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução 1482/97, aprovou a realização de cirurgias de transgenitalização nos hospitais públicos universitários do Brasil, de caráter experimental, subordinando as intervenções, também, às normas e diretrizes éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996, sobre pesquisas em seres humanos. Nesse momento se conformam as diretrizes legais para que serviços interdisciplinares especializados começassem a se organizar, atendendo às demandas historicamente invisibilizadas e negligenciadas denunciadas por pesquisadores e movimentos sociais.

No ano de 2002 o CFM reformulou a Resolução CFM nº 1482/97, e aprovou a Resolução CFM nº 1652/2002, atualmente vigente, que ampliou as possibilidades de acesso aos procedimentos de transexualização, retirando o caráter experimental da cirurgia do tipo 2 neocolpovulvoplastia, e mantendo o da cirurgia do tipo neofaloplastia. Esta ampliação tornou possível o atendimento das transexuais femininas em qualquer instituição de saúde, pública ou privada, impondo novos desafios relacionados ao acesso a procedimentos no SUS, e na iniciativa privada.

O diagnóstico exigido pelas normativas que regem o Processo Transexualizador no SUS é baseado nos critérios avaliativos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

em seu Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), e pela Associação Americana de Psiquiatria em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM). Em ambos os documentos, a transexualidade é categorizada como uma patologia psiquiátrica: no CID-10 ela é classificada como um transtorno da personalidade e do comportamento adulto; no DSM-IV a encontramos no capítulo sobre transtornos da identidade sexual onde está elencada como um transtorno da identidade de gênero.

A documentação brasileira, que regula o Processo Transexualizador, assemelha-se à documentação internacional mencionada, nomeadamente a Portaria 1.707/2008 do Ministério da Saúde, revogada pela portaria 2.803/2013 que institui o processo transexualizador no SUS, e a Resolução 1.652/2002 revogada pela Resolução 1.955/2010 do Conselho Federal de Medicina, que regulamentam o cuidado em saúde trans-específico oferecido no país.

Tais documentos impõem a obrigatoriedade de acompanhamento psiquiátrico por dois anos por uma equipe multiprofissional durante os quais um/a profissional de saúde mental deve avaliar, seguindo o CID e o DSM, se a pessoa que requer acesso à terapia hormonal e/ou às cirurgias de redesignação sexual é, de fato, um “transexual verdadeiro”.

As resoluções do CFM apresentam 4 critérios mínimos para a definição de transexualismo sendo eles: 1. Desconforto com o sexo anatômico natural; 2. Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; 3. Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; 4. Ausência de outros transtornos mentais.

Esse último critério aponta para a patologização da transexualidade como distúrbios psiquiátricos e coloca barreiras de acesso à compreensão das subjetividades inerentes às diversas formas de existir. Ficando, como mencionado anteriormente, vistas muitas vezes, pela medicina, como portadoras de patologia, limitadas à Classificação Internacional de Doenças, com vistas a um *check list* de características que desconsideram a subjetividade inerente a todo indivíduo.

Em junho de 2018 é lançado o Provimento nº 73 de 28 de junho de 2018, que dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN), que afirma em seu artigo 4º, inciso 1º, que o atendimento do pedido apresentado ao registrador independe de prévia autorização judicial, ou da comprovação de realização de cirurgia de redesignação sexual e/ou de tratamento hormonal ou patologizante, assim como de apresentação de laudo médico ou psicológico.

Uma vez conseguida a cirurgia de redesignação sexual, outro passo seria a mudança do nome em documentos oficiais. Antes do Provimento nº 73 os processos que envolviam essa mudança eram burocráticos e se prolongavam até a sua realização. Atualmente, transgêneros podem solicitar a mudança de prenome e gênero em registro civil sem a necessidade de cirurgia de mudança de sexo. A decisão tomada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), foi a conclusão do julgamento, iniciado em junho de 2017, de ação proposta pela Procuradoria-Geral da República (PGR), em 2009.

1.4 GÊNEROS E TERMOS ASSOCIADOS

Aqui abro um espaço para demonstrar alguns conceitos e teorias que abarcam o trabalho em questão, na tentativa de elucidar algumas dúvidas comumente percebidas nas discussões sobre as condições de existência, para além da simplificação excessiva do ser homem e mulher dentro de padrões socialmente construídos, e comumente referenciados às características anatômicas.

Baseado em estudo de Joan Scott (1989), o conceito “gênero”, ao que tudo indica, surgiu entre as feministas americanas, em que apontavam o caráter crucial e centralmente social das distinções baseadas no sexo. Assim, gênero apontava a rejeição ao determinismo biológico supostamente colocados no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”, sublinhando também o aspecto relacional das definições normativas das feminilidades. O termo, segundo a autora, proporcionou a ruptura reducionista, bem como de isolamento dos estudos centrados na questão da mulher.

O gênero, refere-se ao ser homem ou mulher, o que, segundo Scott (1990), é histórico, social e culturalmente construído, estando, portanto, atrelado à tais variáveis e podendo ser contestável, mutável, transformável e independente do sexo biológico. Nesse processo, gênero é uma percepção sobre as desigualdades sexuais, reconhecendo que existem diferenças entre os corpos sexuados, e que os significados culturais a ele atrelado, conferem-lhe sentido e o coloca diretamente associado às relações hierárquicas de poder.

Para Berenice Bento (2008), socióloga brasileira,

A transexualidade é uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero. Essa definição confronta-se à aceita pela medicina e pelas ciências psi que a qualificam como uma “doença mental” e a relaciona ao campo da sexualidade e não ao gênero. Definir a pessoa transexual como doente é aprisioná-la, fixá-la em uma posição existencial que encontra no próprio indivíduo a fonte explicativa para seus conflitos, perspectiva divergente daqueles que a interpretam como uma experiência identitária. (BENTO, 2008, p.14)

Já para psicóloga, e ativista contemporânea, Jaqueline Gomes de Jesus (2012), a transexualidade é uma questão de identidade, não devendo estar, portanto, dentro de princípios nosológicos. Entretanto, a autora reconhece que os avanços médicos proporcionam, com fins estéticos, que pessoas alocadas em tal condição adequem uma fisiologia quase idêntica à de mulheres e homens genéticos e biológicos. A autora enfoca que mulher transexual é toda pessoa que reivindica o reconhecimento como mulher e homem transexual é toda pessoa que reivindica o reconhecimento como homem.

Ainda para Jesus (2012), o termo trans é diminutivo para se referir às pessoas que vivenciam papéis de gênero fora dos modelos normativos predominantes na sociedade, modelos caracterizados no binarismo homem/mulher, assim, tal termo, associa-se às pessoas integrantes da população “transgênero”, anunciadas predominantemente por travestis e transexuais, mas também por quaisquer outras pessoas que não se identificam com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento.

A autora também aponta que a condição transexual é determinada na relação como as pessoas se identificam, não tendo vínculo com procedimento cirúrgico de redesignação sexual. Assim, muitas pessoas que hoje se consideram travestis seriam, em teoria, transexuais.

Outros autores, como Mayer et al. (2008), definem transgêneros como termo guarda-chuva usado para descrever pessoas cuja identidade ou expressão de gênero não se apresenta em conformidade com o associado ao do seu nascimento.

De acordo com Mott (2003), as travestis são identificadas como o maior contingente das transgêneros, incluindo-se aqui todas as pessoas que assumem socialmente no seu cotidiano o papel de gênero oposto ao sexo biológico. Tal população assume características femininas, e no intuito de atingirem tal objetivo algumas fazem aplicação de silicone, que podem ser auto aplicados ou utilizam serviços de “bombadeiras”. Outra forma de adquirirem tais características é tomando hormônios para feminilizar seu corpo, bem como adotam uma identidade e um nome feminino (KULICK, 2008)

Contudo, para Jesus (2012) travesti é um termo que se refere à pessoa que vivencia papéis de gênero feminino, entretanto, não se reconhece como homem ou mulher, auto determinam-se como integrantes de um terceiro gênero, ou mesmo sem gênero. A autora adverte a necessidade de se referir a travestis sempre no feminino, o artigo “a” é a forma respeitosa de tratamento.

Estudos sobre travestis no Brasil ainda são poucos, apesar de os movimentos homossexuais terem registro de militância e ativismo desde a década de 50, somente na década

de 90 do século passado é que começaram estudos e pesquisas a fim de distinguir as diferentes identidades e orientações sexuais que compõem o movimento homossexual (BOMFIM, 2009).

Alguns autores apontam que as categorias “travesti”, “travestismo” e “travestilidades” passaram a ser descortinadas com mais frequência por pesquisadores das ciências sociais e da antropologia a partir de 1990, quando da utilização de diários de campo durante incursões etnográficas por bairros periféricos, casas de show, praças, pensões e territórios de prostituição de diferentes capitais brasileiras (BENEDETTI, 2000; KULICK, 1998; SILVA, 1993).

De acordo com Simpson (2015), as travestis reivindicam o respeito as suas vivências e individualidades atreladas ao gênero feminino. Nessa reivindicação são vistas como “transgressoras”, posto que transitam de um pólo a outro, não se encaixando em categorias pré-estabelecidas, e, como consequência desta transgressão passam a sofrer discriminação, rejeição social e são tratadas como seres abjetos. A autora acrescenta que tal condição afeta de maneira direta a busca por tratamentos de saúde em todos os níveis de atenção.

1.5 POLÍTICAS PÚBLICAS E ACESSO A SERVIÇOS EM SAÚDE VOLTADOS PARA A POPULAÇÃO TRANS

É preciso ter em mente que pessoas transexuais e/ou travestis apresentam necessidades de saúde semelhantes às pessoas cisnormativas¹, entretanto, em função de mudanças corporais necessárias para uma melhor adequação física frente às expectativas sociais colocadas, surgem outras demandas de saúde. Além disso, como reconhecido por Simpson (2015, p. 11) “falar de Travestilidade e Transexualidade, na perspectiva do SUS, é trazer à tona questões que há bem pouco tempo eram bastante desconhecidas por grande parte de acadêmicos e da população em geral”.

No caso das travestis e mulheres trans, estas costumam se auto medicar na tomada de hormônios para efeitos de feminização de seus corpos. Outras questões, apontadas pela literatura, dizem respeito às injeções de silicone líquidos, prevalência concentrada de infecção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), problemas psicológicos, tentativas de suicídio, e sofrem constantes e variadas formas de violência (LAWRENCE, 2007).

É importante mencionar que não é a condição de sua existência, como travesti e/ou mulher trans, que implica nas morbidades acima mencionadas, mas que tais morbidades

¹ O termo cis foi cunhado para diferenciar do termo trans. Assim, o termo se refere às pessoas que atendem as expectativas e papéis de gênero atribuído ao nascimento.

aparecem como consequência dos processos de exclusão, estigma e preconceito que envolvem seu cotidiano. Incluindo aqui as diversas instituições como na saúde, sistema jurídico, educação e família.

Dinamizar os processos de saúde-doença envolvidos nas experiências das pessoas trans requer uma maior compreensão da determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades. Implica também que os processos de exclusão, preconceito e estigma estão diretamente associados ao desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer e cultura que interferem na qualidade de vida e de saúde.

Dito isto, e com foco na população aqui referida, impõe-se o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença, que diminuem, ou mesmo retiram, desses grupos sociais os horizontes e expectativas de vida plena.

Alguns achados nacionais demonstram o acima exposto, visto que muitas Travestis e Mulheres Transexuais vivem em precárias condições de vida, tendo como única maneira de subexistência a prostituição, que lhes conferem também, segundo Benedetti (2005), a possibilidade de pertencimento social, que lhes é negado em outros espaços, sendo as ruas o local em que podem exercer a feminilidade e as relações sociais.

O autor adverte, porém, que esse é um território que proporciona dinâmicas relacionais que podem culminar no consumo de drogas, aplicação de silicone industrial, uso indiscriminado de hormônios e outros medicamentos. Conferindo-lhes com isso maiores riscos de contrair ISTs, entre as quais o HIV, estando também expostas às diversas formas de violência e vulnerabilidade.

O advento do HIV/AIDS, que acometeu de maneira direta a comunidade gay, também possibilitou a visibilidade de aspectos relacionados à cultura, atitudes e práticas relacionadas à população LGBTQI+, assim o Ministério da Saúde se viu obrigado a adotar estratégias de enfrentamento, disseminação e controle da epidemia que atingiu de maneira drástica a população de gays nos anos 80 (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Ministério da Saúde, instituída em 1º de dezembro de 2011, através da Portaria nº 2.823, tem como um dos objetivos promover o enfrentamento às iniquidades e discriminações, ampliando o acesso às ações e serviços de qualidade a este público.

O uso do nome social é previsto na saúde pública desde 2006, com a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2007) e reiterado na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009). Contudo, foi somente no ano de 2012 que o nome social ganhou um espaço no cartão do SUS, garantindo o direito adquirido alguns anos antes, mas com pouca efetividade por não ser contemplado no cartão no ato da apresentação dos documentos.

Outro ponto de destaque na Política Nacional de Saúde LGBT, como já mencionado, diz respeito ao processo transexualizador no SUS, que acarreta de maneira direta em outros desafios relacionados com questões da integralidade da assistência à saúde de Travestis e Mulheres Transexuais, que desejem realizar o procedimento e modificarem seus corpos.

Tal procedimento, segundo Peres (2008), demonstra que o desejo por modificação corporal pode levar a comprometimentos psíquicos em função da dificuldade de encontrar locais adequados para efetuarem as mudanças desejadas. De acordo com o autor, são descritas crises de ansiedades, angústias e quadros graves de depressão, que muitas vezes as levam a recorrer ao uso abusivo do álcool e outras drogas, intensificando as vulnerabilidades que são expostas.

Ainda na busca pela transformação corporal, integrantes dessa população fazem uso indiscriminado de hormônio, sem orientação profissional. É sabido a estreita relação entre uso de hormônios femininos e a ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio, entre outras morbidades, que quando não acarretam em óbito deixam sequelas graves (BRASIL, 2013).

Segundo estudos da literatura, aspectos adicionais como estigma, violência, falta de apoio social têm sido associados como ansiedade, depressão e dependência química entre a população de travestis (POTEAT *et al.*, 2015; BOCKING *et al.*, 2013; FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2014; NEMOTO *et al.*, 2011). Mais de 60% de travestis com um histórico de envolvimento em sexo comercial tentaram suicídio pelo menos uma vez, em um estudo realizado com 573 travestis de São Francisco - Califórnia (NEMOTO *et al.*, 2011).

Estressores diários, depressão, baixa auto-estima, discriminação, dependência química têm sido identificados como preditores de comportamentos sexual de maior risco nesta população (CLEMENTS *et al.*, 2008; NUTTBROCK *et al.*, 2013; HOTTON *et al.*, 2013).

Outro importante marcador de saúde, e gerador de desordem psíquica, está ligado à violência que estão submetidas as travestis e transexuais. São cotidianas as notícias advindas da violência física resultando em assassinatos sofridos pela população de Travestis e Mulheres Transexuais. Embora o Brasil não apresente estatísticas oficiais, a Associação Nacional de

Travestis e Transexuais (ANTRA), com base na cidade de Niteroi, Rio de Janeiro, faz a contabilidade baseada em fatos jornalísticos e de informações que chegam como forma de denúncias. Assim, têm-se o dossiê dos Assassinatos e da violência contra Travestis e Transexuais no Brasil em 2018 (BENEVIDES E NOGUEIRA, 2019)

Para o ano de 2018, o dossiê contabilizou 169 casos de assassinatos nessa população. Ocorreram relatos em todas as regiões do Brasil. Em números absolutos, o Rio de Janeiro foi o que mais matou a população trans em 2018, com 16 assassinatos, seguido da Bahia, com 15 casos, e São Paulo com 14 casos. Em seguida o Ceará totalizou 13 assassinatos e o Pará com 10 ocupa a quinta posição. Minas Gerais aparece com 9, Rio Grande do Sul, Paraná e Mato Grosso com 8, Pernambuco com 7, e o Rio Grande do Norte, Goiás, Espírito Santo e Amazonas com 6 casos. Sergipe e Paraíba com 5, Santa Catarina 4, Maranhão e Alagoas 3. Piauí, Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal com 2 mortes e Tocantins, Roraima e Rondônia com 1 assassinato. Acre e Amapá não tiveram nenhum caso noticiado.

Ainda como denunciado pelo dossiê, apenas 06 estados aplicam a Lei Maria da Penha para Travestis e Transexuais no país, sendo estes: Acre, Pará, Piauí, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, mas ainda de forma muito incipiente. O não reconhecimento das identidades trans, o abandono familiar, a exclusão escolar, a precarização laboral e a exclusão do mercado de trabalho, são aspectos que levam a marginalização dessa população. As Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher não estão preparadas para casos de violência a pessoas trans. O Estado, na realidade, é o que mais violenta esse grupo, não reconhecendo sua identidade de gênero.

Nessa linha de pensamento, embora a manifestação da diversidade sexual se faça presente, a marginalização e estigma a ela associada ainda é uma constante e pode ser verificada de acordo com as denúncias de violação contra a população LGBT da Ouvidoria Nacional e do Disque Diretos Humanos (Disque 100), em que de 2011 a 2014 foram registradas 7.649 denúncias, sendo aproximadamente 16% contra travestis e transexuais. Em 2014, essa porcentagem subiu para 20% com o registro de 232 denúncias. Os estados de São Paulo (53 registros), Minas Gerais (26 registros) e Piauí (20 registros) foram os que apresentaram maiores registros. Entre os tipos de violações, a discriminação e a violência psicológica estão entre as mais recorrentes em 2014, com 85% e 77%, respectivamente, dos casos denunciados contra a população LGBT.

Ainda inexistente no Brasil uma estimativa do quantitativo da população trans, apenas em 2007 foi realizada a primeira pesquisa censitária pelo IBGE abrangendo a população LGBT.

Entretanto, o foco do censo foi apresentar informação relativa à situação de conjugalidade de lésbicas, gays e bissexuais se restringindo ao universo de cidades pouco populosas. Nessa pesquisa foi demonstrado que, nos municípios com menos de 170 mil habitantes, existem 17 mil casais de pessoas do mesmo sexo (IBGE, 2007). Importante notar que não há menção à população de transexuais e travesti.

De acordo com Passos e Figueiredo (2004), existem ainda poucos estudos no Brasil que mostrem as necessidades e vulnerabilidades que acometem a população de travestis/mulheres trans. A falta de estudos denota, por si só, a fragilidade institucional na implantação de políticas públicas direcionadas a essa população. Dito isto, não é difícil afirmar que as travestis/mulheres trans formam um grupo socialmente constituído, em sua maioria, por pessoas que padecem diariamente de todos os tipos de preconceito e processos de estigmatização e exclusão.

O'Flaherty & Fisher (2008), apontam discriminação no acesso a direitos sociais, econômicos e culturais. Desta forma, nega-se à população LGBTQI+ empregos e seus benefícios. Além disso, os autores mencionam o desligamento arbitrário no emprego em função de sua identidade de gênero, destacando que mulheres trans são mais susceptíveis às discriminações em situação de rua, são frequentemente expulsas de casa e da comunidade, e relatam maior dificuldades de acessarem serviços oferecidos de acordo com o gênero.

Diante do anteriormente exposto, não é de surpreender que há pouco entendimento sobre as condições de saúde da população de travestis e mulheres trans no Brasil e consequentemente estimativas sobre as prevalências de algumas doenças infecciosas que acometem indivíduos historicamente excluídos e vulneráveis às diversas formas de violência. Dentre as quais, pode-se citar a infecção pelo HIV.

De acordo com Grant et al. (2011), que investigou as necessidades de saúde de quase 6.500 indivíduos pertencentes a população trans dos Estados Unidos, 50% dos respondentes disseram ter que informar aos seus cuidadores de saúde suas demandas quando da utilização de tais serviços. O estudo também demonstrou que 24% população percebe ter seus tratamentos negados em consultórios e hospitais. 13% em salas de emergência, 11% nas clínicas de saúde mental, 5% pelos técnicos de emergências médicas, 3% em programas de tratamento de drogas. Além disso, 24% das mulheres trans e 20% dos homens trans relataram de alguma forma ter seus tratamentos negados. Os autores ainda apontam que o medo da estigmatização ou experiências negativas prévias no sistema de saúde resultaram em adiamento ou desistência dos cuidados em saúde para 28% dessa amostra, 30% já demonstraram ter sofrido assédios verbais

e físicos enquanto buscavam cuidados de saúde, e 48% não possuem condições de arcar financeiramente com seus cuidados de saúde.

Ainda nesse bojo, outros autores também afirmam que a falta de profissionais de saúde com conhecimentos específicos sobre as demandas de necessidades de saúde da população trans seja uma barreira comum a todos os membros dessa comunidade (GRANT et al., 2011; SANCHEZ, SANCHEZ, & DANOFF, 2009). A população trans apresenta altas taxas de violência física (26%), violência sexual (10%–14%), tentativa de suicídio (30%–64%), uso de substâncias (26%–53%), depressão (40%–50%), e ansiedade (40%–47%) (CLEMENS-NOLLE, MARX, & KATZ, 2008; GRANT et al., 2011; HOTTON, GAROFALO, KUHNS, & JOHNSON, 2013; NEMOTO, BÖDEKER & IWAMOTO, 2011). Quando se estratifica por cor, pesquisas mostram que essas taxas são ainda maiores para trans negras quando comparada as trans brancas (GRANT et al., 2011; BARAL et al., 2013).

1.6 EPIDEMIA DE HIV NO MUNDO E BRASIL

HIV/AIDS é a maior pandemia já enfrentada pela humanidade. De acordo com o relatório da UNAIDS (2018), mais de 36 milhões de pessoas vivem com HIV/AIDS (PLWHA) no mundo. Destas, 75% (55 -92%) conhecem seu estado sorológico e 21.7 milhões (59%) tinham acesso a terapia de alta potência (HAART). Apenas em 2017 foram contabilizados 1.8 milhões de novas infecções. Desde o início da epidemia mais de 35 milhões de pessoas morreram de causas relacionadas a AIDS, 940.000 apenas em 2017.

O relatório também informa que entre as pessoas que conheciam seu estado sorológico quatro a cada cinco tinham acesso a HARRT. Das que tinham acesso, quatro em cinco tinham carga viral suprimida. Assim, de todas pessoas vivendo com HIV, apenas 47% têm carga viral suprimida.

As populações chave e seus parceiros sexuais representam 47% das novas infecções pelo HIV em todo mundo. O risco de infecções pelo HIV em populações chave estão distribuídas da seguinte maneira: 27 vezes maior em homens que fazem sexo com homens; 23 vezes maior entre pessoas que usam drogas injetáveis; 13 vezes maior entre profissionais do sexo e 13 vezes maior entre mulheres transexuais (UNAIDS, 2018).

Na América Latina, estima-se em 1.8 milhões de pessoas vivendo com HIV em 2017, com 100.000 novos casos registrados no mesmo período. Das PLWHA na região apenas 61%

tiveram acesso à HARRT em 2017. O número de mortes na região em função de complicações oriundas da AIDS ficou em 37.000 (26.000 - 51000) (UNAIDS, 2018).

Para o Brasil, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2018, de 1980 a junho de 2018, foram identificados 926.742 casos de aids no Brasil. Com registro médio anual de 40 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos. O número anual de casos de aids vem diminuindo desde 2013, quando atingiu 43.269 casos; em 2017 foram registrados 37.791 casos. A distribuição proporcional dos casos de aids, identificados de 1980 até junho de 2018, mostra uma concentração nas regiões Sudeste (51.8%) e Sul (20.0%), seguidas das regiões Nordeste (15.8%), Norte (6.4%) e Centro-Oeste (6.1%).

Nos últimos cinco anos (2013 a 2017), a região Norte apresentou uma média de 4,4 mil casos ao ano; o Nordeste, 9,0 mil; o Sudeste, 16,1 mil; o Sul, 8,2 mil; e o Centro-Oeste, 2,9 mil. Do ano 2000 a junho de 2018, registrou-se um total de 717.318 casos de aids, sendo que 507.890 (70,8%) foram notificados no Sinan. Entre os casos não notificados, 53.604 (7,5%) foram encontrados no SIM e 155.823 (21,7%) no Siscel/Siclom. A soma dos casos encontrados no SIM e Siscel/Siclom representa 29,2% de subnotificação no Sinan.

Foram observadas importantes diferenças nas proporções dos dados, segundo sua origem, em relação às regiões do país. As regiões Sul e Centro-Oeste possuem maior proporção de casos oriundos do Sinan que o Norte, o Nordeste e o Sudeste. Chamam a atenção os estados do Pará e do Rio de Janeiro, com apenas 51,4% e 58,6% dos casos oriundos do Sinan, respectivamente.

Em 2017, apesar da recomendação da dispensação de medicação vinculada à notificação compulsória no Sinan, os estados do Amazonas, Pará, Tocantins, Pernambuco, Espírito Santo e Rio de Janeiro apresentaram menos de 50% seus casos oriundos do Sinan.

A taxa de detecção de AIDS vem caindo no Brasil nos últimos anos. De 2013 para 2014, a taxa caiu 3,5%; de 2014 para 2015, a redução foi de 4,3%; de 2015 para 2016, de 4,6%; e de 2016 para 2017 a queda foi de 3,4%. Em um período de dez anos, a taxa de detecção apresentou queda de 9,4%: em 2007, foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes e, em 2017, de 18,3 casos a cada 100 mil habitantes.

As regiões Sudeste e Sul apresentaram tendência de queda nos últimos dez anos; em 2007, as taxas de detecção dessas regiões foram de 22,0 e 32,9, passando para 17,1 e 24,1 casos por 100 mil habitantes em 2017: queda de 22,2% e 26,7%, respectivamente. As regiões Norte e Nordeste apresentaram tendência de crescimento na detecção: em 2007 as taxas registradas dessas regiões foram de 16,4 (Norte) e 12,7 (Nordeste) casos por 100 mil habitantes, enquanto

em 2017 foram de 23,6 (Norte) e 15,7 (Nordeste), representando aumentos de 44,2% (Norte) e 24,1% (Nordeste). A região Centro-Oeste apresenta taxas com comportamento mais linear, observando-se variação de média (positiva ou negativa) de menos de 1% nos anos analisados.

No Brasil, de 1980 até junho de 2018, foram registrados 606.936 (65,5%) casos de aids em homens e 319.682 (34,5%) em mulheres. No período de 2002 a 2008, a razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres, manteve-se em 15 casos em homens para cada dez casos em mulheres; no entanto, a partir de 2009, observou-se uma redução gradual dos casos de aids em mulheres e um aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexos, que passou a ser de 22 casos de aids em homens para cada dez casos em mulheres em 2016, razão que se manteve em 2017.

Considerando-se os últimos dez anos, observou-se que a taxa de detecção de aids em homens apresentou aumento entre 2007 e 2011 (24,8 para 28,3 casos/100.000 habitantes). Essa taxa se manteve estável até 2013, quando voltou a cair. Em 2017, a detecção de aids entre homens foi de 26,0 casos a cada 100.000 habitantes. Entre as mulheres, observou-se tendência de queda dessa taxa nos últimos dez anos, que passou de 15,8 casos/100 mil habitantes em 2007, para 11,1 em 2017, representando uma redução de 30%.

Ao se analisar a taxa por razão de sexo, segundo a região do país, observa-se que a região sul é onde se encontra a maior proporção de mulheres no total de casos de AIDS, apresentando 18 homens para cada dez mulheres; Seguida das regiões Norte e Nordeste, com 22 casos em homens para cada dez mulheres; e das regiões Sudeste e Centro-Oeste, com 26 casos em homens para cada dez mulheres).

Comparando o quadro nacional da razão de sexo por faixa etária no período de 2007 e 2017 a faixa etária ente 13 a 19 anos passou de oito para 22 casos em homens para cada dez mulheres; na faixa etária de 20 a 29 anos passou de 13 para 34 casos em homens para cada dez mulheres; na faixa etária de 30 a 39 anos passou de 16 para 25 casos em homens para cada dez mulheres.

Quando comparados os anos de 2007 e de 2017, observam-se reduções nas taxas de detecção entre os indivíduos com até 14 anos de idade, em ambos os sexos. Nas demais faixas etárias, a taxa de detecção entre os homens é superior, sendo três vezes maior do que entre as mulheres, no último ano, para as faixas etárias de 20 a 24 e de 25 a 29 anos.

Entre os homens, nos últimos dez anos, observou-se um incremento da taxa de detecção entre aqueles de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 e 29 anos, 55 a 59 anos e 60 anos e mais. Destaca-se o aumento em jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos. A maior taxa de detecção

em 2017 foi de 50,9 casos/100.000 habitantes, que ocorreu entre os indivíduos na faixa etária de 25 a 29 anos, tendo superado as taxas de detecção em homens de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos, que eram mais prevalentes até o ano de 2016.

Entre as mulheres, verifica-se que, nos últimos dez anos, a taxa de detecção apresentou queda em quase todas as faixas etárias, exceto na de 60 anos e mais. Em que se observa aumento de 21,2% quando comparados os anos de 2007 e 2017. No ano de 2007, a maior taxa de detecção de aids foi observada entre as mulheres de 35 a 39 anos (36,0 casos/100.000 habitantes); em 2017, as faixas com maior detecção foram as das mulheres entre 35 e 39 anos e de 40 a 44 anos (21,9 casos/100.000 habitantes em ambas as faixas).

As variações mais expressivas entre as mulheres adultas, no entanto, observadas entre 2007 e 2017, ocorreram entre mulheres de 30 a 34 anos e de 25 a 29 anos, verificando-se queda de 51,6% e 41,8% em suas taxas de detecção.

A principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade em 2017 foi a sexual, tanto em homens (96,4%) quanto em mulheres (97,4%). Entre os homens, observou-se o predomínio da categoria de exposição homo/bissexual (48,7%), superando a proporção de casos notificados como exposição heterossexual pela primeira vez na última década. A proporção de usuários de drogas injetáveis (UDI) vem diminuindo ao longo dos anos em todo o Brasil, representando 2,7% dos casos entre homens e 1,4% dos casos entre mulheres no ano de 2017.

Ainda analisando a via de transmissão, por região do país, destaca-se que entre homens e mulheres com 13 anos de idade ou mais foi a via sexual. Entre os homens, no ano de 2017, a região Sudeste apresentou um predomínio da categoria de exposição de homo/bissexual (55,8% dos casos, sendo 46,3% na categoria “homossexual” e 9,5% na categoria “bissexual”), enquanto nas demais regiões o predomínio foi heterossexual.

No mesmo ano, a região Sul mostrou a maior proporção de usuários de drogas injetáveis (UDI), com 4,0% dos casos, após queda de 23,3% na comparação com o ano anterior. Entre as mulheres, a categoria mais prevalente (acima de 96%) de transmissão em todas as regiões foi a sexual. Quando observada a categoria de UDI, ao contrário do verificado entre homens, as maiores proporções ocorreram nas regiões Centro-Oeste (2,0%) e Sudeste (1,9%).

Quando analisados os casos de aids nos últimos dez anos e a distribuição dos indivíduos pelo quesito raça/cor, observou-se queda de 20,9% na proporção de casos entre pessoas brancas. Entre as pessoas autodeclaradas pardas, essa proporção aumentou 33,5%. Considerando-se a população negra (pretos e pardos), o aumento observado no período foi de 23,5%.

Considerando-se a série histórica, nota-se que desde 2009 os casos de aids são mais prevalentes em mulheres negras, enquanto entre homens isso ocorre desde 2012. No ano de 2017, as proporções observadas foram de 57,3% e 61,1% entre homens e mulheres negras, respectivamente.

Desde o início da epidemia de aids (1980) até 31 de dezembro de 2017, foram notificados no Brasil 327.655 óbitos tendo o HIV/ aids como causa básica (CID10: B20 a B24). A maior proporção desses óbitos ocorreu na região Sudeste (58,9%), seguida das regiões Sul (17,7%), Nordeste (13,3%), Centro-Oeste (5,2%) e Norte (4,9%).

Em 2017, a distribuição proporcional dos 11.463 óbitos foi de 40,5% no Sudeste, 22,2% no Nordeste, 20,0% no Sul, 10,5% no Norte e 6,8% no Centro-Oeste. No período de 2007 a 2017, verificou-se uma queda de 14,8% no coeficiente de mortalidade padronizado para o Brasil, que passou de 5,6 para 4,8 óbitos por 100 mil habitantes.

No mesmo período, observou-se aumento nesse coeficiente em todos os estados das regiões Norte e Nordeste, à exceção de Roraima e da Bahia, que apresentaram queda de 33,3% e 3,0% em seus coeficientes, respectivamente. Destaque-se o aumento no coeficiente de mortalidade observado no Rio Grande do Norte e no Acre. Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste houve queda em todos os estados, com destaque para o estado de São Paulo, com queda de 41,0%

1.7 POPULAÇÕES-CHAVE E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS

Segundo estimativas recentes do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, até junho de 2016 haviam sido notificados quase 1 milhão de casos de HIV/Aids no Brasil. A estimativa corresponde, entre a população de 15 a 49 anos, a uma prevalência de 0,4% (Brasil, 2016). No entanto, prevalências bastante elevadas foram identificadas em estudos realizados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais entre 2008/09, os quais utilizaram a metodologia de amostragem *Respondent Driven Sampling* - RDS. Os estudos identificaram uma prevalência para o HIV de 10,5% entre homens que fazem sexo com homens - HSH (KERR et al. 2009), 5,9% entre usuários de drogas (BASTOS & MALTA, 2009; TOLEDO et al., 2011) e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (SZWARCOWALD et al. 2011).

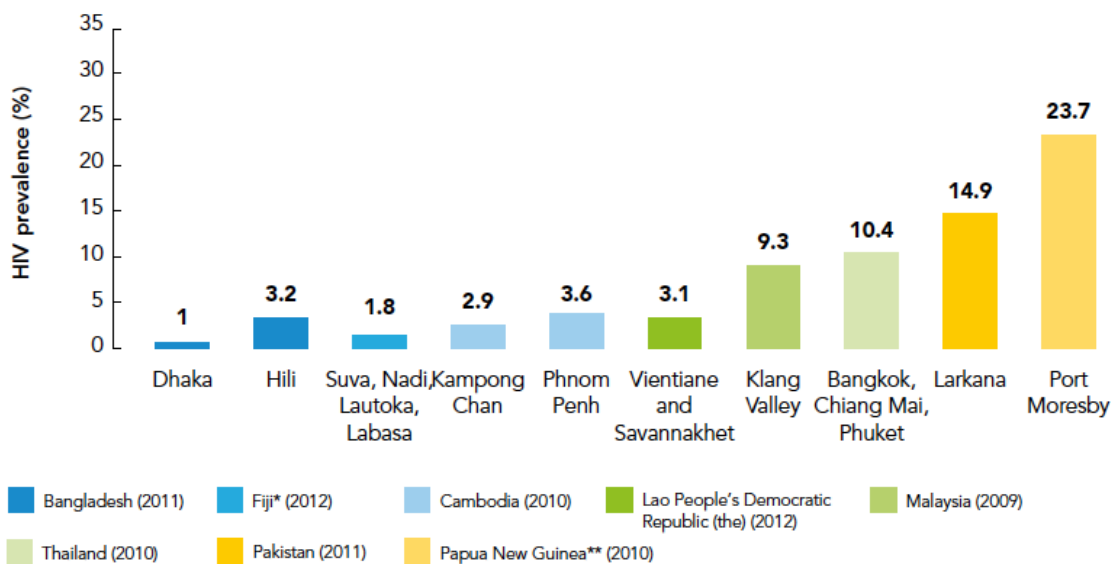
Altas prevalências em populações mais vulneráveis foram também identificadas em uma meta-análise, que identificou uma prevalência combinada para HIV de 6.2% (IC 95%: 4.4-8.3) entre mulheres trabalhadoras do sexo; 13.6% entre HSH (IC95%: 8.2-20.2) e 23.1% (IC95%: 16.7-30.2) entre usuários de drogas (MALTA et al., 2010). Estes estudos ressaltam o

fato de que a epidemia de HIV/AIDS brasileira é uma epidemia concentrada, por apresentar taxa de prevalência da infecção pelo HIV menor que 1% entre parturientes e maior que 5% em subgrupos populacionais sob maior vulnerabilidade.

Segundo estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2014), pessoas que usam drogas injetáveis tem 28 vezes mais chances de adquirir o HIV, profissionais do sexo 12 vezes, HSH 19 vezes e a população de travestis até 49 vezes mais chances de adquirir o HIV que a população adulta em geral. A figura abaixo apresenta altas prevalências de HIV identificadas em estudos diversos realizados com travestis na região da Ásia e Pacífico.

Figura 1- Alta prevalência de HIV entre travestis na Ásia e Pacífico

HIV prevalence among transgender people in select cities in Asia and the Pacific, 2009–2012



* Transgender sex workers
 ** Transgender sex workers, sample size=38

Source: HIV and AIDS Data Hub for Asia Pacific (www.aidsdatahub.org), based on integrated biobehavioural surveys reported in global AIDS response progress reports from 2012.

Ainda segundo a UNAIDS, estima-se que 19% da população de travestis do mundo viva com HIV/AIDS (UNAIDS, 2014). Um recente estudo realizado com 452 travestis na Argentina identificou uma prevalência para o HIV de 27.4% entre as 380 participantes que já haviam realizado o teste anti-HIV (SOCÍAS et al., 2014), sendo achado semelhante ao estudo de Operario et al. (2008) com prevalência de 27.3%. Entre a população de travestis, o principal preditor de infecção pelo HIV tem sido o envolvimento com sexo comercial, seguido de uso de

drogas (BAUER et al., 2013; WILSON et al., 2009; REISNER et al., 2009, POTEAT et al., 2015).

Diversos estudos apontam que o HIV afeta de forma desproporcional a população de travestis e mulheres trans, quando comparados com outros grupos mais vulneráveis. Globalmente a prevalência de HIV neste grupo é aproximadamente 19,1%, com uma razão de chances de 48,8 (IC 95%: 21,2–76,3), quando comparada com a população adulta (BARAL et al., 2013).

No entanto, os dados acerca desta população são poucos, além disso alguns são baseados no auto-relato da infecção pelo HIV e não em resultados laboratoriais mais objetivos, razão pela qual este grupo foi identificado pela UNAIDS como prioritário para realização de estudos e intervenções voltadas para minimizar o impacto da epidemia de HIV/AIDS entre travestis (UNAIDS, 2014).

No ano de 2009, o UNAIDS e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) lançaram um plano de ampliação ao acesso à informação e aos serviços de HIV entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e a população “trans”. De acordo com as informações explicitadas por este plano, a falta de vontade por parte dos governos e doadores em investir na saúde sexual das minorias sexuais, o impacto da exclusão social no acesso a serviços de saúde, o medo de violência, exposição pública, criminalização e a falta de prestação de informações e serviços foram fatores identificados como principais obstáculos para o acesso adequado desta população a serviços de saúde relacionados ao HIV/AIDS e demais ISTs.

O “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DST entre Gays, HSH e Travestis”, publicado em 2007, identificou claramente a inexistência de dados epidemiológicos nacionais específicos que possibilitem identificar a magnitude, tendências e perfil da epidemia de HIV/AIDS e demais IST entre a população de travesti².

Estes dados são imprescindíveis conhecer os comportamentos e necessidades desta população, planejar intervenções baseadas em evidências científicas e, posteriormente, monitorar o impacto das intervenções a serem propostas e implementadas.

O Relatório da UNAIDS (2018) aponta a necessidade de maiores esforços no combate às epidemias nacionais nas consideradas populações-chave. Constituem-se em populações de difícil acesso especialmente em ambientes onde seus comportamentos, estilos de vida e/ou identidades são consideradas socialmente ou religiosamente inaceitáveis, ou passíveis de

² Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_epidemia_aids_hsh.pdf
Acesso em: 10/03/2017

punição legal. Tais características dificultam a coleta de dados com qualidade sobre a localização e o tamanho dessas populações, suas atitudes e práticas, acessibilidade aos serviços de HIV, e assim obter maior compreensão sobre a incidência e prevalência do HIV.

Ainda de acordo com o relatório, tal desafio existe tanto em regiões com baixa prevalência de HIV e pouca concentração populacional, onde as populações-chave são responsáveis pela grande maioria das novas infecções por HIV, bem como em regiões de alta prevalência com maior contingente populacional, em que os riscos de infecção pelo HIV são considerados mais uniformemente distribuídos. O Brasil parece se apresentar na condição de epidemia concentrada em populações chave.

Dados já mencionados aqui demonstram que há uma concentração da epidemia entre gays e homens que fazem sexo com homens no Brasil, sendo a prevalência do HIV entre HSH, aproximadamente, 22 vezes maior do que na população geral, 18 vezes maior do que na população geral de homens, e 2 vezes maior do que na população dos usuários de drogas e mulheres profissionais do sexo (KERR et al., 2013; BRASIL, 2010).

Dados disponíveis – incluindo pesquisas realizadas com populações chave usando RDS – sugerem que globalmente 47% das novas infecções por HIV em 2017 estavam entre as populações-chave e seus parceiros sexuais. Populações-chave e seus parceiros sexuais foram responsáveis por mais de 95% das novas infecções na Europa Oriental e Ásia Central e Oriente Médio e no norte da África, 90% das novas infecções na Europa Ocidental e Central e América do Norte, 77% na América Latina e 84% na Ásia e no Pacífico e no Caribe. Na África Ocidental e Central, 40% das novas infecções por HIV estão entre as populações-chave e seus parceiros sexuais (UNAIDS, 2018)

Segundo Branson et al. (2006), recomenda-se a testagem para HIV pelo menos uma vez ao ano, visto que, como apontado por Jaff et al. (2007) e Mackellar et al. (2007), o desconhecimento sobre o estado sorológico é apontado como uma das razões pelas quais os homens que fazem sexo com homens continuam a se envolver em sexo de alto risco.

Mota (2012) em estudo conduzido com metodologia RDS em 10 municípios brasileiros com população de HSH, encontrou prevalência geral de 11.1% na amostra de 3.385 testes realizados. Os municípios de realização tiveram como prevalências: Manaus (6.9%), Recife (3.9%), Salvador (6.5%), Campo Grande (4.8%), Belo Horizonte (10.1%), Rio de Janeiro (17.6%), Santos (2.6%) Curitiba (7.3%) e Itajaí (9%).

Outra população chave com concentração da epidemia de HIV, diz respeito as trabalhadoras sexuais, que segundo Carter et al. (1997) e George et al. (2015), desde o início

da epidemia têm sido nacional e internacionalmente reconhecidas como uma população com alto risco de contrair infecção pelo vírus HIV. Em estudo de revisão sistemática entre populações chaves na América Latina e Caribe, conduzido por Miller et al. (2013) estimou uma média de prevalência de 2.6% entre as trabalhadoras sexuais.

Devido à sua vulnerabilidade social e fatores associados ao seu cotidiano de trabalho, como múltiplos parceiros sexuais, uso inconsistente do preservativo ou co-infecção com outras infecções sexualmente transmissíveis (DSTs) as trabalhadoras sexuais são apontadas por Fernandes et al. (2014) como um grupo de alto risco à infecção pelo HIV.

Em estudo de prevalência e análise de fatores de risco ao HIV no Brasil, Szwarcwald et al. (2018), encontrou prevalência de 5.3% em amostra de 4.245 de trabalhadoras sexuais e encontrou como fatores de risco mais relevantes o uso de drogas ilícitas pelo menos uma vez na semana, principalmente o Crack (OR=3.6), ter sido exposta a violência sexual alguma vez na vida (OR=1.5), o não uso de camisinha por alguma circunstância (OR=1.8) e história de DST para sífilis (OR=4.6).

Outro trabalho em nível nacional com outra população chave no Brasil foi o projeto “Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência para o HIV, sífilis e hepatites B e C entre travestis em 12 municípios brasileiros”. Foi o primeiro inquérito nacional envolvendo a população de mulheres transexuais e travestis. Os resultados contidos no relatório final dão uma dimensão da prevalência de HIV e Sífilis e são demonstrados no quadro 1.

Quadro 1- Prevalência de HIV em travestis e mulheres transexuais em doze capitais brasileiras, 2018

Capital	Prevalência de HIV	Prevalência de Sífilis
Belém	22.16	28.61
Belo Horizonte	25.42	25.21
Brasília	23.16	43.10
Campo Grande	24.10	36.98
Curitiba	19.66	22.93
Fortaleza	20.53	30.75
Manaus	26.13	28.50
Porto Alegre	65.3	35.28

Recife	28.5	30.5
Rio de Janeiro	35.91	27.5
Salvador	25.39	34.29
São Paulo	40.1	26.9

Fonte: Elaboração própria construído após consulta do Relatório Final da pesquisa.

Gays e homens que fazem sexo com homens representaram 57% das novas infecções por HIV na Europa Ocidental, Central e na América do Norte em 2017, 41% na América Latina, mais de 25% na Ásia, Pacífico e no Caribe, cerca de 20% na Europa Oriental, Ásia Central, Oriente Médio e Norte da África, por fim 12% na África ocidental e central (UNAIDS, 2018)

Usuários de drogas injetáveis foram responsáveis por mais de um terço novas infecções por HIV na Europa Oriental, Ásia Central, Oriente Médio e Norte da África. Trabalhadores do sexo foi responsável por cerca de uma em cada 10 infecções no leste Europeu, Ásia Central, Oriente Médio e Norte África.

Em 2014, para acelerar o progresso no sentido de acabar com a AIDS como ameaça à saúde pública até 2030, o UNAIDS lançou as metas 90-90-90. Os objetivos são de que, até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV tenham consciência do seu estado sorológico positivo para o vírus, 90% de todas as pessoas diagnosticadas com HIV tenham acesso ao tratamento antirretroviral, e que 90% de todas as pessoas em tratamento tenham carga viral indetectável. Essas metas ficaram conhecidas como cascata de cuidados contínuos no combate a infecção pelo HIV

Segundo UNAIDS (2018), O relatório afirma que foram realizados progressos consideráveis em relação aos objetivos 90-90-90, mas há barreiras ao longo da cascata de cuidado contínuo do HIV, que variam de acordo com as regiões. Em termos globais, 75% das pessoas vivendo com HIV conheciam seu estado sorológico positivo em 2017. Cerca de 79% delas em tratamento e 81% das pessoas em tratamento tiveram a carga viral suprimida. Para América Latina os números são, respectivamente 77%, 61% e 52%. No Brasil esses números ficam em torno de 84%, 64% e 59%.

Em função dos diversos fatores de risco de exposição e transmissão ao vírus, frente as diversas condições sociais, econômicas, culturais e políticas pelo mundo, atualmente se preconiza ofertar, às pessoas que buscam o serviço de saúde, estratégias abrangentes de prevenção, a fim de garantir diversidade de escolhas e liberdade de opções sobre métodos que

melhor se adequem às condições e circunstâncias de vida de cada pessoa, sem sobrepor ou excluir um recurso ao outro. O conjunto de medidas de enfrentamento a transmissão ao HIV convencionou-se chamar de prevenção combinada (BRASIL, 2017).

Assim, Prevenção Combinada é uma estratégia que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção (biomédica, comportamental e socioestrutural) aplicadas em múltiplos níveis (individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social) para responder a necessidades específicas de determinados públicos e de determinadas formas de transmissão do HIV. Esse conjunto de ações podem ser percebidos no Quadro 2.

Quadro 2- Tipos, objetivos e ações combinadas propostas para a prevenção do HIV

Prevenção Combinada		
Tipos	Objetivos	Ações
Biomédica	Reduzir o risco de exposição mediante intervenção na interação entre o HIV e a pessoa passível de infecção. Essas estratégias podem ser divididas em dois grupos: intervenções biomédicas clássicas, que empregam métodos de barreira física ao vírus, já; e Intervenções Biomédicas baseadas no uso de antirretrovirais (ARV).	Distribuição de preservativos masculinos e femininos e gel lubrificante. Como exemplo do segundo grupo, tem-se o Tratamento como Prevenção (TaP), a Profilaxia Pós-Exposição – PEP e a Profilaxia Pré-Exposição – PrEP.
Socio-estrutural	Diminuir e eliminar os fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais específicos ao HIV, envolvendo preconceito, estigma, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana.	Ações de enfrentamento ao racismo, sexismo, homofobia e demais preconceitos; promoção e defesa dos direitos humanos; campanhas educativas e de conscientização.
Comportamental	Contribuir para o aumento da informação e da percepção do risco à exposição ao HIV e para sua consequente redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento do indivíduo e da comunidade ou grupo social em que está inserido.	Incentivo ao uso de preservativos masculinos e femininos; aconselhamento em HIV/aids e outras IST; incentivo à testagem; adesão às intervenções biomédicas; vinculação e retenção nos serviços de saúde; redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas; e estratégias de comunicação e educação entre pares.

Fonte: elaboração própria a partir de consulta a documentos oficiais

Desde 1996, o governo brasileiro tornou disponível o acesso universal à terapia antiretroviral de alta potência (TARV em português e *highly active antiretroviral therapy*-HAART - em inglês). Na ocasião o critério de elegibilidade para acesso a terapia baseava-se na contagem de CD4, cujos níveis presentes na circulação sanguínea indicariam a necessidade de início do tratamento. Estando, portanto, de acordo com padrões internacionais estabelecidos (UNAIDS, 2014). Entretanto, desde 2013 o tratamento com a medicação tornou-se livre para todos que fossem diagnosticados vivendo com HIV, independente da contagem de CD4 (UNAIDS,2014). Tornando-se desta forma uma medida de combater a transmissão ao HIV, bem como prevenção a reinfeção.

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP), foi adotada no Brasil desde 2004, ano em que o Ministério da Saúde (MS) recomendou a quimioprofilaxia com TARV aos profissionais de saúde que sofressem exposições com risco significativo de contaminação pelo HIV. Em 2010, o MS passou a adotar a TARV como estratégia complementar de redução da transmissibilidade do HIV, não só para profissionais de saúde, mas para a população geral, a partir da publicação das “Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV – Suplemento III”.

Dentre as opções acessíveis está a Profilaxia Pré-exposição (PrEP), que consiste no uso diário dos antirretrovirais fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC), em dose única, fixa e combinada de TDF/FTC 300/200mg, por indivíduo não infectado pelo HIV, mas sob risco de adquirir esta infecção (GRANT et al., 2010).

No Brasil, a apresentação desta modalidade de prevenção ocorreu em julho de 2017, após a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV (BRASIL, 2017). O alvo prioritário para o uso da PrEP são os segmentos populacionais sob maior risco de se infectar com o HIV, já comentadas nesse trabalho como populações chave.

Contreras et al. (2010), apontou o Brasil como um dos poucos países da América Latina que chegou perto de proporcionar educação sexual abrangente, que vai além do ensino sobre contracepção e gravidez, e incluir a educação sobre DSTs, incluindo HIV, sexualidade, identidades de gênero e direitos reprodutivos. Estando de acordo com questões e objetivos suscitados na prevenção combinada pertencentes aos tipos Socio Estrutural e Comportamental.

Para além do ambiente escolar, outras abordagens inovadoras foram tomadas no Brasil para aumentar a conscientização sobre o HIV, especialmente entre os jovens. O Ministério da

Saúde lançou a campanha de comunicação intitulada #PartiuTeste, lançada no dia 01 de dezembro de 2014 que visava mudança de comportamento e práticas. A campanha foi desenvolvida em parceria com jovens pertencentes às populações chave, visando outros jovens que utilizam mídias tradicionais e mídias sociais, abrangendo sites de relacionamento como o Tinder e Hornet. A campanha enfoca a importância do uso de preservativos, testes de HIV e tratamento precoce como prevenção.

Segundo UNAIDS (2018), o Brasil está na vanguarda da Prevenção do HIV na América Latina. Com 35% da população total da região e 47% das novas infecções em 2017, o Brasil é o único país na região onde a PrEP está disponível através do sistema público de saúde. Há uma estimativa que a PrEP será fornecida pelo Ministério da Saúde para mais de 50.000 profissionais do sexo, gays, homens que fazem sexo com homens e transgêneros pelos próximos cinco anos. No Chile, Costa Rica, Guatemala, México e Uruguai, a PrEP pode ser obtida através da rede privados de cuidados de saúde, pela internet ou em projetos de pesquisa.

Entretanto, diante dos últimos acontecimentos políticos nacionais, esses elementos colocam dúvidas sobre o avanço dessas medidas e trazem outros desafios na prevenção e combate a infecção não apenas ao HIV, entre outras ISTs, mas também violência sexual, direitos reprodutivos, direitos humanos, gravidez não planejada, etc. (MONTENEGRO et al., 2019).

2. METODOLOGIA

Esse capítulo tem como propósito descrever as metodologias utilizadas no presente trabalho. A utilização das abordagens aqui presentes não possuem a intenção de provocar discussões sobre qual a melhor abordagem a ser utilizada. Diz respeito apenas ao caminho escolhido pelo autor no sentido de tornar plausível a proposta de estudo.

Ambos os métodos, utilizados neste trabalho, são frequentes na saúde coletiva para estudos das populações humanas, visto que “propriedades numéricas e qualidades intrínsecas são atributos de todos os fenômenos”, entretanto há uma tendência de utilização do quantitativo nos estudos de epidemiologia, enquanto o qualitativo se apresenta mais na área das Ciências Sociais (MINAYO, 2010, p. 55).

Ainda de acordo com autora (2001), os dados qualitativos e quantitativos não se opõem, complementam-se. Enquanto a abordagem quantitativa apreende fenômenos visíveis e quantificáveis estatisticamente, a qualitativa debruça-se sobre os significados das ações e das relações humanas. Assim exclui-se a dicotomia, uma vez que, a realidade abarcada por eles interage dinamicamente

No tocante aos estudos quantitativos, para epidemiologia, sua importância é fundamental para o desvelamento de agravos, independente da sua natureza, para que ações possam ser realizadas e seus desfechos minimizados. A solução para o problema epidemiológico como apontada por Rouquayrol e Almeida Filho (1999, p.142) “pode representar a diferença entre a vida e a morte para muitos membros de uma comunidade”. Já a abordagem qualitativa tende a valorizar os sentidos e significados atribuídos pelos indivíduos aos atos, relações e estruturas sociais, bem como, conformam melhor as investigações de grupos e segmentos delimitados (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2012)

2.1 METODOLOGIA DO ARTIGO 1 - **TRAVESTIS/MULHERES TRANSEXUAIS: REVISÃO SISTEMÁTICA E META ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE HIV NA AMÉRICA LATINA**

A Revisão Sistemática é uma forma de pesquisa que utiliza a literatura sobre um determinado tema como fonte de dados, disponibilizando resumos das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. No caso desse estudo a prevalência de HIV em mulheres transexuais e travestis na América Latina.

Acredita-se que tais métodos possam ser particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada intervenção e também terapêutica, que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras (LINDE & WILLICH, 2003).

Em outras palavras, a revisão sistemática é entendida como um método de síntese de evidências que avalia criticamente e interpreta todas as pesquisas relevantes disponíveis para uma questão particular, área do conhecimento ou fenômeno de interesse. Para Higgins e Green (2009), tal abordagem utiliza um processo de revisão de literatura abrangente, imparcial e reprodutível, que localiza, avalia e sintetiza o conjunto de evidências dos estudos científicos para obter uma visão geral e confiável da estimativa do efeito da intervenção.

Já a Meta-análise, segundo Law e Philp (2002), é entendida como a análise da análise, reconhecida como estudo de revisão da literatura em que os resultados de vários estudos independentes são combinados e sintetizados por procedimentos estatísticos, com a intenção de produzir uma única estimativa ou índice que caracterize o efeito de uma determinada intervenção. Para o caso do presente estudo, verificamos as prevalências de HIV, obtidas na Revisão Sistemática, comparando as encontradas em desenhos utilizando RDS dos demais estudos.

A realização da presente Revisão Sistemática envolveu o trabalho de três pesquisadores, que avaliaram, de forma independente, a qualidade metodológica de cada artigo selecionado. Os pesquisadores elaboram um protocolo de pesquisa que incluam os seguintes itens: como os estudos serão encontrados, critérios de inclusão e exclusão dos artigos, definição dos desfechos de interesse e determinação da qualidade dos estudos.

Para elaboração formalmente correta da pergunta de pesquisa, lançou-se mão da Estratégia PICO (RICHARDSON apud NAVARRO-MATEU & GARCÍA-SANCHO, 2007). Sendo assim, para o “P” (paciente ou problema) determinou-se travestis e/ou mulheres transgênero, para o “I” (intervenção) HIV e para o “O” (Outcome) determinamos prevalência de todas as intervenções.

A busca de artigos sobre prevalência de HIV na população de mulheres transexuais na América Latina, foi realizada nas seguintes bases de dados: BVS, PUBMED e Scopus. Os descritores/termos utilizados foram obtidos por meio da seleção dos DeCs e MeSH fornecidos pelas bases em janeiro de 2018 de acordo com o quadro 1 (presente no artigo). Para a busca, estes foram empregados de forma conjugada utilizando os operadores booleanos adequados.

Para critérios de inclusão dos artigos a serem analisados, consideramos apenas os que tivessem prevalência através da realização de testagem para a infecção a ser estudada. Foram considerados os artigos escritos em português, inglês e espanhol, bem como todos os desenhos de estudo. Durante a estratégia de busca, não houve limitações referentes a período de publicação, entretanto, no momento de leitura dos títulos e resumos, optamos por considerar para a análise os publicados entre 2008 até janeiro de 2018.

Todo o processo de busca, seleção e extração dos dados dos artigos foi realizado em pares. Ambos os pesquisadores participaram de forma independente da avaliação de elegibilidade e posterior análise das publicações, sendo os desacordos resolvidos por consenso.

Após a busca, os artigos foram selecionados a partir da leitura dos seus títulos e resumos com exclusão dos que não consideravam os critérios de elegibilidade ao tema proposto para revisão. Esse momento resultou na seleção de 129 artigos que foram lidos na íntegra e de maneira independente por LM e MN. Em caso de discordância, solicitamos a avaliação, e a decisão pela inclusão ou não do estudo, por um terceiro autor (LV).

Como critérios de Inclusão os artigos que tivessem dados de prevalência para HIV na população de Travestis e Mulheres Trans, residentes na América Latina com comprovação de testagem, sendo excluídos os artigos que possuíam prevalência autodeclarada, artigos de Revisões Sistemáticas, sem a população específica e que não tivessem informações sobre prevalência. Também foram excluídos Carta de editorial e Protocolos Clínicos

Encontramos artigos que tinham a população de Travestis e Mulheres Trans no corpo do texto, porém no momento da leitura na íntegra dos textos percebemos que os dados referentes a população se encontravam de maneira agregada com a população de homens que fazem sexo com homens (HSH). Entraram para análise da revisão trabalhos cujos os autores enviaram os dados de maneira desagregada quando solicitados.

Quadro 3- Descritores utilizados nas bases de busca
 Fonte: elaborado pelo autor

DESCRITORES UTILIZADOS NAS BASES DE BUSCA				
	Descritores em português	Sinônimo português	Descritores em inglês	Entryterms (Sinônimo inglês)
PROBLEMA	<p>“Pessoas transgênero” OR “mulher transgênero” OR “mulher transexual” OR “pessoas transexuais” transexuado OR transgênero OR transexual</p>		<p>“transgender persons” OR “Person Transgender” OR “Persons Transgender” OR “Transgender Person” OR Transgenders OR “Transgendered Persons” OR “Person Transgendered” OR “Persons Transgendered” OR “Transgendered Person” OR “Transsexual Persons” OR “Person Transsexual” OR “Persons Transsexual” OR “Transsexual Person” OR “Gender-Variant Persons” OR “Gender Variant Persons”</p>	
	<p>“minorias sexuais” OR “minorias de gênero” OR “dissidentes sexuais” OR “pessoas GLBT” OR “pessoas LBG” OR “pessoas LGB” OR “pessoas LGBT” OR “pessoas GLBTQ” OR “pessoas LGBTQ”</p>		<p>“Sexual Minorities” OR “Minorities, Sexual” OR “Minority, Sexual” OR “Sexual Minority” OR “Sexual Dissidents” OR “Dissident Sexual” OR “Dissidents, Sexual” OR “Sexual Dissident” OR “GLBT Persons” OR “GLBT Person” OR “Person, GLBT” OR “Persons GLBT” OR “LBG Persons” OR “LBG Person” OR “Person LBG” OR “Persons, LBG” OR “LGBT Persons” OR “LGBT Person” OR “Person LGBT” OR “Persons LGBT” OR “LGBTQ Persons” OR “LGBTQ Person” OR “Person LGBTQ” OR “Persons LGBTQ” OR “GLBTQ Persons” OR “GLBTQ Person” OR “Person GLBTQ” OR “Persons GLBTQ” OR “Gender Minorities” OR “Gender Minority” OR “Minorities Gender” OR “Minority Gender”</p>	
	<p>Transexualismo OR Transexualidade OR “Mudança de Sexo” OR Transgenderismo OR Transgeneridade OR Transidentidade</p>		<p>Transsexualism OR Transgenderism</p>	
	<p>Travestismo OR Transvestismo OR “Travestismo Fetichista” OR “Transvestismo Fetichista” OR “Fetichismo com Travestismo” OR “Fetichismo com Transvestismo” OR “Fetichismo Transvéstico” OR Travesti OR Travestis OR Eonismo OR Dragking OR Dragkings OR Drag King OR Drag Kings OR “Drag Queen” OR “Drag Queens” OR Dragqueen OR Dragqueens OR Eviracionismo OR Eviracionista</p>		<p>Transvestism OR Transvestisms OR “Transvestic Fetishism” OR “Fetishism, Transvestic” OR “Fetishisms, Transvestic” OR “Transvestic Fetishisms”</p>	

	Mulher OR Mulheres OR Feminino OR Feminina	Women OR Girls OR Girl OR Woman OR “Women’s Groups” OR “Women Group” OR “Women’s Group”
INTERESSE	HIV OR VIH OR AIDS OR HTLV	Hepatitis C” OR “Parenterally-Transmitted Non-A, Non-B Hepatitis” OR “Parenterally Transmitted Non A, Non B Hepatitis” OR “PT-NANBH” OR “Hepatitis, Viral, Non-A, Non-B, Parenterally-Transmitted”
	HIV OR VIH OR “Vírus da AIDS” OR HTLV-III OR “Vírus da Imunodeficiência Humana” OR “vírus linfotrópico para células T humanas tipo III” OR “vírus tipo III T-Linfotrópico Humano” OR “Vírus Associado a Linfadenopatia”	HIV OR “Human Immunodeficiency Virus” OR “Immunodeficiency Virus Human” OR “Immunodeficiency Viruses Human” OR “Virus Human Immunodeficiency” OR “Viruses, Human Immunodeficiency” OR “Human Immunodeficiency Viruses” OR “Human T Cell Lymphotropic Virus Type III” OR “Human T-Cell Lymphotropic Virus Type III” OR “Human T-Cell Leukemia Virus Type III” OR “Human T Cell Leukemia Virus Type III” OR “LAV-HTLV-III” OR “Lymphadenopathy-Associated Virus” OR “Lymphadenopathy Associated Virus” OR “Lymphadenopathy-Associated Viruses” OR “Virus, Lymphadenopathy-Associated” OR “Viruses Lymphadenopathy-Associated” OR “Human T Lymphotropic Virus Type III” OR “Human T-Lymphotropic Virus Type III” OR “AIDS Virus” OR “AIDS Viruses” OR “Virus AIDS” OR “Viruses AIDS” OR “AcquiredImmuneDeficiencySyndromeVirus” OR “AcquiredImmunodeficiencySyndromeVirus” OR HTLV-III
CONTEXTO	Prevalência OR “Taxa de Prevalência” OR “Coeficiente de Prevalência”	Prevalence OR Prevalences

Após a seleção dos artigos incluídos para a Revisão Sistemática, procedeu-se a avaliação da descrição qualitativa dos mesmos baseada na *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (“Strobe – Aprimorando a Apresentação de Resultados de Estudos Observacionais em Epidemiologia”), a qual engloba recomendações para melhorar a descrição de estudos observacionais.

Os itens que compõem o STROBE³ são relacionados a informações que deveriam estar presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão de artigos científicos que descrevem estudos observacionais. Dezoito itens são comuns a estudos de coorte, caso-controle e estudos seccionais e quatro itens são específicos para cada um desses três desenhos de estudo. Há também uma recomendação específica para os estudos com desenho RDS e que foram analisados nos artigos incluídos nesse trabalho.

2.2 METODOLOGIA DO ARTIGO 2 – **REFLEXÕES SOBRE SER TRAVESTI E MULHER TRANSEXUAL: ABORDAGEM SOCIAL ESTRATÉGICA NAS RELAÇÕES COTIDIANAS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, classificada como social estratégica, que tem por objetivo analisar as percepções de travestis e mulheres transexuais sobre suas experiências e formas de andar a vida em um contínuo trânsito entre gêneros e desafios frente a aceitação social.

De acordo com Turato (2005), na pesquisa qualitativa a análise está além do estudo do fenômeno em si, mas do significado que o fenômeno tem para os indivíduos. Neste sentido, para Victora (2000), a pesquisa qualitativa proporciona o conhecimento da interrelação entre fenômeno e contexto e para Minayo (2010), em estudos qualitativos, busca-se aspectos relacionados à compreensão do fato social a ser investigado, não sendo prioridade o critério numérico, assim como não há preocupação com generalizações.

Como definido por Minayo (2010, p. 47), “pesquisa é uma atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade”, no caso deste trabalho conhecer as percepções do ser travesti, mulheres transexuais a partir de suas próprias falas que vivem na cidade do Rio de Janeiro. A autora completa afirmando que se trata de “uma atividade de aproximação sucessiva

³ A Iniciativa STROBE oferece um modelo que poder ser seguido por autores de estudos observacionais cujo objetivo é contribuir para um relato mais adequado dos mesmos, facilitando a leitura crítica das publicações por parte de editores, revisores e leitores em geral e que podem ser melhor apreciados em <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>.

da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação”.

Ainda dentro da proposta metodológica desenhada para esse estudo, Minayo (2010; p. 50) ao classificar os tipos de modalidades de pesquisa social aponta a pesquisa estratégica como “orientada para problemas concretos, focais que surgem na sociedade, ainda que não caibam ao investigador, as soluções práticas para os problemas que aponta (...) sua finalidade é a ação governamental ou da sociedade”.

A opção pela abordagem qualitativa deu-se pelo fato desse tipo de abordagem valorizar os sentidos e significados atribuídos pelos indivíduos aos atos, relações e estruturas sociais, tendo como fundante o ato de compreender, considerando as singularidades dos sujeitos que é expressada a partir da vivência coletiva (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2012).

Para a autora Minayo (2012), a vivência é o resultado da reflexão individual a partir da experiência. Todavia, apesar da vivência ser individual, traz em si aspectos da coletividade em que o sujeito vive e as circunstâncias na qual essa vivência acontece. Para tanto, toda compreensão é em si inacabada e parcial tanto do pesquisador por haver limites de interpretação e compreensão quanto do entrevistado por haver pela vivência e percepção parcial sobre a vida e o mundo. De acordo com Víctora (2000) a pesquisa qualitativa, enquanto um método, proporciona a compreensão entre o contexto e o fenômeno.

Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa nas ciências sociais coloca-se como um nível da realidade, a qual não é passível de quantificação. Assim, explora-se o universo de significados, motivações, crenças e valores correspondentes às relações, processos e fenômenos que ultrapassam a quantificação de variáveis.

Para Gaskell (2002) a utilização de entrevistas qualitativa permite compreender as narrativas dos respondentes considerando sua vida cotidiana e suas relações com contextos sociais vividos, portanto, possibilita-nos estabelecer métodos interpretativos relacionando a base referencial estabelecida para a pesquisa com as informações obtidas a partir das entrevistas individuais ou grupais. Para o autor, “a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (GASKELL, 2002, p. 68).

2.2.1 Grupo Focal

Esse trabalho é resultado da fase formativa da pesquisa intitulada *Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência para o HIV, sífilis e hepatites B e C entre travestis em 12 municípios brasileiros*. Para o presente artigo foram utilizadas as entrevistas de três Grupos Focais (GF) feitos na cidade do Rio de Janeiro, com duração de 4 horas e 11 minutos. Após a leitura, concordância de participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de ética em Pesquisa sob protocolo 914BRZ1138 BRAZIL AIDS-SUS, aprovado pela UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação e pelo Ministério da Saúde, e executado com recursos financeiros provenientes do Banco Mundial, sob empréstimo de nºLN7901-BR (anexo 1).

Como estratégia de aproximação com o grupo social em questão, e conseguir acessar informantes-chaves e lideranças destes, o grupo organizador da pesquisa realizou buscas nas redes sociais (internet), páginas de movimentos sociais LGBTQI+ e órgãos do executivo que trabalhavam diretamente com o público-alvo da pesquisa, durante fevereiro de 2016. Sendo fundamental para realização da etapa formativa, visto que permitiu o conhecimento mais aprofundado da realidade sociocultural do grupo social que residia, ou passava maior parte do dia no município do Rio de Janeiro. Desta forma foi possível contactar, e convidar, travestis e mulheres transexuais para participação dos grupos focais.

O grupo GF é utilizado na análise das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática ou serviço. A essência do grupo focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos (IERVOLINO et al., 2001). O GF difere da entrevista individual por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa, promovendo reflexão.

Para Kitzinger (2000), o GF é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços.

No GF os participantes estarão envolvidos numa situação coletiva, sendo o entrevistador um moderador que tem como papel sistematizar a interação e comunicação entre os participantes. O GF tem como objetivo estimular os participantes a falar e a reagir àquilo que outras pessoas no grupo dizem, desta forma defende-se que a partir desta técnica os sentidos e

representações que emergem são mais influenciados pela natureza social do grupo que a perspectiva individual de uma entrevista. (GASKELL, 2002).

Ainda de acordo com o autor, nos GF há uma sinergia que emerge da interação social. Assim o grupo é mais do que a soma das partes. Nele é possível perceber a dinâmica da atitude e da mudança de opinião e a liderança de opinião, e pode haver um nível de envolvimento emocional que raramente ocorre em uma entrevista a 2.

De acordo com Gondim (2003), o número de indivíduos participantes varia de quatro a dez participantes. Esta variação é dependente do nível de envolvimento dos participantes e interesse com o assunto em questão. Opta-se por um número pequeno de participantes para possibilitar a participação de todos.

2.2.2 Análise de conteúdo

Para Bardin (1979, p.42) a Análise de conteúdo pode ser definida como “ um conjunto de técnicas de análise e comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Para analisar os dados coletados através das entrevistas semiestruturadas, estando estes em estado bruto, utilizaremos a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (1977). Tal método se apresenta como um instrumento complexo que dispõe de diversas ferramentas, tornando possível sua adaptação de acordo com os objetos e objetivos da pesquisa (MORAES, 1999).

Tendo em vista a diversidade de abordagens, mas ainda assim, aproximação terminológica, optou-se por tomar como balizador, deste estudo, as etapas da técnica propostas por Bardin (1977), que se organizam em torno de três fases cronológicas: (1) pré-análise; (2) exploração do material; (3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

De acordo com a autora, na pré análise, desenvolve-se a sistematização das ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e se estabelecem indicadores para a interpretação das informações coletadas. A fase compreende a leitura geral do material eleito para a análise, no caso de análise de entrevistas, foco deste trabalho, compreende as transcrições das entrevistas.

A terceira fase, chamada tratamento dos resultados, inferência e interpretação, consiste na análise comparativa que é realizada através da justaposição das diversas categoria iniciais existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

De forma geral, efetua-se a organização do material a ser investigado, tal sistematização serve para que o pesquisador direcione as fases posteriores de análise. Assim, essa fase compreende: a) Leitura flutuante: é o primeiro contato com os documentos da coleta de dados, no estudo presente a leitura das transcrições das entrevistas; b) Escolha dos documentos: consiste na definição do corpus de análise; c) Formulação das hipóteses e objetivos: a partir da leitura inicial dos dados; d) Elaboração de indicadores a fim de interpretar o material coletado.

A definição do corpus de análise foi decidida após a formulação dos objetivos e baseou-se nos dados primários coletados através das entrevistas semiestruturadas nos três grupos focais, que foram transcritas na íntegra. Tendo a hipótese que existe uma identidade específica de se reconhecer como travesti e como mulher transexual, e que esses, embora sejam pensados de maneiras diferentes, comungam uma raiz na forma de experienciar sua existência e inserções em uma sociedade cis/heteronormativa.

A exploração do material, segunda fase descrita por Bardin, consiste na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. A autora define codificação como transformação do corpus, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo.

No caso desse estudo, essa fase consistiu inicialmente, na separação de partes do corpus, que foram denominados de eixos temáticos a priori, e que resultaram na agregação de dez eixos: perceber-se travesti e mulher transexual, relações familiares e sociais identificadas, sistema carcerário e segurança, relações interpessoais com seus pares, expressões depreciativas, apoio social identificados, relações com serviço de saúde, apoio governamental em relação ao grupo, empregabilidade, como a sociedade percebe a existência travesti e mulher trans.

Durante essa fase os achados resultaram na construção de três categorias analíticas, como demonstrado no quadro 4, que resultaram em três categorias de análise: a auto percepção feminina; as experiências sociais intra e extra grupo; e a formação profissional e barreiras ao acesso às necessidades sentidas.

Quadro 4 – Categorias analíticas encontradas após análise de conteúdo de Bardin

Eixos Temáticos	Categorias simbólicas ou temáticas	Categorias de interpretação
Perceber-se travesti e mulher transexual; Relações familiares e sociais identificadas;	Perceber-se travesti/mulher transexual (ideias/compreensão apontadas pelas participantes sobre ser mulher, símbolos indicativos de ser mulher)	A auto percepção feminina

Sistema carcerário e segurança; Relações interpessoais com seus pares; Expressões depreciativas; Apoio social identificados, Relações com serviço de saúde; Apoio governamental em relação ao grupo; Empregabilidade; Como a sociedade percebe a existência travesti e mulher trans.	“não se vira travesti, nasce travesti” e mulher transexual (enfrentamento cotidiano, vulnerabilidades, passabilidade, convivência familiar, estigma, preconceito, termos depreciativos.	As experiências sociais intra e extra grupo
	Dilemas na intersectorialidade (emprego, saúde, educação e assistência social)	Formação profissional e barreiras ao acesso de necessidades cotidianas

Fonte: elaborada pelo próprio autor

2.2.3 IRAMUTEQ

Para construção do corpus de análise a partir das transcrições dos grupos focais, foi utilizado o Iramuteq, software gratuito e desenvolvido sob a lógica da *open source*, licenciado por GNU GPL. Encontra-se ancorado no ambiente estatístico do software R e na linguagem python⁴. Viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), desenvolvendo também análises multivariadas. É capaz de organizar a distribuição do vocabulário de forma compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras). A nuvem de palavras, demonstrada abaixo, agrupa as palavras e as organiza de maneira gráfica em função da frequência que aparecem no corpus do trabalho.

⁴ (www.python.org)

3. RESULTADOS

3.1 ARTIGO 1 – **PREVALÊNCIA DE HIV EM MULHERES TRANSEXUAIS NA AMÉRICA LATINA: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE COM BASE EM RECRUTAMENTOS RDS E NÃO RDS**

3.1.1 Introdução

HIV/AIDS é considerada uma das maiores pandemias já enfrentada pela humanidade. De acordo com o último relatório da UNAIDS (2019), em 2018 haviam aproximadamente 37,9 (32,7-44,0) milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) no mundo. Destas, 79% (67-92%) conhecem seu estado sorológico para o HIV e 23.3 (20.5-24.3) milhões tem acesso a terapia antirretroviral alta potência (TARV). Apenas em 2018 foram contabilizados 1,7 (1,4-2,3) milhões de novas infecções. Desde o início da epidemia 32 (23,6-43,8) milhões de pessoas morreram de causas relacionadas a AIDS, 770.000 (570.000-1,1 milhão) apenas em 2018. Em 2018, 79% (67-92%) das PVHIV sabiam seu status sorológico para o HIV, 62% (47-74%) estavam em TARV e 53% (43-63%) tinham alcançado a carga viral indetectável (UNAIDS, 2019).

Em 2018, mais da metade das novas infecções registradas no mundo ocorreram entre grupos mais vulneráveis, as chamadas ‘populações chave’ e seus parceiros sexuais. Homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e seus clientes, pessoas trans e pessoas que usam drogas injetáveis são as quatro principais populações-chaves em relação ao HIV. Para esses grupos, a vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV aumenta devido a questões estruturais (discriminação em serviços de saúde), sociais (experiências cotidianas de homofobia, transfobia e violência) e mesmo jurídicas (impossibilidade de trocar nome/gênero em documento de identificação e, em alguns países, criminalização). Essas vivências podem ter efeitos graves e danosos para a saúde física e mental dessas pessoas, além de restringir o seu acesso e a sua utilização de serviços essenciais de prevenção, testagem e tratamento, consequentemente influenciando sua maior vulnerabilidade.

Embora estes grupos populacionais representem uma pequena parcela da população geral, em 2018 estes grupos registraram 54% das novas infecções por HIV registradas no mundo. As tendências atuais da epidemia de HIV indicam que o risco de contrair HIV entre gays e outros homens que fazem sexo com homens é 22 vezes maior do que entre homens adultos em geral. O risco contrair HIV entre pessoas que usam drogas injetáveis é também 22

vezes maior do que entre pessoas que não usam drogas injetáveis, 21 vezes maior entre profissionais do sexo do que entre adultos (15-49 anos) e 12 vezes maior entre pessoas transexuais, quando comparadas a adultos com idades entre 15-49 anos. (UNAIDS, 2019).

Na América Latina, estima-se que existam 1,9 (1,6-2,4) milhões de pessoas vivendo com HIV em 2018, com 100.000 (79.000-130.000) novos casos registrados no mesmo período. Destas PVHIV, 80% (62-95%) sabiam seu status sorológico para o HIV, 62% (43-78%) estavam em TARV e 55% (42-69%) tinham alcançado a carga viral indetectável (UNAIDS, 2019). Em resumo, na região 80% das PVHIV sabiam seu status sorológico para o HIV, mais de $\frac{3}{4}$ das PVHIV que sabiam seu status estavam em TARV e quase 9 entre 10 das PVHIV em TARV tinham alcançado carga viral indetectável (UNAIDS, 2019).

Em 2018 foram registradas 35.000 (25.000-46.000) mortes na região em função de complicações relacionadas ao HIV/AIDS. A maioria dos novos casos de infecção pelo HIV em 2018 foram registrados em populações chaves (65%), distribuídos da seguinte maneira: 40% em gays e homens que fazem sexo com homens, 15% clientes de profissionais do sexo, 4% mulheres transexuais/travestis, 3% profissionais do sexo, 3% usuários de drogas.

Em nível global, as mulheres transexuais enfrentam um risco acrescido de contrair o HIV. Um estudo de meta análise identificou que essa população possui um risco 50 vezes maior de se infectar pelo HIV, quando comparada com a população em geral (Baral et al., 2013). Esta vulnerabilidade acrescida está fortemente associada a uma sinergia de fatores, incluindo a frequente rejeição familiar e expulsão do ambiente escolar – aspectos que estão relacionados a moradia e empregos instáveis e envolvimento em sexo comercial (APARICIO-GARCCIA et al., 2018; GRANT et al., 2011; RYAN et al., 2010).

Outros aspectos estruturais que contribuem para a maior vulnerabilidade desta população incluem as constantes experiências de discriminação e estigma (inclusive em serviços de saúde), violência estrutural (dificuldades em obter documentos e ter acesso a benefícios sociais), bullying, ameaças e agressões (WILSON et al., 2009); STERZING et al., 2017; JASPAL et al., 2018). As frequentes experiências de discriminação em serviços de saúde influenciam a automedicação, inclusive a utilização de hormônios injetáveis e/ou silicone industrial em locais inadequados e/ou sem supervisão de profissional capacitado ou através de práticas insalubres, como a reutilização e/ou compartilhamento de agulhas e seringas (WANSOM et al, 2016). Por fim, mulheres transexuais e travestis ainda enfrentam uma alta prevalência de violência sexual, aspecto que contribui para sua maior vulnerabilidade frente ao

HIV/AIDS. Segundo um estudo realizado no Recife, 49,1% das participantes relatou ter sofrido estupro alguma vez na vida (SOUZA et al., 2013)

O envolvimento em sexo comercial como principal forma de sobrevivência influencia, muitas vezes, a adoção de trabalho sexual realizado em situações de coação, exploração ou abuso – inclusive o tráfico e cárcere privado (MARTINEZ & KELLE, 2013; BONDEEL et al., 2018). Neste panorama, mulheres transexuais e travestis tendem a experimentar com frequência violência sexual e sofrem coação para adotarem comportamentos de risco (ex: grande número de parceiros sexuais sem utilização de preservativo). Profissionais do sexo que trabalham em casas noturnas geralmente recebem uma porcentagem dos lucros sobre o valor das bebidas alcoólicas, aspecto que influencia um maior consumo de álcool prática sexual desprotegida (POTEAT et al., 2013; COLLIER, 2015; HERBST et al., 2008).

O acesso a estratégias de prevenção do HIV voltado para mulheres transexuais e travestis da América Latina tende a ser extremamente desigual (SILVA-SANTISTEBAN et al., 2016). Aspectos relacionados aos serviços de saúde (recursos humanos, verba e infra-estrutura insuficientes) e especificidades desta população na América Latina (alta prevalência de violência nível, exclusão social, desconfiança e discriminação nos serviços de saúde) influenciam uma cobertura insuficiente e acesso limitado aos serviços de prevenção e tratamento para HIV/AIDS na região.

O “Respondent Driven Sampling” (RDS) é uma variante da amostragem em cadeia, trata-se de uma metodologia de amostragem conduzida pelo entrevistado, em que os indivíduos da população sob estudo recrutam seus pares. A coleta de dados é realizada por meio de sucessivos ciclos de recrutamento, ou ondas, até que o tamanho de amostra estipulado seja atingido. Ao final do estudo, é possível conhecer de forma mais apropriada as características da rede social acessada.

Diante deste panorama de vulnerabilidade acrescida e serviços de saúde insuficientes, realizamos uma revisão sistemática seguida de meta análise com o objetivo de estimar a prevalência de HIV entre mulheres transexuais e travestis da América Latina.

3.1.2 Materiais e Métodos

Realizou-se uma revisão sistemática seguida de metanálise, de acordo com as recomendações PRISMA (LONEY et al., 1998). Utilizou-se a estratégia PICO (*Patient or Problem, Intervention, Control or Comparasion, Outcomes*) para a elaboração da pergunta

norteadora da busca: “Qual a prevalência de HIV entre mulheres transexuais/travestis da América Latina? ” (RICHARDSON apud NAVARRO-MATEU & GARCÍA-SANCHO, 2007).

3.1.3 Critérios de Elegibilidade

Foram elegíveis para inclusão estudos originais que relatassem a prevalência de HIV entre mulheres transexuais e travestis da América Latina. Apenas estudos descrevendo resultados de testes sorológicos foram incluídos. Estudos realizados com outras populações, que apresentassem dados estratificados para mulheres transexuais e travestis da América Latina foram incluídos. Os trabalhos incluídos nesta revisão foram limitados a estudos observacionais originais que apresentassem o desfecho de interesse. Foram excluídos artigos de revisão, editoriais, protocolos de pesquisa, comentários, estudos que não incluíram a população de interesse, que não tivessem informações sobre prevalência ou cuja prevalência tenha se baseado em auto-relato. Foram selecionados estudos publicados em português, inglês e espanhol, entre janeiro de 2008 a dezembro de 2018.

3.1.4 Fontes de Informações e Estratégias de Busca

A busca de artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: MEDLINE (via PubMed)⁵, Scopus⁶, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO)⁷ e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)⁸. A estratégia de busca utilizou descritores/termos selecionados do MeSH (*Medical Subject Headings*) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e foram empregados de forma conjugada utilizando operadores booleanos (já descritos no Quadro 3).

3.1.5 Seleção dos Estudos e Extração dos Dados

Todo o processo de busca, seleção e extração dos dados dos artigos foi realizado de forma independente por dois autores (LM e MN). Ambos os pesquisadores participaram de

⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

⁶ <https://www.scopus.com/>

⁷ <http://www.scielo.br/>

⁸ <http://lilacs.bvsalud.org/>

forma independente da avaliação de elegibilidade e posterior análise das publicações, sendo os desacordos resolvidos por consenso. Após a busca, os artigos foram selecionados a partir da leitura dos seus títulos e resumos com exclusão dos que não consideravam os critérios de elegibilidade ao tema proposto para revisão. Esse momento resultou na seleção de 126 artigos que foram lidos na íntegra e de maneira independente por LM e MN. Em caso de discordância, solicitamos a avaliação, e a decisão pela inclusão ou não do estudo, por um terceiro autor (LV).

Foi definido um protocolo para a extração de dados dos textos completos. Essa extração foi realizada por dois autores (LM e MN). As discordâncias foram decididas por consenso entre os dois. Os seguintes dados foram extraídos e categorizados: título, país do estudo, ano de publicação e ano de realização do estudo, número de participantes (total e de mulheres transexuais/travestis), desenho do estudo (transversal, ensaio clínico ou RDS), prevalência de HIV entre mulheres transexuais e travestis, características da população de mulheres transexuais e travestis (idade, escolaridade, etnia) e fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS (trabalho sexual e IST prévia).

Para artigos que incluíram uma amostra composta por homens que fazem sexo com homens e mulheres transexuais, sem dados desagregados, foram feitos contatos com os autores para solicitar os dados específicos de mulheres transexuais e travestis. Entretanto os autores não responderam nosso contato e estes estudos foram excluídos posteriormente da análise.

3.1.6 Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Clínicos

Procedeu-se a análise qualitativa dos artigos com base na iniciativa denominada *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), que consiste de uma lista de verificação de 22 itens, denominada *STROBE Statement* (Declaração STROBE), Malta et al. (2010).

3.1.7 Análise de Dados

As prevalências para HIV identificadas pelos estudos individuais foram agrupados em metanálise de efeitos aleatórios, pelo método proposto por DerSimonian e Laird (TAKKOUCHE et al., 1999). Para testar a homogeneidade foi utilizado o teste qui-quadrado, sendo considerado $p < 0,10$ como significância da heterogeneidade. A magnitude da heterogeneidade foi estimada pela estatística do I-quadrado (I^2), que varia entre 0-100%. Um I-quadrado superior a 50% indica heterogeneidade substancial e, acima de 75%, heterogeneidade

considerável. Em decorrência da heterogeneidade encontrada, foi realizada a análise de subgrupo, considerando a metodologia de recrutamento (RDS vs Não-RDS) como variável e obtida a prevalência agrupada, por tipo de recrutamento. Para estas análises, um nível de significância de 5% foi estabelecido. Avaliou-se, ainda, a existência de viés de publicação mediante a inspeção visual do gráfico de funil e o teste de Egger. Todas as análises foram executadas utilizando R versão 3.6.1 Utilizaram-se os pacotes ‘metaprop’ e ‘meta’ (R).

3.1.8 Resultados

A Figura 3 descreve o processo de seleção de artigos, realizado pelos autores, segundo as recomendações PRISMA.

Figura 3- Processo de seleção de artigos

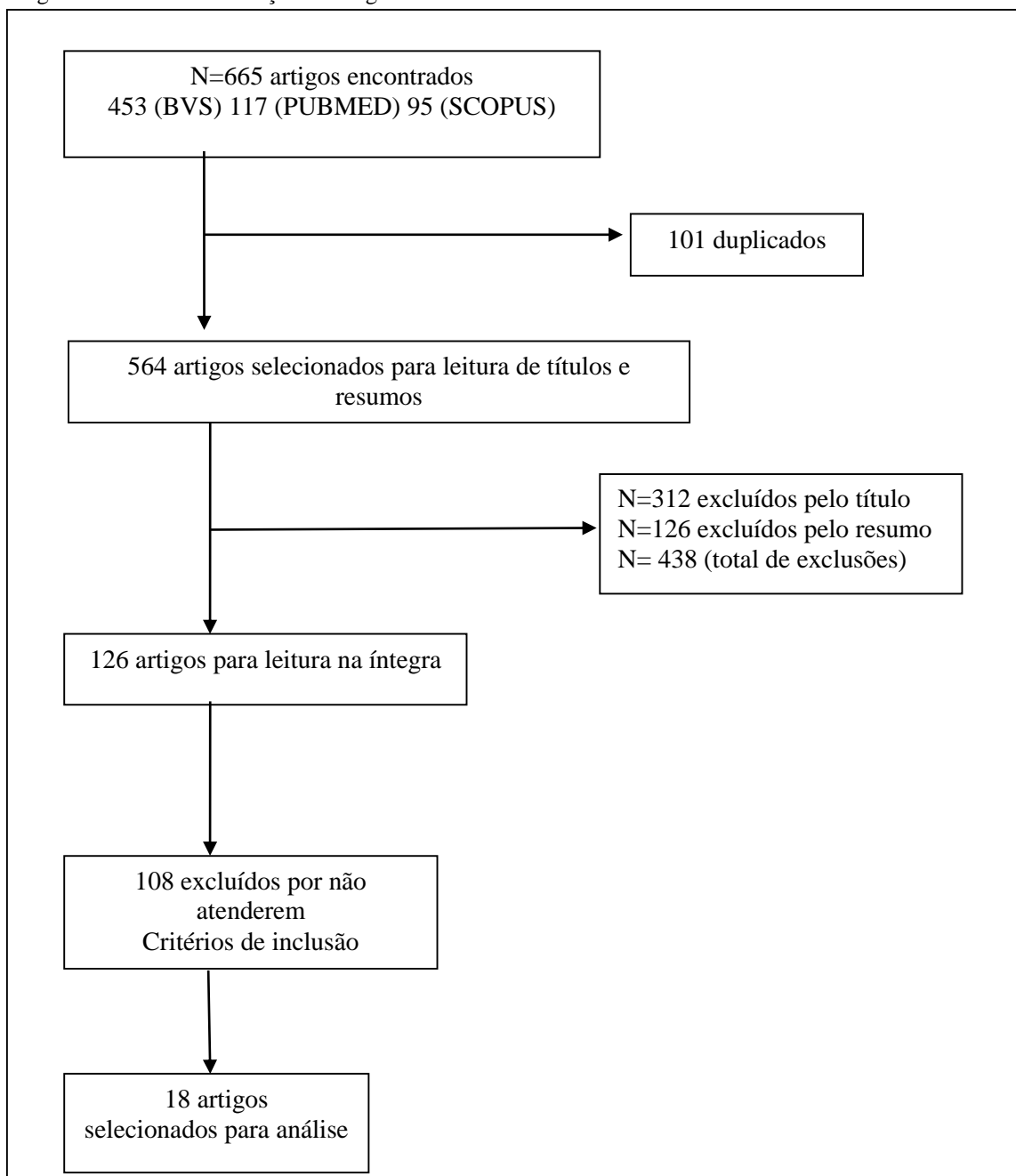


Tabela 1 - Características dos estudos selecionados, prevalência de HIV e fatores associados entre travestis e mulheres trans, na América Latina, 2008-2018

Artigo	Local	Ano de publicação	Strobe	Numero de participantes no estudo		Recrutamento	HIV	Fatores associados ao HIV	
				N do estudo	N trans no estudo			Trabalhadora do sexo	História de DST
COSTA, A. B. et al.2015	Brasil	2015	16	284	284	Transversal	25%	2.74 (1.42 -5.27)	6.06 (3.25 – 11.97)
LOGIE, C. H. et al. 2017	Jamaica	2017	18	137	137 (103 testadas)	Transversal	14.56%	1.67 (0.61–4.51)	56.79 (5.12 -630.33)
SILVA-SANTISTEBAN, A. et al. 2012	Peru	2012	19	450	450 (443 testadas)	RDS	29.6%	N/A	8.2 (1.7 -39.4)
COLCHERO, M. et al.2015.	México	2015	18	585	585 (568 testadas)	Transversal	47%	-0.127 (-0.282 -0.026)	N/A
BARRINGTON, C. et al. 2012	El Salvador	2012	19	602	67	RDS	19%	0.87 (0.71 - 0.96)	0.64 (0.42 -0.81)
CASTILLO, R. et al. 2015	Peru	2015	19	718	207	Ensaio-clínico	16.9%	N/A	N/A
CASTRO, R. et al. 2016	Brasil	2016	14	756	37	Transversal	21.6%	N/A	N/A

GRINSZTEJN, B. et al. 2017.	Brasil	2017	20	345	345	RDS	41.2%	51.8 (6.0 -450)	2.5 (0.7 -9.9)
KOJIMA, N. et al. 2017.	Peru	2017	18	401	89	Coorte	33.7	N/A	N/A
LIPSITZ, M. C. et al. 2014.	Peru	2014	18	3456	265	Transversal	29.9%	N/A	N/A
PASCOM, A. R. et al. 2016..	Brasil	2016	09	29723	1612	Transversal	10.7%	N/A	N/A
RAMOS FARÍAS, M. S. D.; AVILA, M. M. 2012.	Argentina	2012	14	387	273	Transversal	34.1%	N/A	N/A
SALAS-ESPINOZA, K. J. et al. 2017.	México	2017	18	100	100	Transversal	22%	N/A	N/A
SCHUELTER-TREVISOL, F. et al. 2013.	Brasil	2013	17	147	13	Transversal	46,2	N/A	N/A
TOIBARO, J. J. et al. 2009.	Argentina	2009	14	4118	105	Transversal	27.6%	N/A	N/A
ZEA, M. C. et al. 2015	Colômbia	2015	19	996	58	RDS	18%	N/A	N/A
MARTINS, T. A. et al. 2013.	Brasil	2013	18	304	304	RDS	12%	N/A	N/A
CARBALLO-DIÉGUEZ, A. et al. 2012	Brasil	2012	17	575	82	RDS	13%	N/A	N/A

Fonte: elaborada pelo autor

A partir dos artigos selecionados, realizou-se a tabulação dos dados de forma padronizada e metodológica, incluindo informações sobre as características gerais e específicas. As características dos estudos selecionados estão sumarizadas na Tabela 1.

Dos 18 artigos incluídos para revisão 10 apresentam desenho transversal, seis RDS, um ensaio clínico e 1 estudo de coorte. O total de participantes nos estudos foi de 44084, destes 3841 são de travestis/mulheres trans. Sete foram realizados no Brasil, quatro no Peru, dois na Argentina e no México, um em El Salvador, na Colômbia e na Jamaica.

Houve grande variação no número de mulheres transexuais e travestis participantes nos estudos. Assim, evidenciou-se com maior número de participantes (Pascom et al., 2016) com 1612, seguido por Colchero et al., (2015) com 585 e Silva-Santisteban et al., (2012) com 450. Os que apresentaram menor número de participantes foram os de Schuelter-Trevisol et al., (2013) com 13 participantes, Castro et al., (2016) com 37 e Zea et al., (2015) com 58. Dos 18 artigos selecionados, sete apresentavam apenas população travestis/mulheres trans. Os demais estudos apresentavam outras populações desagregadas como: trabalhadoras e trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens, heterossexuais e bissexuais. Os estudos apresentaram alta prevalência de HIV de maneira geral, sendo a menor de 10.7% encontrada por (Pascom et al., 2016) e a maior de 47% (COLCHERO et al., 2015)

Quanto a faixa etária, a maioria dos estudos incluiu participantes com 18 anos ou mais, apenas dois estudos realizados no Brasil (COSTA et al., 2015; MARTINS et al., 2013) incluíram participantes com idades abaixo de 18 anos. Entre os estudos que indicaram a idade média ou mediana das participantes, estas variaram entre 24 (LOGIE et al., 2017); 27,3 anos (CARARBALLO-DIÉGUEZ et al., 2012); 28 anos (COSTA et al., 2015; SILVA SATISTEBAN et al., 2012); 29 anos (RAMOS FARIAS et al., 2012), 32.5 anos (KOJIMA et al., 2017) e 34.2 anos (COLCHERO et al., 2015). Participantes com mais de 45 anos foram raras, indicando amostras compostas em sua maioria por jovens e adultos jovens.

Para o quesito escolaridade houve variação considerável entre os estudos. Apenas um estudo descreveu a média de educação formal entre a população de mulheres transexuais - 8.9 anos de estudos (CARBALLO-DIÉGUEZ et al., 2012). De forma geral há concentração de participantes com baixa escolaridade. Os estudos que apresentam maior nível de escolaridade são os de Logie et al. (2017) com 70.8% de todas as participantes entre o nível médio e nível superior, seguido pelo estudo

de Barrington et al. (2012) com 66% e Silva-Santisteban et al. (2012) com 60%, esses estudos apresentaram, respectivamente, taxas de prevalência para HIV de 14.5%, 19% e 29.6%.

Os estudos com maiores taxas de prevalência para HIV quando comparadas a escolaridade são os de Colchero et al. (2015) com 47% de prevalência e com 35% da população com escolaridade entre nível médio e superior, seguido pelo estudo de Grinsztejn et al. (2017) com prevalência de 41.2% e 60.7% da mostra entre os níveis médio e superior.

No quesito etnia, apenas 4 estudos apresentaram essa informação, todos realizados no Brasil. O estudo realizado por Costa et al. (2015), no Rio Grande do Sul, incluiu uma amostra majoritariamente branca (85.5%). Os outros três estudos que apresentaram esta informação recrutaram em sua minoria mulheres transexuais e travestis brancas: 35%, 28,4% e 23% (CASTRO et al., 2016; GRINSZTEJN et al., 2017 e MARTINS et al., 2013), respectivamente.

O envolvimento com sexo comercial foi identificado como preditor de HIV por Costa et al. (2015) com 2.74 (1.42 - 5.27) vezes a chance de se infectar com HIV e o de Grinsziejn et al. (2017) com 51.8 vezes (6.0 - 450). Já o de Barrington et al. (2012) apontou associação com 0.87 (0.71 - 0;96) vezes a chance de se infectar com HIV.

O fator associado história de doença sexualmente transmissível e ter HIV foi evidenciado por associações com Grinsztejn et al. (2017) com 2.5 (0.7 - 9.9); Costa et al. (2015) com 6.06 (3.25 - 11.97); Silva-Santisteban et al. (2012) com 8.2 (1.7 - 39.4); e Logie et al. (2017) com 56.79 (5.12 - 630.33). Os demais artigos não apresentaram associação para a exposição.

Destaca-se que Toibaro et al. (2009), Schuelter-Trevisol et al. (2013) e Ramos-Farias et al. (2012) apresentam em suas amostras apenas mulheres transexuais profissionais do sexo. A prevalência encontrada para HIV em cada estudo foi de 27.6%, 46.2% e 34.1% das travestis/mulheres transexuais envolvidas em sexo comercial. Embora a amostra de Schuelter- Trevisol et al. (2013) seja pequena, com apenas 13 mulheres transexuais, mostra que a prevalência de HIV em mulheres não travestis/mulheres trans ficou em 5.2% em uma amostra de 134. Nas amostras de Toibaro et al. (2009), além da alta prevalência para HIV, 54.5% da amostra já teve história de IST. Já para a população não pertencente a categoria de mulheres transexuais (n= 4013) a prevalência foi de 6.2% para HIV.

Castillo et al. (2015), demonstraram em sua amostra com homens que fazem sexo com homens e mulheres transexuais, que as prevalências para HIV foram de 18,4% e 16.9% respectivamente. E

que, quanto às IST, as mulheres transexuais apresentam 1.68 vezes mais a chance de terem gonorreia anal do que os primeiros.

Os demais estudos, sobre trabalho sexual e história de IST, demonstram grande envolvimento da população de mulheres transexuais. Salas-Espinoza et al. (2017) mostram que três quartos da amostra já se envolveram em sexo comercial na vida e 10% da amostra já tiveram alguma IST. Silva Santisteban et al. (2012) informam que 64% estavam envolvidas em sexo comercial e quase 80% tiveram diagnóstico para herpes e 23% para sífilis no momento da pesquisa e 29.6% para HIV

Para Costa et al. (2015), em 70% da amostra envolvidas em sexo comercial, 38.6% possuem sorologia positiva para HIV e que das 67% com história de IST, 51% estão positivas para HIV contra 12% das que não possuem história de IST.

Barrington et al. (2012), mostram que mesmo as mulheres transexuais compoendo apenas 10% da sua amostra, 87% delas encontram-se envolvidas em sexo comercial e 64% estavam positivas para herpes e 14% com IST ativa curável. O envolvimento com sexo comercial se assemelha ao de Martins et al. (2013) com 82%.

Já os trabalhos de Grinsztejn et al. (2017) e Logie et al. (2017) apontam 34.1% e 51.82% envolvidas em sexo comercial, este último ainda demonstra que 13,25% possuem história de IST, percentual bem abaixo do que o encontrado por Kojima et al. (2017) com 45.5%.

O recrutamento das participantes dos estudos se deu de diversas maneiras, e as vezes ocorrendo em mais de um local. Assim procederam-se nos estudos de Colchero et al. (2015), em que fizeram recrutamento em três locais diferentes. Sendo um em locais de concentração de mulheres transexuais, outro em uma clínica de serviços para testagem e acompanhamento de pessoas vivendo com HIV, e outro em sistema carcerário.

Kojima et al. (2017) teve sua amostra recrutada em dois locais diferentes, uma ONG que apoia ações voltadas para homens que fazem sexo com homens (HSH) e transexuais, e um hospital governamental para infecções sexualmente transmissíveis, em que são fornecidos testagem para HIV e cuidados médicos para pessoas vivendo com HIV. Logie et al. (2017) realizaram recrutamento em duas localidades da Jamaica, uma a capital do país (mais urbana), e outra com característica rural, mas escolhida em função da presença de resorts e conseqüentemente grande fluxo de turistas para região. A realização da coleta de dados ficou a cargo das participantes e viabilizada pela utilização de uma unidade móvel. Pascom et al. (2016), fizeram aplicação de teste rápido de fluido oral, com a

participação de 53 ONGs nas cinco regiões do Brasil. Os Testes foram realizados em locais de concentração da população LGBT identificadas pelas ONGS parceiras.

Ramos-Farias et al. (2012) realizaram recrutamento em 7 cidades argentinas. As participantes foram convocadas pela Asociacion de Mujeres Meretrices de la Argentina, Asociacion de travesti, transexuales e transgeneros de Argentina, e NEXO AX (que desenvolvem trabalhos com HSH). Schuelter-Trevisol et al. (2013), contaram com auxílio de uma ONG que trabalha com mulheres profissionais do sexo em três cidades de Santa Catarina (Tubarão, Laguna e Imbituba). A coleta de dados foi realizada nas casas das participantes ou nos locais de trabalho das profissionais do sexo. Castro et al. (2016) fizeram recrutamento em dois locais: um de grande concentração da população LGBT (utilizando unidade móvel para testagem e aconselhamento) e outro nas dependências do grupo arco íris.

Houve dois estudos com recrutamento em hospital: no hospital geral de agudos de Buenos Aires Toibaro et al. (2009), e outro em hospital que realiza cirurgia de redesignação sexual para pessoas transexuais na cidade de Porto Alegre (COSTA et al., 2014).

Dos cinco estudos com recrutamento RDS, apenas o de Carballo-Diegues et al. (2012) não demonstrou ter realizado pesquisa formativa, limitando-se apenas a recrutar as sementes através de indicações obtidas por informantes chaves. Sendo também o único estudo cujo critério de elegibilidade era idade maior que 14 anos, enquanto todos os demais tinham idade mínima de 18 anos. Foi o estudo com maior número de sementes, começou com 10 e terminou com 30, sendo que 8 sementes não germinaram.

Os estudos de Silva-Santisteban et al. (2012) e Grinsztejn et al. (2017), constituíram em seus corpos de pesquisadores integrantes da comunidade de mulheres transexuais como técnicas de laboratório, entrevistadoras e também como responsáveis pela pesquisa. Também foram responsáveis pelo maior tamanho das amostras utilizando RDS totalizando 450 e 345, respectivamente. Ambos os estudos foram os únicos a incluir apenas mulheres transexuais em suas amostras. Os demais continham homens que fazem sexo com homens.

3.1.9 Meta-análise

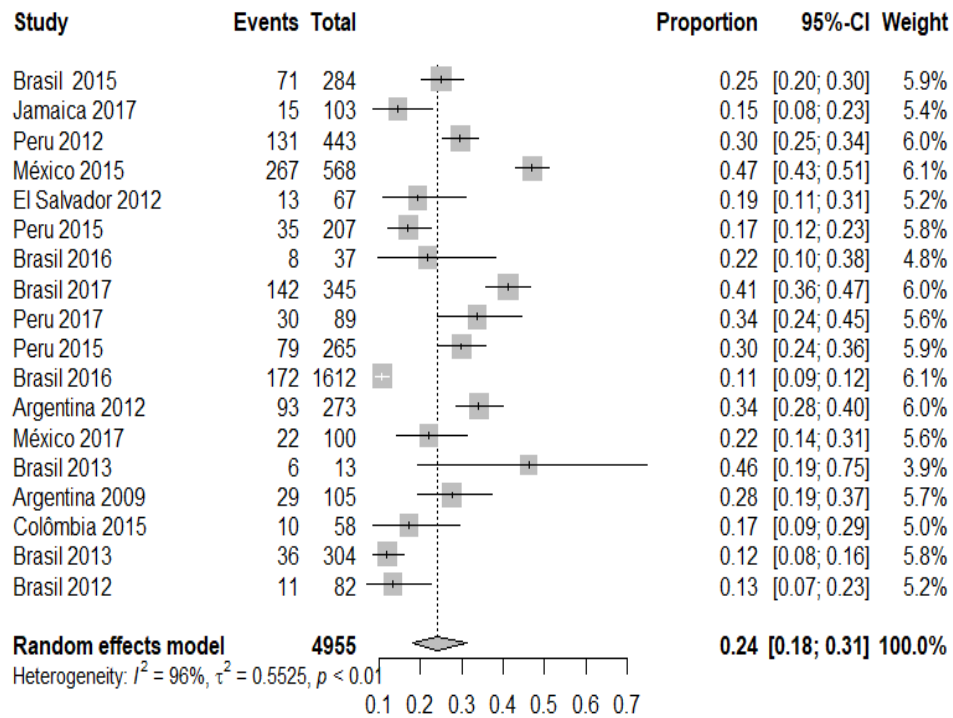
A medida sumária da prevalência do HIV foi de 24% (IC95%: 0.18 – 0.3), como o $I^2 = 96\%$ ($p\text{-valor} < 0,001$). O teste de heterogeneidade foi realizado com teste DerSimonian e Laird Q. Os dados são apresentados nos forests plots, incluindo a prevalência da análise de subgrupo considerando a metodologia de recrutamento dos RDS e não RDS, seu IC 95% e o relativo peso de cada estudo.

Na análise de subgrupo, a prevalência entre metodologias de recrutamento não teve variação considerável e ambos os métodos apresentaram alta heterogeneidade, ficando com medida sumário entre os estudos não RDS de 26% (18% -36%) com I^2 de 97%. Já para os estudos RDS, a medida sumária apresentada ficou em 21% (13% – 32%) e 94% de heterogeneidade. Os estudos com metodologia RDS são utilizados para recrutamento de populações de difícil acesso e requer dos pesquisadores fases prévias à entrada do campo para coleta de dados, conhecida como pesquisa ou fase formativa, realizada diretamente com pessoas pertencentes ao grupo que se deseja conhecer, e assim selecionar alguns constituintes do grupo, comumente chamados de sementes, para possibilitarem o recrutamento inicial e as sucessivas ondas advindas desses recrutamentos.

A análise visual de viés de publicação, observada na Tabela 3, evidenciou lacunas nos quadrantes do gráfico, bem como estudos que se apresentaram para fora do funil, que pode ser justificada pelo tamanho variados das amostras intra grupos e por apresentarem heterogeneidade alta.

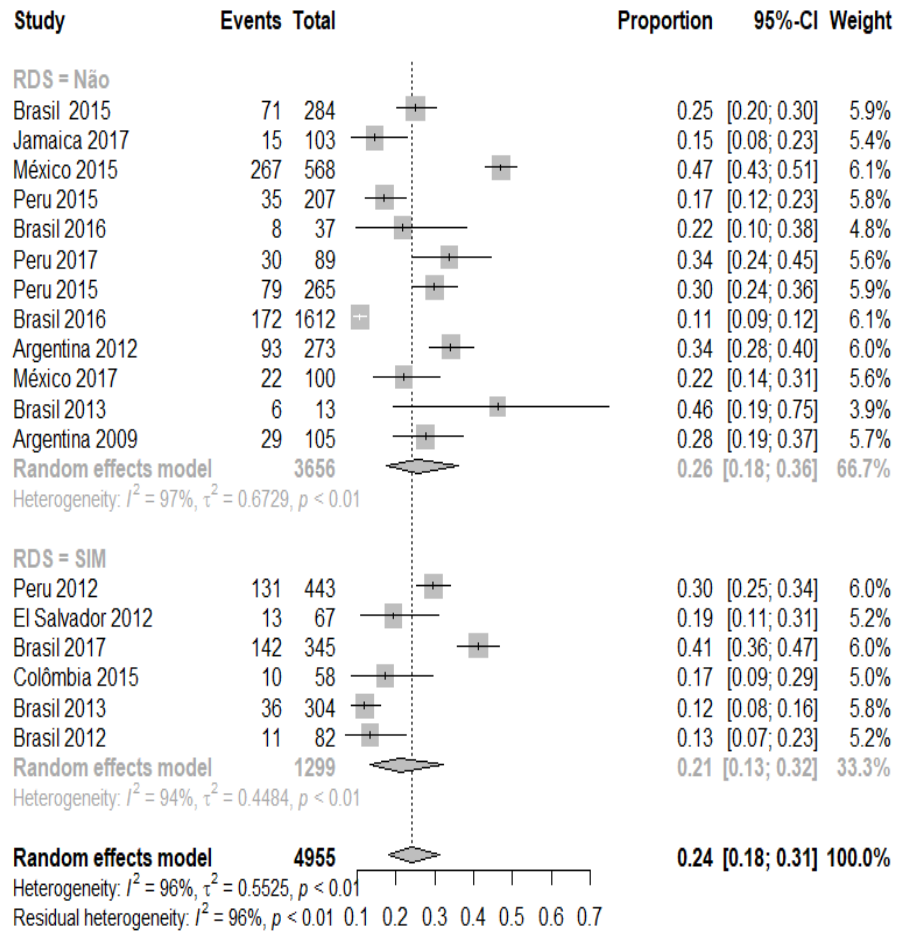
Na tentativa de explicar a alta heterogeneidade apresentada, foi realizada análise de sensibilidade, em que foram retirados dois estudos contendo as menores amostras referentes a travestis e mulheres transexuais (SCHUELTER-TERVISOL et al., 2013; CASTRO et al., 2016), entretanto o impacto do teste foi praticamente nulo.

Tabela 2 - prevalência agrupada de HIV entre mulheres transexuais e travestis da América Latina



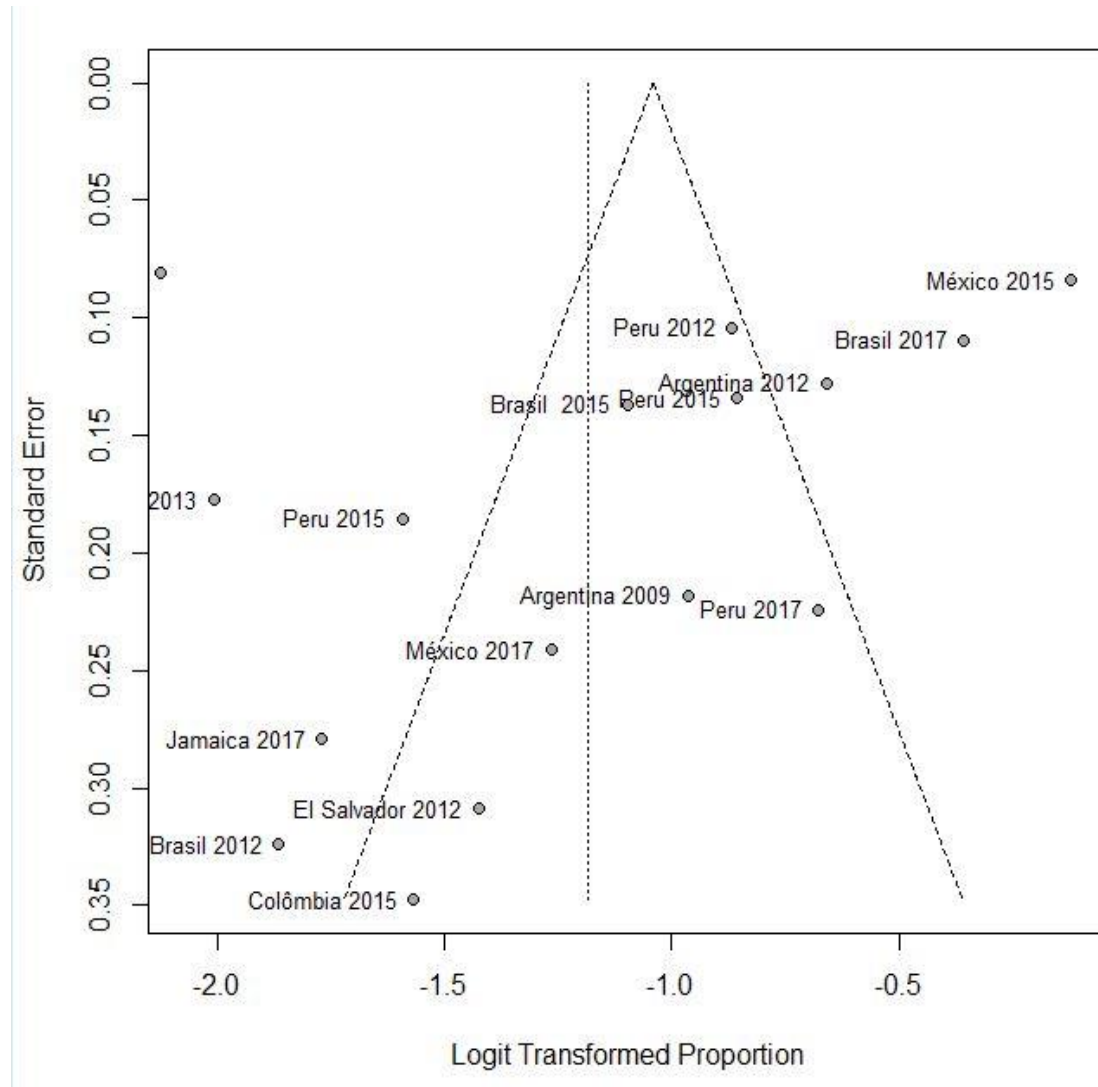
Fonte: Elaborada pelo autor

Tabela 3 - Prevalência de HIV estratificada pelo tipo de recrutamento entre mulheres transexuais e travestis da América Latina



Fonte: Elaborada pelo autor

Figura 4 - Gráfico de funil



Fonte: Elaborada pelo autor

3.1.10 Considerações Finais

Os achados de pesquisa apontam para alta prevalência de HIV na população estudada em todos os países em que dispunham de dados, quando comparadas com a população em geral. Sendo considerada uma das populações chave no combate ao HIV, a população de travestis e mulheres transexuais sofre processos de exclusão social que dificultam estratégias de prevenção relacionadas às questões estruturais, como já apontam dados da literatura, bem como potencializam sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV de maneiras diversas. Dos estudos que apontam preditores de

HIV, quando do envolvimento em atividades de sexo comercial e história de IST, percebem-se maiores chance de infecção reforçada pela necessidade de sobrevivência compulsória em um contexto de violências

Mesmo para as que apresentam índices de escolaridade em estratos mais altos (ensino médio e superior), foi possível observar alta prevalência de HIV em suas amostras. O quesito etnia, embora apontado apenas em estudos brasileiros, demonstrou maiores prevalências em populações não brancas. No tocante aos métodos de recrutamento para participação em pesquisas, não houve grande variação quando da análise de subgrupo na meta análise realizada.

3.1.11 Referências

- APARICIO-GARCÍA, M. E. et al. Health and Well-Being of Cisgender, Transgender and Non-Binary Young People. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 10, out. 2018. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6209926/>.
- BARAL, S. D. et al. Worldwide Burden of HIV in Transgender Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The Lancet. Infectious diseases**, v. 13, n. 3, p. 214–222, mar. 2013.
- BARRINGTON, C. et al. Social Network Characteristics and HIV Vulnerability among Transgender Persons in San Salvador: Identifying Opportunities for HIV Prevention Strategies. **AIDS and behavior**, v. 16, n. 1, p. 214–224, jan. 2012.
- BLONDEEL, K. et al. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 1, p. 29–41L, 1 jan. 2018.
- CARBALLO-DIÉGUEZ, A. et al. Recalled Sexual Experiences in Childhood with Older Partners: A Study of Brazilian Men Who Have Sex with Men and Male-to-Female Transgender Persons. **Archives of Sexual Behavior**, v. 41, n. 2, p. 363–376, abr. 2012.
- CASTILLO, R. et al. HIV and Sexually Transmitted Infection Incidence and Associated Risk Factors Among High-Risk MSM and Male-to-Female Transgender Women in Lima, Peru. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)**, v. 69, n. 5, p. 567–575, 15 ago. 2015.
- CASTRO, R. et al. The Men Who Have Sex with Men HIV Care Cascade in Rio de Janeiro, Brazil. **PLOS ONE**, v. 11, n. 6, p. e0157309, 14 jun. 2016.
- COLCHERO, M. A. et al. HIV Prevalence, Sociodemographic Characteristics, and Sexual Behaviors among Transwomen in Mexico City. **Salud Publica De Mexico**, v. 57 Suppl 2, p. s99-106, 2015.

- COLLIER, R. Addressing Transgender Discrimination in Health. **CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne**, v. 187, n. 17, p. E493, 17 nov. 2015.
- COSTA, A. B. et al. Population-Based HIV Prevalence and Associated Factors in Male-to-Female Transsexuals from Southern Brazil. **Archives of Sexual Behavior**, v. 44, n. 2, p. 521–524, fev. 2015.
- GRANT, J. A. et al. **Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey.**, 2011. .
- HERBST, J. H. et al. Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review. **AIDS and behavior**, v. 12, n. 1, p. 1–17, jan. 2008.
- JASPAL, R.; KENNEDY, L.; TARIQ, S. Human Immunodeficiency Virus and Trans Women: A Literature Review. **Transgender Health**, v. 3, n. 1, p. 239–250, 2018.
- KOJIMA, N. et al. The PICASSO Cohort: Baseline Characteristics of a Cohort of Men Who Have Sex with Men and Male-to-Female Transgender Women at High Risk for Syphilis Infection in Lima, Peru. **BMC infectious diseases**, v. 17, n. 1, p. 255, 11 2017.
- LOGIE, C. H. et al. Factors Associated with Sex Work Involvement among Transgender Women in Jamaica: A Cross-Sectional Study. **Journal of the International AIDS Society**, v. 20, n. 1, p. 21422, 06 2017.
- LONEY, P. L. et al. Critical Appraisal of the Health Research Literature: Prevalence or Incidence of a Health Problem. **Chronic Diseases in Canada**, v. 19, n. 4, p. 170–176, 1998.
- MALTA, M. et al. STROBE Initiative: Guidelines on Reporting Observational Studies. **Revista De Saude Publica**, v. 44, n. 3, p. 559–565, jun. 2010.
- MARTINEZ, O.; KELLE, G. Sex Trafficking of LGBT Individuals. **The international law news**, v. 42, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204396/>>.
- MARTINS, T. A. et al. Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: A respondent-driven sampling survey. **AIDS Care**, v. 25, n. 5, p. 606–612, 1 maio 2013.
- PASCOM, A. R. P. et al. Point-of-Care HIV Tests Done by Peers, Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, n. 8, p. 626–630, 1 ago. 2016.
- POTEAT, T.; GERMAN, D.; KERRIGAN, D. Managing Uncertainty: A Grounded Theory of Stigma in Transgender Health Care Encounters. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 84, p. 22–29, maio 2013.

- RYAN, C. et al. Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc.**, v. 23, n. 4, p. 205–213, nov. 2010.
- SALAS-ESPINOZA, K. J. et al. HIV Prevalence and Risk Behaviors in Male to Female (MTF) Transgender Persons in Tijuana, Mexico. **AIDS and behavior**, v. 21, n. 12, p. 3271–3278, dez. 2017.
- SCHUELTER-TREVISOL, F. et al. HIV, Hepatitis B and C, and Syphilis Prevalence and Coinfection among Sex Workers in Southern Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 46, n. 4, p. 493–497, ago. 2013.
- SILVA-SANTISTEBAN, A. et al. Understanding the HIV/AIDS Epidemic in Transgender Women of Lima, Peru: Results from a Sero-Epidemiologic Study Using Respondent Driven Sampling. **AIDS and behavior**, v. 16, n. 4, p. 872–881, maio 2012.
- SILVA-SANTISTEBAN, A. et al. HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. 3S2, p. 20799, 1 jul. 2016.
- SOUSA, P. J. de; FERREIRA, L. O. C.; SÁ, J. B. de. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2239–2251, ago. 2013.
- STERZING, P. R. et al. Social Ecological Correlates of Polyvictimization among a National Sample of Transgender, Genderqueer, and Cisgender Sexual Minority Adolescents. **Child Abuse & Neglect**, v. 67, p. 1–12, 2017.
- TAKKOUCHE, B.; CADARSO-SUÁREZ, C.; SPIEGELMAN, D. Evaluation of Old and New Tests of Heterogeneity in Epidemiologic Meta-Analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 150, n. 2, p. 206–215, 15 jul. 1999.
- UNAIDS. **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS;**, 2019.
- WANSOM, T.; GUADAMUZ, T. E.; VASAN, S. Transgender populations and HIV: unique risks, challenges and opportunities. **Journal of Virus Eradication**, v. 2, n. 2, p. 87–93, 2016.
- WILSON, E. C. et al. Transgender Female Youth and Sex Work: HIV Risk and a Comparison of Life Factors Related to Engagement in Sex Work. **AIDS and behavior**, v. 13, n. 5, p. 902–913, out. 2009.

ZEA, M. C. et al. HIV Prevalence and Awareness of Positive Serostatus Among Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in Bogota, Colombia. *American journal of public health*, v. 105, n. 8, p. 1588–1595, ago. 2015.

3.2 ARTIGO 2 – **REFLEXÕES SOBRE SER TRAVESTI E MULHER TRANSEXUAL: ABORDAGEM SOCIAL ESTRATÉGICA NAS RELAÇÕES COTIDIANAS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

3.2.1 Introdução

Travestis e mulheres transexuais configuram um grupo social denominado de transgêneros, pessoas que apresentam desconforto em relação às normas sociais de gênero e sexo biológico atribuído ao nascimento, passando a reivindicar uma existência fora dos padrões culturais e heteronormativos hegemônicos na sociedade e, segundo Bento (2008), padecem de discriminação e marginalização, em muitos casos decorrentes da própria família, criando obstáculos para receberem apoio psicológico, educação formal e, quando adultas, ingressarem no mercado formal de trabalho.

No processo de conformação corporal ao gênero desejado, boa parte tendem a fazer uso de hormônios femininos e aplicações de silicone, em muitas vezes sem acompanhamento especializado, como demonstrado por Kulick (2008) em estudo etnográfico com esse grupo em Salvador, em que aponta a atuação de “bombadeiras” na aplicação de silicone líquido industrial e a prescrição/indicação de hormônios femininos pelas integrantes da própria comunidade, que podem gerar deformidades físicas e problemas graves de saúde.

A partir dos anos 2000 emergem estudos nacionais na área da transexualidade que assumem uma postura crítica frente à medicina sobre a patologização e sua apropriação de formas/modos de “levar a vida”. Nesse sentido Murta (2007) destaca o processo transexualizador e a necessidade das redesignações sexuais serem inseridas em processos terapêuticos normatizadores através da utilização de hormônios ou pela cirurgia de redesignação sexual. Ou como aponta Bento (2008), transitar entre gêneros ganha caráter interpretativo de doenças e, neste sentido, pessoas identificadas como pertencentes ao gênero oposto ao designado ao nascimento se tornaram objeto exclusivo da medicina.

A autora ainda pontua essa vivência como “experiência transexual”, posto que transexualidade não é um indivíduo, mas sim uma nomenclatura relacionada às experiências vividas por pessoas

transgêneras. A autora defende que tal condição não se associa a cirurgia de redesignação de sexo para que o indivíduo transexual reivindique social e legalmente a identificação a um novo gênero, e ressalta que a travestilidade para diversão ou fetichismo podem ser descritos como transgêneros, mas não como transexuais.

Para Barbosa (2013), a diferenciação entre as categorias travestis e mulheres transexuais dizem respeito a necessidade de realização da cirurgia de redesignação, em que para a primeira esse desejo não é apresentado, enquanto para segunda, torna-se fundamental. Contudo, Jesus (2012), salienta que o termo travesti é usado para designar uma mulher que é na verdade transexual, pois a palavra travesti é antiga, precedendo assim o conceito de transexual, motivo pelo qual está consolidada pela linguagem.

A construção de características corpóreas ao gênero desejado é ponderada por Arán (2008) no sentido de não identificação com uma mulher (cromossomicamente), mas com a mulher, a aparência de ser mulher é um ideal a ser atingido, sem menção à identidade sexual. Assim, buscam nas transformações dos seus corpos a reverberam do que se é sentido e desejado enquanto expressões de si mesmas, associa-se a isso a afirmação de Le Breton (2011) que é através do corpo que há representações de símbolos relacionados ao gênero.

Dito isto, é esperado pelo imaginário social coletivo manifestações anatômicas e estéticas alinhadas ao corpo feminino, daquilo que é esperado, e percebido, que o outro enxerga dentro de padrões cis/heteronormativos. Nesse sentido, no universo de travestis e mulheres transexuais, as relações sociais são atravessadas por questões de gênero fortemente associadas ao binarismo, postulando-se uma existência estática em um dos polos que definem, através dos papéis/marcadores sociais e genitais, o que é ser homem e o que é ser mulher.

Assim, todas as demais formas de existência, e relações sociais, para além dessas legitimadas socialmente, tenderão a ser vistas como desviantes, abjetas e intelegíveis, cujos destinos são relegados aos estigmas e diversas vulnerabilidades.

Nesse ponto, Oliveira e Nascimento (2017), em estudo de revisão sobre violência às pessoas LGBT, afirmam maior tendência dessas vulnerabilidades à medida que tais identidades se afastam da heteronormatividade, destacando as travestis e mulheres transexuais que desenvolvem atividades de sexo comercial, carregando em si um duplo processo de marginalização.

Segundo Costa (1994), a capacidade de se relacionar socialmente está relacionada a dicotômica de gênero masculino/feminino e são atributos naturais para a maioria das pessoas, pois se enquadram em um desses polos, sendo uma questão genital e hormonal, e em geral, encaixam-se aos padrões históricos, sociais e culturais de gênero. Configurando o que se entende contemporaneamente por cisgeneros.

Na atualidade vem se discutindo a passabilidade, ou passing transgender (na literatura internacional), de travestis e mulheres transexuais. Tal termo, insere-se na perspectiva de parecer o mais próximo de, ou passar por, sendo utilizado para se referir a uma capacidade pessoal de ser reconhecido/a como pertencente a um gênero diferente ao nascimento. Essa capacidade pessoal envolve tanto certa manipulação de atributos físicos e comportamentais característicos do gênero desejado (GARFINKEL, 1967).

Nesse sentido parece haver uma ideia de que padrões de normatividades relativos à gênero se articulam às questões de aceitabilidades de suas existências na sociedade amparadas por padrões de comportamentos cis/heteronormativos, bem como por diferenças anatômicas entre homens e mulheres, encontrando na genitália sua maior representação.

Assim, tendo a hipótese que existe uma identidade específica de se reconhecer como travesti e mulher transexual, e que essas, embora sejam pensadas de maneiras diferentes, comungam uma raiz na forma de experienciar suas existências e inserções em uma sociedade cis/heteronormativa, quais os processos articulados às formas de transgredir normas de gênero, pelos quais passam integrantes desse grupo social, quais interações e estratégias são realizadas na condução pelo reconhecimento de si?

Diante do exposto, esse estudo tem como objetivo discutir as percepções de Travestis /Mulheres Transexuais sobre suas experiências e formas de andar a vida em um contínuo trânsito entre gêneros e desafios frente a uma sociedade cis/heteronormativa

3.2.2 Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, classificada como social estratégica. De acordo com Turato (2005), na pesquisa qualitativa a análise está além do estudo do fenômeno em si, mas do significado que o fenômeno tem para os indivíduos. Neste sentido, para Victora et al. (2000),

a pesquisa qualitativa proporciona o conhecimento da interrelação entre fenômeno e contexto e para Minayo (1999; 2001), busca-se aspectos relacionados à compreensão do fato social a ser investigado, não sendo prioridade o critério numérico e sua quantificação nas ciências sociais. Sendo assim, foge de preocupações com generalizações, em que o crucial é explorar o universo de significados, motivações, crenças e valores contidos nas relações, processos.

Como definido por Minayo (2010, p. 47), “pesquisa é uma atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade”, no caso deste trabalho conhecer as percepções do ser travesti, mulheres transexuais a partir de suas próprias falas que vivem na cidade do Rio de Janeiro. A autora completa que se trata de “uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação”. Ainda de acordo com a autora (2010, p. 50) ao classificar os tipos de modalidades de pesquisa social aponta a pesquisa estratégica como “orientada para problemas concretos, focais que surgem na sociedade, ainda que não caibam ao investigador, as soluções práticas para os problemas que aponta (...) sua finalidade é a ação governamental ou da sociedade”.

A opção pela abordagem qualitativa deu-se pelo fato desse tipo de abordagem valorizar os sentidos e significados atribuídos pelos indivíduos aos atos, relações e estruturas sociais, tendo como fundante o ato de compreender, considerando as singularidades dos sujeitos que é expressada a partir da vivência coletiva (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2012).

Para a autora Minayo (2012), a vivência é o resultado da reflexão individual a partir da experiência. Todavia, apesar da vivência ser individual, traz em si aspectos da coletividade em que o sujeito vive e as circunstâncias na qual essa vivência acontece. Para tanto, toda compreensão é em si inacabada e parcial tanto do pesquisador por haver limites de interpretação e compreensão, quanto do entrevistado por haver pela vivência e percepção parcial sobre a vida e o mundo.

Esse trabalho é resultado da fase formativa da pesquisa intitulada “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência para o HIV, sífilis e hepatites B e C entre travestis em 12 municípios brasileiros”. Para o presente artigo foram utilizadas as falas de três Grupos Focais (GF) feitos na cidade do Rio de Janeiro, com duração total de 4 horas e 11 minutos, com 21 participantes ao todo, sendo um grupo com 8, um com 7 e outro com 6 participantes. A totalidade do grupo se caracterizou pela heterogeneidade enquanto aspectos sócio demográficos em relação a idade (entre 18 e 59 anos) e escolaridade (ensino fundamental até superior completo).

Essa fase teve como objetivo aproximar e orientar o grupo condutor de aspectos relacionados as experiências/vivências de ser travesti/mulher transexual na cidade do Rio de Janeiro, em março e abril de 2016, e assim facilitar a realização da segunda etapa da referida pesquisa, com aplicação de questionário de cunho epidemiológico. Inicialmente se realizaram contatos com lideranças locais pertencentes ao grupo social deste estudo no município do Rio de Janeiro, e posteriormente estas identificaram e indicaram outras participantes. Para diminuir efeitos de perdas de participantes os GFs foram realizados em locais que trouxessem maior conforto, tanto no sentido de deslocamento, quanto na questão da segurança e sigilo das participantes. Assim, realizou-se 1 em uma ONG no centro do Rio de Janeiro, outro em um espaço filantrópico do bairro de São Cristóvão e o terceiro em uma casa/abrigo no bairro da Lapa.

Os GFs foram conduzidos por dois pesquisadores, com funções distintas de moderador e observador. Para serem integradas aos GFs era necessário ter 18 anos ou mais, se auto denominar como travesti, mulher transexual, mulher ou outra identificação do gênero feminino; ter sido registrada, ao nascimento, como pertencente ao sexo masculino; morar ou passar a maior parte do dia na cidade do Rio de Janeiro. Como critério de exclusão estar sob efeito de drogas, exceto álcool, que dificultasse a participação.

Como apontado por Marpsat e Razafindratsina (2010) grupos socialmente estigmatizados constituem uma população tida como de “difícil acesso para pesquisas”. Isso em parte explica a ausência de convidados na participação dos grupos ou mesmo do cancelamento de um outro GF previamente planejado.

Tido como uma forma de entrevista com grupos de participantes selecionados, GF é utilizado na análise das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática ou serviço, baseado na comunicação e interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços. (IERVOLINO et al., 2001; KITZINGER, 2000).

A análise dos dados se fundamenta na Análise de Conteúdo de Bardin (1979, p.42), definida como “um conjunto de técnicas de análise e comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas

mensagens”. Sendo cumprido em três fases cronológicas: (1) pré-análise; (2) exploração do material; (3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A definição do corpus de análise foi decidida após a formulação dos objetivos e baseou-se nos dados primários coletados através das entrevistas semiestruturadas nos três GF. Os dados foram, sistematicamente, organizados por meio de recorte dos depoimentos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias temáticas.

No caso desse estudo, essa fase consistiu inicialmente, na separação de partes do corpus, que foram denominados de eixos temáticos a priori, e que resultaram na agregação de dez eixos: perceber-se travesti e mulher transexual, relações familiares e sociais identificadas, sistema carcerário e segurança, relações interpessoais com seus pares, expressões depreciativas, apoio social identificados, relações com serviço de saúde, apoio governamental em relação ao grupo, empregabilidade, como a sociedade percebe a existência travesti/mulher trans.

Durante essa fase os achados resultaram na construção de três subcategorias, como demonstrado no Quadro 5: a auto percepção feminina; as experiências sociais intra e extra grupo; e a formação profissional e barreiras ao acesso às necessidades sentidas. Às quais são balizadoras no processo de análise dos dados da categoria passabilidade.

Quadro 5 – Categorias analíticas com base na análise de conteúdo de Bardin

Eixos Temáticos	Categorias Temáticas	Sub-categorias	Categoria de interpretação
Perceber-se travesti e mulher transexual; Relações familiares e sociais identificadas; Sistema carcerário e segurança; Relações interpessoais com seus pares; Expressões depreciativas; Apoio social identificados, Relações com serviço de saúde; Apoio governamental em relação ao grupo; Empregabilidade; Como a sociedade percebe a existência travesti e mulher trans.	Perceber-se travesti/mulher transexual (ideias/compreensão apontadas pelas participantes sobre ser mulher, símbolos indicativos de ser mulher e desafios sociais)	A auto percepção feminina	Passabilidade
	“Não se vira travesti, nasce travesti” e mulher transexual (enfrentamento cotidiano, vulnerabilidades, passabilidade, convivência familiar, estigma, preconceito, termos depreciativos.	As experiências sociais intra e extra grupo	
	Dilemas na intersectorialidade (emprego, saúde, educação e assistência social)	Barreiras ao acesso de necessidades cotidianas	

Fonte: Elaboração do próprio autor

3.2.3 Resultados

As análises dos achados foram orientadas pela ideia da passabilidade. Conceito ainda pouco usado na literatura que reconhece a leitura corporal das mulheres transexuais e travestis como mulheres cisgeneras, ou seja, aquelas que se alinham com a estética, trejeitos e comportamentos mais femininos. Longe de um alinhamento em prol de uma afirmação de que mulheres trans visem tal objetivo, estruturamos nossos resultados para mostrar que tal conceito pode indicar o esforço de tal grupo em diminuir riscos de estigma e discriminação, bem como tentar aceitação social. Outro olhar que trazemos é a vivência nos espaços sociais, em que parece existir graus variados de passabilidade, e com isso, graus de aceitação e tensões cotidianas. Para isso evocamos a ideia do caleidoscópio, em que os pedaços de vidro colorido no interior do cilindro, são refletidos por espelhos e criam diversas combinações de imagens.

a) A auto percepção feminina

A apresentação social das protagonistas do estudo, quando da sua percepção de gênero contrária ao atribuído ao nascimento, aponta a existência de necessidades específicas a serem supridas, como as questões associadas à vida familiar, educação e integração social. Essas questões são desafiadoras e experienciadas desde a infância, no sentido de serem respeitadas numa jornada de transição contínua fora do binarismo homem-mulher, e no tocante ao enfrentamento dos agentes estressores adicionais à aceitação social na construção do seu feminino. Como marcado em “*eu me via como menina desde pequena (...) eu tinha uns 6 anos de idade. Eu consigo me lembrar (...) eu já me via como menina. Mas teve uma época em que pessoas da família impediram isso*”. (GF2)

Assim, a construção do feminino é percebida desde a infância, visto que “*a pessoa já nasce com a alma feminina e depois só vai se transformando*” (GF1). Nessa perspectiva do se transformando os papéis de gênero são marcadores, pois “*não é fácil pra gente nascer homem e a mãe o pai, a tia, a avó fazer a gente vestir como homem e dentro da gente, com 7/8 anos, a gente não gostar de roupa de homem*”. (GF1)

Nesse ponto vale um adendo quanto à questão da orientação sexual empregada à homossexualidade sobre a “saída do armário”, visto que para as categorias mulheres transexuais e travestis é quase impossível permanecer nele, já que o mais tocante aqui não se trata da orientação sexual e sim dos estereótipos de gênero presentes na sociedade e assim a passabilidade é apresentada, mesmo que de maneira subjetiva. Tanto para as Mulheres Trans quanto para as Travestis do estudo

fica evidenciado que sua construção feminina é atrelada a “*quebrar qualquer barreira, qualquer imposição que a sociedade nos coloca*”. (GF2) ou ainda “*quando você se veste com roupa de mulher pela primeira vez e você sabe que tem que sair na rua, você tem que enfrentar a sociedade, sua família*”. (GF1)

Passada a fase de se reconhecer em um gênero oposto designado no nascimento, evidencia-se a busca pela imagem mais próxima do socialmente construído como mulher. Essa transição pode se dar pelas vestimentas, trejeitos e estética corporal, sem que necessariamente seja realizada a cirurgia de redesignação sexual. E que a feminilidade também pode ser compreendida como uma narrativa, em que não se contradiz mesmo com a presença do falo, podendo assim, remeter a inúmeras possibilidades e que reconhece “*Aquele homem que deixou de ter uma imagem masculina se identificou como mulher, gosta de ter pau e gosta de sentir como mulher*” (GF1)

Segundo Pelucio (2007), para as travestis existem fases na conformação da travestilidade: a) “Gayzinho” - está associada às pessoas que já assumiram sua orientação sexual no meio social, mas com indumentárias masculinas; b) “Montar-se” - uso de indumentárias femininas e maquiagens que dissimulam a barba e molduram feições mais femininas; c) “Transformação” - além de “montar-se” há processos de depilação corporal e utilização de hormônios; d) “Travesti” - considerada travesti pelo grupo pela introdução de silicone no corpo. Essa última fase, apontada por Kulick (2008), como a mais radical e irreversível, visto que o silicone se mistura aos tecidos do corpo, tornando sua remoção praticamente impossível e que pode trazer consequências graves para a saúde, uma vez que a sua realização é feita de maneira insalubre e por “bombadeiras”⁹.

Em nossos achados percebe-se essa associação do uso de silicone com o a percepção da travestilidade pelo grupo de maneira até nostálgica “*na minha época para ser travesti tinha que ter silicone, senão você não era travesti*”(GF1). Ao passo que se aponta um caminhar para aquisição das características físicas para imagem feminina socialmente construída como “*foi acontecendo esse processo de colocar peito, precisa de silicone, precisa de cabelo grande*”. De igual modo, parece haver para as travestis uma identificação com condições sexuais e sociais associadas à genitália masculina que não as impedem de experienciar sua feminilidade, quando afirmam “*se eu quisesse ser*

⁹ Termo usado para designar as transexuais que aplicam silicone em outras transexuais, geralmente é exercido por uma de mais idade pertencente ao grupo social.

mulher eu tinha feito uma buceta (...) eu gosto de ser conhecida como uma travesti. Eu gosto de ter uma cara masculina (...) eu gosto de ter uma barba na cara, porque eu gosto de ser vista como uma travesti (...) eu não gosto de ser vista como mulher trans, eu gosto de ser vista como travesti, e se possível traveca”(GF1)

De maneira sintética, Cardoso (2005) assinala dois grupos de transexuais, aqueles que vivem cotidianamente como mulheres, mas não se submeteram à cirurgia de redesignação sexual, e os transexuais que se submeteram à cirurgia. Assim, o dispositivo cirúrgico apenas é encarado como uma possibilidade de autossatisfação referenciada por uma identidade de gênero, que minimizem pontos de tensões no transitar e/ou convívio social. Nesse ponto a experiência transexual, das depoentes, mostrou-se como *“é uma necessidade de se sentir pertencente como uma mulher na sociedade, necessidade de ser reconhecida, em qualquer lugar que ela for, como mulher (...)fazendo questão, muitas das vezes, de esquecer o que ela já foi, da transmutação dela, a gente fala assim, da transformação (...) eu acho que ser mulher trans é isso. ” Ainda como colocado por outra “ ser mulher trans é ser mulher, se entender, se ver pertencente ao gênero feminino e se olhar, se compreender como mulher”(GF3)*

Para Butler (2003), o corpo é uma construção social enquanto gênero seria um significado assumido por um corpo, que só existe em relação a outro de significado oposto. Essa ideia de corpos gendrados que existem quando em oposição a outros. Isso parece ficar evidenciado pelas depoentes quando *“as pessoas que fazem distinção. Elas acham que transexual é quem operou e travesti é quem não operou” e adiante complementa “ todas nós travestis, transexuais somos femininas de alguma forma (...) o que une a gente é o fato que a gente desafia o sistema de gênero que a sociedade impôs, o modelo masculino-feminino, homem-mulher”. (GF1)*

Entretanto, cabe-nos mencionar que diante de uma cultura em que se relaciona sexo, gênero e genitália, a cirurgia de redesignação deve ser vista como uma conquista para parte daquelas mulheres transexuais que não se sentem confortáveis do ponto de vista anatômico, e sua realização traz maior sensação de bem-estar, tornando-as mais integradas ao convívio social.

Associadas à feminilidade, há também as questões relacionadas aos vocábulos e ao emprego correto com relação à chamada “regra culta gramatical” da concordância de gênero. Kulick (2008), em seu estudo com travestis de Salvador, mostrou que estas quando se referem ao grupo empregam

os pronomes, formas gramaticais e vocativos femininos, “exceto nos casos em que o intuito é ofender ou fazer troça” como bicha, mona e veado (KULICK, 2008. p.227).

Os achados do presente trabalho apontaram situação consonante ao estudo de Kulick, em que o contexto, a forma e intenção com que se emprega um termo causa aprovação quando parte de alguma integrante do grupo, de outro modo “*a gente não aceita de forma nenhuma se um homem, uma pessoa cis chamar a gente de mona, não aceita!*”(GF3)

b) As experiências sociais intra e extra grupo

O termo “passabilidade” quando utilizado para designar o reconhecimento social de que fazem parte do gênero feminino com o qual se identificam, e atrelado aos trejeitos, vestimentas, estéticas, e símbolos socialmente e culturalmente impostos em um corpo em mutação, torna-se simultaneamente um mecanismo de proteção contra o preconceito e a violência e o indicador de sucesso do processo de feminização diante das interações sociais cotidianas.

Nas narrativas seguintes esse termo é evidenciado transversalmente nos vários espaços sociais como na conversa de uma mãe com uma das protagonistas “*eu sou obrigada a chamar você de Pedro, porque você com esse pé desse tamanho, voz grossa desse jeito, eu sou obrigada a chamar você de Pedro*” (GF3). Denota-se aqui ligação de aspectos físicos visualmente identificados que negam a aceitação de sua condição de existência.

O processo de construção da identidade feminina, geralmente caracterizado pelo aumento das mamas, pelo uso de hormônios ou colocação de silicones, é marcado por sofrimento social desde muito cedo, afinal “*eu sofri muito bullying no colégio, porque eu era aquela criança bem veadinho (...) eu era feminino e sofria por isso. Aí quando eu vim me transformando em menina, eu já sofria menos, porque eu já tinha aparência mais feminina. E você já sofre menos*”. (GF2)

Essa narrativa demonstra uma infância com estressores, que culminam em prejuízos no desenvolvimento social. Alinhado a isso, dados da Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil (RedeTrans), apontam que 82% das mulheres transexuais e travestis abandonam o ensino médio entre os 14 e os 18 anos em função da discriminação na escola e da falta de apoio familiar. Fato que traz dificuldades futuras para qualificação e inserção ao mercado de trabalho. Soma-se a isso os achados de Santos (2015), em que tais adolescentes, por sofrerem abusos psicológicos e mesmo físicos nesses ambientes, acabam por encontrar refúgio na prostituição como meio de sobrevivência.

Assim, na atividade da prostituição, fruto dos processos de exclusão social, aumenta-se a carga de estigmas, tabus e preconceitos que acometem esse grupo social. Sendo essa, quase sempre a única alternativa para que possam exercer atividade laboral, entretanto, vista como indigna e reprovada nas relações em sociedade já que *“nós somos abordadas de uma maneira como se fôssemos um objeto, um nada... ou melhor, umas merdas!”* (GF2)

Mesmo quando se sentem de certo modo inseridas na sociedade em ambiente tidos como “de família”, há um estigma associado à condição de travesti/mulher transexual e prostituição, pois *“se você vai numa festa de família, vai numa festa de criança, se você falar que é travesti, vira atração (...) aí vem aquelas mais senhoras, mais antigas e pergunta: mas minha filha, você faz programa?”* (GF3)

Na busca pela passabilidade, e na prostituição, muitas são confrontadas nos papéis a serem assumidos como ativas ou passivas na relação sexual com os clientes, visto que a tomada de hormônio causa impotência sexual, e que os clientes da rua são mais ativos no ato sexual do que os clientes que as procuram em sites de internet assim *“no site você é só ativa, na rua você é passiva”* (...) *“e as mariconas querem tudo o que? Querem neca¹⁰! Se você quer ser uma mulher transexual, você vai parar de tomar hormônio, por causa de uma maricona¹¹?”* (GF3)

Nessa construção de si mesma na busca de conformação corpórea Pelúcio (2004, p.129), aponta que na construção do feminino, observada entre mulheres travestis prostitutas no interior de São Paulo, o conceito de “pessoas em processo”, pessoas “sempre em construção, nunca acabadas vai se fabricando a partir de diversas tecnologias, inclusive as de gênero”. Assim, com medo da humilhação pública e não aceitação de sua condição de gênero em construção na sociedade há o temor das agressões e violências, como retratado nesse depoimento *“eu já deixei de ir trabalhar, com medo. Porque eu ainda estava naquela figura muito andrógina. As pessoas me olhavam e não sabiam se eu era homem ou se eu era mulher”*. (GF2)

Na busca por empregos formais, participar de todo itinerário de admissão entre pessoas cisgêras, é um ponto de tensionamento na sua forma de existir e são recorrentes os agentes estressores

¹⁰ Neca é o termo dado ao pênis no dialeto do grupo social.

¹¹ Maricona referido nas entrevistas como gays mais velhos que fazem programa com a intenção de serem penetrados durante ato sexual.

e produtores de humilhação com expressões depreciativas, pois “*eu cheguei lá depois de muita gente. Eu ouvi risadas, eu ouvi travesti, eu ouvi veado*”. (GF1)

Os pontos de análise construído até o momento evidenciam um profundo grau de exclusão e negação de direitos que acometem as participantes desse estudo, e nossos achados trazem outro mundo de igual magnitude nesses quesitos: o cárcere. Nesse sentido, “*quando eu cheguei na cadeia perguntaram pra mim: você é travesti de rua ou é travesti de cadeia? Com o uniforme da penitenciária eles não enxergaram meu peito. A hora que eu levantei a camisa disseram: você é travesti de rua*”.

Como apontado por Baratta apud Lima e Rodrigues do Nascimento (2014), no sistema carcerário há a mesma realidade presente na sociedade brasileira dos processos de marginalização e, que, por vezes, aprofundam os processos de segregação através de seu funcionamento em prol da manutenção do status quo da sociedade e que podem ser compreendidos pelas expressões do feminino e passabilidade, pois “*tem detentos aqui que chegam homem, bandidão... de repente usou roupa de mulher, começou a usar biquíni, começou a colocar calcinha, começou a colocar batom... e pra gente isso é travesti de cadeia*”.

Da mesma forma, é colocado pelas protagonistas suas relações e percepções sobre a existência de uma forma hierárquica na expressão corporal da feminilidade, em que os atributos, símbolos e trejeitos de gênero parecem demonstrar um valor capital imprescindível na construção do gênero feminino que geram tensionamentos entre as integrantes desse grupo social, conforme os depoimentos a seguir “*se eu vou fazer a transexualidade [cirurgia de redesignação] eu não tenho que mostrar aquilo [genitália] para todo mundo (...) entre nós existem aquelas que querem nos atingir [humilhar]*” (GF2). Fica evidenciado que a constituição de uma genitália, para algumas, traz a sensação de maior pertencimento social amparado por uma visão cisnormativa, que nega um existir anterior.

Entre as participantes ressalta ideia de que a passabilidade, como imagem objetivo a ser atingida entre integrantes do grupo, desconsidera outras imagens corpóreas e subjetivas constantes nos processos de vivência transexual/travesti já que “*entre nós travestis, aquela travesti que não tem barba na cara, aquela que tem o cabelo grande, tem corpo bonito, gosta de humilhar, fazer piadinha com aquela que tem barba, cabelo curto, aquela que tem cara masculina*” (GF1), reforçando assim o estigma e processos de exclusão advindos da sociedade cis/heteronormativa. Estando em acordo

com o que Lopes Louro e Silva (2003), em estudo sobre sexualidade, descreve como característica postas no campo da indeterminação do binarismo de gênero hegemônico, que quando manifestadas são lançadas na perspectiva do perturbador, abjeto e indesejável.

c) *Barreiras ao acesso de necessidades cotidianas*

Comungamos com a ideia de Fleury e Torres (2010) de que grupos minoritários tendem a se pertencer em posições de desvantagens em relação aos demais integrantes de uma sociedade, sendo evidenciado por características econômicas, físicas ou por meio da orientação sexual, e na contemporaneidade acrescentamos a identidade de gênero também como característica relevante nessa desvantagem.

Assim, as categorias travesti e transexual, em nossos achados, percebem suas existências e suas afirmações do modo de olhar a vida, também atravessadas pela passabilidade, no seu cotidiano social, com forte apego à imagem feminina referenciada pela nomenclatura. A posição política da autodenominação de travesti pode caracterizar desigualdade de oportunidades “ porque acha que a mulher transexual é uma mais limpinha, mais higienista”. Mesmo em ambientes institucionais, há comentários como “*não é melhor você colocar mulher trans (para apresentação em palestra), porque travesti é aquela coisa tão antiga, já meio ultrapassada, né?* ” (GF3). Portanto, gera e reforça o apagamento e invisibilidade histórica, podendo associar a transgeneridade a modismos e fortalecer o preconceito social dentro e fora do grupo.

Quando da conquista de empregos formais, a normatização binária de que o sexo biológico é determinante para a identidade de gênero e que, conseqüentemente, existem somente dois gêneros pré-definidos responsáveis por inúmeras características que devem ser seguidas pelos indivíduos e serem visualmente aceitos acarretam em desconforto físicos e emocionais “*porque eu era obrigada com peito grande botar uma faixa para cobrir. Daí usava um sutiã bem apertado e botava um camiseta*”.

Com relação à mudança do nome em documentos oficiais, também trouxeram desafios no tocante à construção corpórea relacionada aos aspectos biológicos, em que o gênero é consequência direta da presença de uma genitália feminina, amplamente enraizado pela cultura e também fortalecido pelo discurso da patologização da transexualidade e travestilidade presentes no Código Internacional de Doenças (CID 10).

Via de regra, a conquista pelo nome estava até bem pouco tempo atrelada à necessidade de realização de cirurgia de redesignação ou com laudo psiquiátrico que confirmasse sua transsexualidade. Desta forma *“se eu me assumir como travesti, o juiz vai olhar pra minha cara: ah, não muda nome; agora se eu falar assim: não, sou mulher trans, o juiz diz que muda”* (GF3). Novamente invoca o estigma e visão patologizante dirigido as travestis e negando sua maneira de existência, quando não conformadas às normas biomédicas.

Segundo Bigliani (2011, p. 24), *“a ação de humilhar se apresenta muitas vezes no contexto da intolerância e/ou extermínio do diferente”* Outro achado da pesquisa também apontou situações de humilhação nos trâmites para obtenção de mudança de nome e gênero em documentos oficiais pois *“eu fui tratada no feminino até ela [juíza] perguntar se eu tinha operado. Quando falei que não operei, eu comecei a ser tratada pelo masculino. Ela só queria ver a foto da minha vagina”* (GF3)

As relações amorosas e afetivas parecem ser permeadas pelo sentimento anteriormente exposto, mesmo quando a passabilidade se apresenta de forma que não revela uma história prévia em suas vidas. Como já mencionado, na passibilidade parece haver um refúgio aos estigmas e violências relacionados nas formas de existir trans, uma vez *“uma amiga que tinha um namorado, como ela passava [termo relacionado a passabilidade], ele não sabia, ele achava que ela era cis, (...) um dia eles passaram pela rua famosa [referindo-se à rua em que há prostituição], e ela disse; olha aqui as meninas. Daí ele virou e disse: não olha pra isso não, querida! Escória da sociedade, isso aí tem que morrer, se eu pudesse eu matava. O mundo dela desmoronou”*.

Quanto às questões de saúde relacionadas ao grupo, achados de pesquisas internacionais apontam barreiras de acessos em vários níveis de atenção como mostram Grant et al. (2011) que investigaram as necessidades de saúde de quase 6.500 indivíduos pertencentes à população trans dos Estados Unidos, identificando que 24% população percebe ter seus tratamentos negados em consultórios e hospitais. 13% em salas de emergência, 11% nas clínicas de saúde mental, 5% pelos técnicos de emergências médicas, 3% em programas de tratamento de drogas. No Brasil o acesso aos cuidados de saúde ainda é pouco investigado, mas são sentidas, *“porque uma das reclamações da gente é que às vezes o destratamento, às vezes o médico até chama pelo nome, mas às vezes o porteiro, o vigia que te recebeu te humilha”*.

Para as depoentes, que conseguem acessar o sistema de saúde, lidam com estressores que podem aumentar ainda mais sua fragilidade física, pois *“ela já sabia que ela iria morrer. Só que ela*

estava mais triste ainda por essa falta de respeito ao nome social e por colocá-la numa ala masculina”. (GF2)

Na Atenção Básica existe o desconhecimento dos profissionais da política de saúde da população LGBTQI. Apenas em 2012 nome social ganhou um espaço no cartão do SUS (Brasil, 2009), garantindo o direito adquirido alguns anos antes, mas com pouca efetividade por não ser contemplado no cartão no ato da apresentação dos documentos. Então, *“eu tive que pegar a portaria, botar embaixo do braço, e ir lá pra falar pra menina, no administrativo”* (GF3)

Além disso, os próprios gestores do setor saúde, parecem reforçar tais barreiras quando denominam os modelos assistenciais pela ótica da família, como no caso do Rio de Janeiro, em que o modelo em voga é amplamente conhecido por Clínicas de Família. Assim, *“Clínica da Família não me contempla (...) e muitas clínicas nem sabem o que é humanoterapia. O que é isso? É você se passar como mulher, né, aparentemente como mulher”*. (GF3)

3.2.4 Considerações Finais

A população trans nesse estudo, consideras travestis e mulheres transexuais, enfrentam várias formas de exclusão social, estigma e preconceito no seu cotidiano. A passabilidade, fio condutor e interpretativo dos relatos de pesquisa, é apontada desde a infância e apresenta linearidade cronológica até a fase adulta. As participantes trazem em seus relatos uma descrição analítica sobre suas formas de andar a vida, bem como críticas nas suas percepções na sociedade e entre seus pares.

Neles parece haver uma polícia das identidades baseadas na linearidade de gênero intrinsecamente relacionadas à expectativa de genitália e de suas representações corpóreas como trejeitos e vestimentas, em que às que fogem a um padrão cis/heteronormativo são lançados em uma órbita caracterizados como desviantes. Nessas órbitas são diversas as estratégias para serem originais, de passarem por, de conduzirem as tensões cotidianas, em que seus corpos são repelidos do centro gravitacional da norma de gênero.

Algumas são repelidas para mais distantes, enquanto outras se encontram mais ao centro em função da rede de apoio que constroem e dos recursos tecnológicos que podem acessar. Reinvidicam o direito de caminhar pela vida que transcenda a marginalização naturalizada pelos sistemas de símbolos que as determinam se são passáveis ou não, (re) significando compreensões nas interações

cotidianas que elucidem para si o fato de que “não se vira travesti, se nasce travesti”, bem como mulher transexual.

A auto percepção sobre seus gêneros se evidencia muito cedo, tendo na família o primeiro local em que essas tenções são marcadas pelo conflito e primeira tentativa de apagamento, resultando algumas vezes na expulsão do ambiente familiar. Na escola continua o rechaço através do bullying em que a permanência se torna quase impossível, e assim se nega o direito à educação desde a base. Quando empregadas a passabilidade parece ser crucial, e, para que possa permanecer nele, é preciso usar subterfúgios que dificultem ou não causem dúvidas à imagem que se enxerga. No sistema carcerário, outras denominações de si surgiram a partir das interpretações de outros, sua passibilidade ali era “de rua”, carregando assim mais um esteriótipo e um elemento que coloca sob suspeição as percepções sobre repulsas de outros corpos com gêneros que não contemplam expectativas sociais.

Nas interações entre pares se evidencia termos como mais bonita, ou atributos femininos em que há uma valorização da estética feminina na constituição de uma feminilidade amparada na ideologia de gênero normativo, em que os desvios são pontos a serem criticados e rechaçados.

Quanto na interação social, com parceiros amorosos, a passabilidade forma uma redoma de proteção, mas traz à tona sua origem e relembra uma norma social, quase compulsória do gênero como atributo direto de uma genitália, agindo como agente estressor, bem como impondo seu apagamento enquanto ser/estar em trânsito mediada pela polícia de gênero, como exposto anteriormente.

Nos espaços judiciais, as tomadas de decisões ainda partilham da hegemonia da medicina como definidora do que se adequa a formulários médicos, buscando enquadramentos e agenciamentos em padrões aceitáveis de acesso ao direito de existir reduzidas a uma tecnologia cirúrgica. Mesmo com a tomada decisão do Superior Tribunal Federal, garantindo a retificação do nome em registro em junho de 2018, sem a necessidade de cirurgia de redesignação nem laudo psiquiátrico, ainda existe a necessidade de melhor conformação da lei, para que não ocorram situações embaraçosas junto aos cartórios.

No sistema de público de saúde, ainda são poucos os trabalhadores de saúde que estão preparados para lidar com as necessidades específicas do grupo social, como respeito ao uso de alas femininas em hospitais e um corpo técnico capacitado e sensibilizado para o reconhecimento de outras formas de andar a vida.

Os achados de pesquisas demonstram a importância de desenvolvimento de políticas públicas que garantam o trânsito desse grupo social por uma sociedade comprometida com o processo civilizatório, em que sejam garantidas suas existências fora do espectro da passabilidade, recurso esse aqui considerado como mantenedor do status quo do estigma e preconceito àquelas em órbitas diversas. Consideramos importante afirmar que os desejos individuais, como o passar por, deve ser uma opção e não uma ferramenta compulsória em prol de proteção e de atender a demandas esperadas pela cisnormatividade. E finalizamos evocando que as decisões nas políticas públicas devem ser estruturadas à luz dos direitos humanos e em prol da vida humana, com suas mais diversas formas e estilo de existir.

3.2.5 Referências

BARBOSA, B.C. Doidas e putas: usos das categorias travesti e transexual. **Sex. Salud Soc.** 2013; N.14 : pp 352-379.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia Crítica e a Crítica do Direito Penal**. 3ª ed. v. 1. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUTLER, J. Sujeitos do sexo/gênero/desejo. *In*: BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. p. 17-60.

CARDOSO. F.L. Inversões do papel de gênero: “drag queens”, travestismo e transexualismo. **Psicol. Reflex. Crit.** 2005; 18(3):421-430.

COSTA, R. P. da. **Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana**. São Paulo: Gente, 1994

DUQUE, T. A gente sempre tem coragem: identificação, reconhecimento e as experiências de (não) passar por homem e/ou mulher*. **Cad. Pagu**, Campinas , n. 51, e175110, Nov.2017 .Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000300503&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11/07/2018.

FLEURY, A. R. D.; TORRES, A. R. R. **Homossexualidade e Preconceito: o que pensam os futuros gestores de pessoas**. Curitiba: Juruá, 2010.

GARFINKEL, H. **Studies in Ethnomethodology**. Malden: Blackwell, 1967.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, Martin W. & GASKELL, George (ed.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**, Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

GRANT J.M., MOTTET L.A., TANIS J., HARRISON J., HERMAN J.L., KEISLING, M. **Injustice at Every Turn**: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011. Disponível em https://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf. Acesso em: 13/11/2018.

GONDIM, S. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa**: desafios metodológicos. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 2002, vol.12, no.24, p.149-161.

IERVOLINO, SA.; PELICIONI, MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. *In*: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

KULICK, D. **Travestis**: prostituição, gênero e cultura no Brasil. Tradução de Cesar Gordon. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LE BRETON. **Antropologia do corpo e modernidade**. Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2011.

LIMA, H. B.; RODRIGUES DO NASCIMENTO, R. V. Transgeneridade e Cárcere: Diálogos Sobre uma Criminologia Transfeminista. **Revista Transgressões**, v. 2, n. 2, p. 75-89, 10 dez. 2014.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. *In*: LOURO, G. **O corpo educado**. Pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MARPSAT, M. and RAZAFINDRATSIMA, N. (2010). Survey methods for hard-to-reach populations: Introduction to the special issue. **Methodological Innovations Online** 5(2): 3-16. ISSN 1748-0612 (online) DOI: 10.4256/mio.2010.0014.

MINAYO, M. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 621-626, Mar 2012.

MINAYO, M. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12º ed. São Paulo: Hucitec, 2010

PELÚCIO, L. “Eu me cuido, mona” – saúde, gênero e corporalidade entre travestis que se prostituem. Texto originalmente apresentado no **Seminário Homofobia, Identidades e Cidadania GLBTTT (mesa Tavestilidades e Transexualidades)**, em Florianópolis, em setembro de 2007, pelo Núcleo de Identidade de Gênero e Subjetividades (NIGS). Disponível em: <http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2014/05/texto-5363c70e4c0af.pdf>. Acesso em: 15/01/2019.

SANTOS, C. G. P. Saúde?! Completo bem estar Psicossocial de um Indivíduo: Tudo que uma Pessoa Trans Não Possui. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e Travestilidade na Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. ISBN978-85-334-2319-0.

SOUZA, H. A. de. **Os desafios do trabalho na vida cotidiana de mulheres transexuais: dificuldades e possibilidades.** São Paulo: Novas Edições Acadêmicas, 2013.

TURATO, E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde pública**, v. 39, p. 507-514, Jun 2005.

VICTORIA, C. G., KNAUTH, D. R.; HASSEN, A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial. 2000.

3.3 ARTIGO 3 – *PUBLIC HEALTH, HIV CARE AND PREVENTION, HUMAN RIGHTS AND DEMOCRACY AT A CROSSROAD IN BRAZIL*

<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02470-3>

COMMENTARY



Public Health, HIV Care and Prevention, Human Rights and Democracy at a Crossroad in Brazil

Luiz Montenegro¹ · Luciane Velasque² · Sara LeGrand³ · Kathryn Whetten³ · Ricardo de Mattos Russo Rafael^{2,4} · Monica Malta^{5,6,7}

© Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2019

Abstract

On January 2019, Brazil’s new far-right president Jair Bolsonaro was sworn into office. Bolsonaro’s administration supports downsizing the Brazilian Unified Health System (SUS), while increasing the size of the private health sector. The new administration might leave millions of Brazilians without medical care, including hundreds of thousands of people living with HIV/AIDS. Bolsonaro’s administration, allied with a highly conservative Congress and sharp decreases in

federal fund- ing for public health, education and research, could jeopardize key health and human rights strategies focused on women, LGBTQ+ individuals, Indigenous populations, and people living with HIV/AIDS.

Keywords Brazil · HIV/AIDS · Public health · Democracy · Human rights

On 28 October 2018, Jair Bolsonaro, a far-right candidate, won the general presidential election with 55.13% of the popular vote [1]. The recently elected Brazilian president has endorsed the use of torture and strongly supports the military dictatorship that ruled Brazil from 1964 to 1985, a period when thousands of dissidents were tortured and killed in Brazil. According to Mr. Bolsonaro, “The only mistake of the Brazilian dictatorship was to torture but not kill”.

✉ Monica Malta
monica.malta@c
amh.ca

- ¹ Department of Epidemiology and Quantitative Methods in Health, Sergio Arouca National School of Public Health (DEMQS-ENSP), FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil
- ² Federal University of Rio de Janeiro State (UNIRIO), Rio de Janeiro, Brazil
- ³ Center for Health Policy and Inequalities Research, Duke Global Health Institute, Durham, NC, USA
- ⁴ Public Health Nursing Department, Rio de Janeiro State University (UERJ), Rio de Janeiro, Brazil
- ⁵ Division of Equity, Gender and Population, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada
- ⁶ Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada
- ⁷ Social Science Department, Sergio Arouca National School of Public Health (DCS/ENSP), FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil

Published online: 22 March 2019

Before becoming president, Bolsonaro was already influencing key public health strategies, including those directly related to HIV care and prevention, in Brazil. In November 2018, Cuban authorities decided to withdraw the More Doctors Program (Programa Mais Médicos) from Brazil [2]. The partnership between Brazil and Cuba was created in 2013, mediated by the Pan American Health Organization (PAHO). The strategy was developed to foster preventive care and address Brazil’s sharp disparities in the distribution of physicians, concentrated in larger urbanized cities, to the detriment of the country’s less developed regions—several without a single doctor available [3]. However, Cuba withdrew thousands of doctors from the program after Jair Bolsonaro questioned their training and demanded changes in the contract. The program provided basic health services to around 60 million Brazilians from rural and hard to reach areas, including Indigenous communities. This initiative was pivotal in assuring proper delivery of HIV-treatment in hard to reach areas (e.g., Amazon bay), controlling epidemic levels of tuberculosis and dengue fever, promptly responding to outbreaks of Zika virus and malaria, and providing continuous primary health care for those with diabetes and other chronic conditions [2]. Over the five-year period, around 20,000 Cuban employees offered medical treatment in more than 3600 municipalities (the majority with less than 20,000 inhabitants), with very successful results [4]. Cuban doctors were the only health professionals actively working in 75% of Brazil’s Indigenous communities. Previous attempts to hire Brazilian doctors to serve these small and hard to reach areas were unsuccessful, and many fear that millions of Brazilians will be left without any health care, including people living with HIV/AIDS [2].

The Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde—SUS) was established in 1988, with a new constitution that established ‘health as a universal right and a State responsibility’. Brazil has the largest public health-system in the world, currently providing treatment and care for 150 million people. Around 75% of the Brazilian population relies exclusively on SUS as their only source of health care [5]. In 2018, around 580,000 people living with HIV/AIDS were receiving their antiretroviral drugs (ARVs) free of charge through SUS, and the majority of HIV-positive patients utilize SUS for their routine clinical and laboratory monitoring [6].

However, after 30 years of progress towards universal health coverage, SUS is facing a major threat—a package of austerity measures that includes freezing the health-care budget. The Constitutional Amendment 95 (EC 95/PEC 55/ PEC 241) was passed in December 2016 and implemented in 2017, repealing the minimum federal expenditures on social protection and health, established by the 1988 Constitution. The

amendment limited growth of federal expenditure on social protection and health, keeping spending levels adjusted for inflation over the next 20 years. The projected decline in the health budget will be around R\$415 billion by 2036 [7]. In 2016, then federal deputy, Jair Bolsonaro, voted in support of Constitutional Amendment 95.

In a scenario of constant outbreaks of infectious diseases such as dengue fever, Zika virus and, most recently, measles, this new rule is a major public health concern. The legislation might leave millions of Brazilians without medical care, including hundreds of thousands of people living with HIV/ AIDS. Simulations conducted by Davide Rasella et al. [8] identified that the implementation of these fiscal austerity measures are likely to increase child morbidity and mortality within the next decade. Following the same path, the federal science budget is facing a 45% cut. Public education will also face struggle with a similar budget decrease, while also struggling with highly conservative policies against sexual and gender diversity education [9].

According to Doniec et al. [10], current Brazilian health reforms include not only austerity measures, but also strategies to increase privatization and deregulation. President Bolsonaro appointed Luiz Henrique Mandetta as the new Ministry of Health. Mr. Mandetta was a congressman that voted in favor of PEC-95, and is currently being investigated for corruption and fraudulent bidding. Mandetta received thousands of dollars in campaign contributions from health insurance companies and was the president of a large health insurance company from 2001 to 2004. As the new Ministry of Health, Mr. Mandetta will probably continue the path to privatization and downsizing of the Brazilian SUS. The new government continues to support the increased offer of cheap and less regulated health plans, or 'Planos Populares'. These plans provide fewer and lower quality health services than the ones already offered by SUS, with high out-of-pocket costs [10].

While Jair Bolsonaro's election represents an extreme shift to the far right, over the last decade Brazil has been experiencing a steady growth of power concentrated in the so-called BBB block (standing for Bible, Beef and Bullets), comprised of highly conservative and religious fundamentalist politicians. This shift has deeply influenced public policies addressing HIV/STIs, sexual and gender diversity education. In 2011, after protests from Evangelical legislators, former President Dilma Rousseff suspended the distribution of an educational kit that addressed gender, sexuality and human rights in public schools. In 2012, the Minister of Health censored an HIV prevention campaign targeting young homosexual men, a group with high HIV prevalence. In 2013, a campaign empowering female sex workers was also censored [11].

Following this path, Bolsonaro's choice for Ministry of Education, Ricardo Vélez Rodríguez, fully supports the controversial project 'Escola Sem Partido' ("Schools Without Party"). The project promotes a conservative agenda that aims to prohibit discussion about gender identity, diversity, sex education and political debates. According to this project, teachers should be prohibited from encouraging students to participate in activism, while prioritizing so-called 'family values'. The project states that any debate and information about sexuality, gender issues and human rights should be solely discussed at home. This project is of great concern in a country where the vast majority of rape and sexual violence cases are perpetrated by male family members [12] yet women and girls lack access to safe and legal abortions [13]. 'Escola sem partido' follows the cancellation of a program that offered an e-learning course on gender, sexuality, and ethnic relations for teachers and school administrators in the public school system, in combination with activities targeting public school students. Mrs. Damares Alves, an evangelical pastor, was appointed for the new Ministry of Women, Family and Human Rights. The new ministry declined to add the LGBTQ + community as a group explicitly protected by its mandate, adding that 'diversity policies have threatened the Brazilian family'. Alves declared on her first day in office that "girls wear pink, and boys wear blue; girls will be princesses, and boys will be princes." According to the new administration, "There will be no more ideological indoctrination of children and teenagers in Brazil." Unfortunately Bolsonaro's administration is directly opposing decades of scientific evidence that support sexuality, gender and human rights education as a core strategy to fight stigma, gender-based violence, while preventing HIV/STIs and unintended pregnancy among youth [14].

Compounding the problem, Mr Bolsonaro is well known for a long history of remarks against the LGBTQ + community. He has said that he would rather his son die in an accident than be gay, has advocated that parents should beat being gay out of their children, and in 2013 proclaimed, "Yes, I am homophobic—and very proud of it." Brazil has the highest LGBTQ + homicide rate in the world, with at least 445 violent deaths reported in 2017. The country is the most dangerous for transgender and gender non-conforming people worldwide [15]. The election of Bolsonaro, allied with the most conservative Congress since the Brazilian dictatorship, could jeopardize key strategies that address LGBTQ + rights in Brazil. The new administration represents a threat to established rights such as same-sex marriage, adoption by same-sex couples, and transgender rights for legal gender recognition.

Devastating consequences of these changes are already evident in Brazil. Jean Wyllys, Brazil's first openly gay congressman who was elected for a third mandate, decided not to serve the new term. His decision was influenced by frequent death threats, which increased after the murder of Marielle Franco from the same party. In March 2018, Franco, another openly gay African American councilor from Rio de Janeiro, was shot dead. Her crime remains unsolved. Jean Wyllys has been a frequent target of homophobic attacks from President Jair Bolsonaro. During Wyllys' mandates, several strategies to promote human rights and protect LGBTQ + rights were implemented and thousands of dollars allocated to fight stigma, discrimination and violence towards the population. It is uncertain if those initiatives will be continued.

Specific to HIV/AIDS care and prevention, several activists and public health professionals fear for the combined impact of an SUS downsize, increase of cheap and less regulated health insurances, allied with austerity measures and sharp decreases of funding. The Brazilian response to HIV/AIDS was once identified as a best model and a policy that should be followed by other low- and middle-income countries. However, this 'best model' has not been very successful in the last decade, with a median of 40,000 new cases and 12,000 AIDS-related deaths every year. According to recent estimates from the Brazilian Ministry of Health, in contrast with a worldwide downward trend, HIV cases in Brazil have increased—especially among young men who have sex with men [16]. According to researchers Fernando Seffner and Richard Parker, “over the past 10 years, public policies in Brazil have increasingly been defined by a biomedical bias that has wasted the accumulated critical knowledge of key sectors of society that first responded to the epidemic: social movements” [17]. During the last decade, the Brazilian response to AIDS has been focused mainly on exclusively biomedical approaches, while strategies focused on human rights that engage grassroots organizations, and are developed to fight stigma and discrimination, while promoting user-friendly services have been set aside [6]. Bolsonaro's administration will have a strong and negative impact on the once socially inclusive, original and daring Brazilian response to HIV/AIDS.

It is estimated that around 850,000 people are living with HIV/AIDS in Brazil. All people living with HIV/AIDS are entitled to receive free treatment through SUS—including clinical and laboratory follow-up and antiretroviral drugs. However, in the current scenario of decreasing public health funds, the well-known Brazilian policy to provide free and universal HIV

treatment might be threatened [16]. In a previous interview, Bolsonaro said that “those who have HIV should deal with it and exempt the government of this burden”. A possible lack of consistent access to quality HIV treatment and care could also foster HIV drug resistance, with catastrophic outcomes.

In January 2019, Bolsonaro's administration censored a manual addressing transgender men's health that included harm reduction strategies (e.g., need to avoid needle/syringe sharing while using hormones). According to the Ministry of Health, Mr. Mandetta, the HIV/AIDS policy should not “insult the family institution”. The manual was developed by a team of experts from the Brazilian National Department of Surveillance, Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases, HIV/AIDS and Viral Hepatitis (DDAHV), from Brazilian Ministry of Health. A few days later, DDAHV Director Adele Benzaken was exonerated from office. Dr. Benzaken was responsible for scaling up several key strategies, including Treatment as Prevention (TasP), PrEP (pre-exposure prophylaxis) and PEP (post-exposure prophylaxis) among key populations [16].

Brazil has been at the forefront of HIV treatment and prevention. It was the first low- and middle-income country to provide free highly active antiretroviral therapy in 1996, and the first to implement TasP, PrEP and PEP strategies. However, those strategies might be severely impacted by a highly conservative political scenario, funds constrains, lack of a human rights approach and proper dialogue and collaboration with social movements. Mr. Bolsonaro's highly conservative administration, in conjunction with a sharp decrease in federal funding for public health, education and research, seems to be paving the way for a public health and human rights crisis.

References

1. The Lancet Global Health. Brazil enters the Bolsonaro zone. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e160.
2. Alves L. Cuban doctors' withdrawal from Brazil could impact health. *Lancet*. 2018;392:2255.
3. Pinto HA, de Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, Araújo GD. The Brazilian More Doctors Program: evaluating the implementation of the Provision axis from 2013 to 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(Suppl 1):1087–101.
4. Franco CM, Almeida PF, Giovanella L. Comprehensiveness of practices by Cuban physicians in the More Doctors Program in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(9):e00102917.
5. Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, de Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998–2012). *PLoS ONE*. 2018;13(8):e0201723.

6. Frasca T, Fauré YA, Atlani-Duault L. Decentralisation of Brazil's HIV/AIDS programme: intended and unintended consequences. *Glob Public Health*. 2018;13(12):1725–36.
7. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018;3(4):e000829.
8. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Med*. 2018;15(5):e1002570.
9. Angelo C. Brazilian scientists reeling as federal funds slashed by nearly half. *Nature*. 2017;2017(544):7648.
10. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Brazil's health catastrophe in the making. *Lancet*. 2018;392(10149):731–2.
11. Murray LR, Kerrigan D, Paiva VS. Rites of resistance: sex workers' fight to maintain rights and pleasure in the centre of the response to HIV in Brazil. *Glob Public Health*. 2018;24:1–15.
12. Santos MJ, Mascarenhas MDM, Malta DC, Lima CM, Silva MMAD. Prevalence of sexual violence and associated factors among primary school students—Brazil, 2015. *Cien Saude Colet*. 2019;24(2):535–44.
13. Diniz D, Gumieri S, Bevilacqua BG, Cook RJ, Dickens BM. Zika virus infection in Brazil and human rights obligations. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136(1):105–10.
14. Carrara S, Nascimento M, Duque A, Tramontano L. Diversity in school: a Brazilian educational policy against homophobia. *J LGBT Youth*. 2016;13:161–72.
15. Blondeel K, de Vasconcelos S, García-Moreno C, Stephenson R, Temmerman M, Toskin I. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2017;96(1):29–41.
16. Alves L, Fraser B. Health-care inequity a challenge for Brazil's new Government. *Lancet*. 2019;393(10168):213–4.
17. Seffner F, Parker R. The neoliberalization of HIV prevention in Brazil. In: *Myth vs. reality: evaluating the Brazilian response to HIV in 2016*. Rio de Janeiro, Brazil: ABIA. http://gapwatches.org/wp-content/uploads/2016/07/Myth-vs-Reality_BRAZIL-HIV_2006.pdf. Accessed 1 Mar 2019.

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, envolvendo travestis e mulheres transexuais, ilustra claramente a sinergia existente entre aspectos epidemiológicos, sociais e políticos relacionados as suas formas de existências. A forma de apresentar o trabalho, trazendo aspectos epidemiológicos de uma patologia em primeiro plano, não foi pensada de maneira aleatória, posto que configura a consequência dos outros dois elementos.

Na construção dos pensamentos aqui difundidos era preciso evidenciar as consequências de uma sociedade marcada pelo estigma e preconceito em torno de um grupo social, e suas influências nas desigualdades refletidas em saúde com relação aos demais indivíduos. Como ficou evidenciado pela distribuição das prevalências ao HIV nas conhecidas populações chaves, e para fins desse trabalho a população de transgêneros. Em que os achados de pesquisa demonstraram alta prevalência entre os estudos de Revisão Sistemática, variando entre 10.7 e 47%.

A análise de subgrupo, realizada pela meta análise demonstrou que não houve variação significativa entre os métodos de recrutamento, e demonstrou alto grau de heterogeneidade entre os estudos. A medida sumária do total dos estudos apontou prevalência de 0.24 (0.18 – 0.31). Quando feita análise de subgrupos utilizando recrutamento RDS e não RDS, as prevalências permaneceram altas e com alto grau de heterogeneidade entre os estudos.

A palavra estatística deriva do latim e tem como significado Estado, assim, pela demonstração estatística aqui apontada, é evidenciado a falta do Estado como elemento propulsor e planejador de políticas públicas que garantam cidadania para esse grupo populacional, estando os valores de prevalência proporcionais a falta do Estado através de políticas públicas que sejam promotoras de cidadania.

Mesmo que configure como incipiente algumas medidas políticas, em prol da população transexual nos últimos anos, como apontado na Política Nacional da Saúde LGBT, é na atualidade que pontos de tensões são exacerbados frente a conjuntura atual de medidas conservadoras com apelos religiosos e moralistas que travancam medidas importantes no reconhecimento das diversas formas de existir, e de proteção à vida humana em suas mais variadas manifestações, estilos de vida e forma de caminhar a vida, apontadas no corpo do texto como uma polícia de gênero.

O desmonte de políticas implementadas sinaliza retrocessos nos mais variados setores, sendo os mais assolados o da saúde e educação. Locais fundamentais para estruturação de políticas inclusivas e mudanças na cultura de exclusão no que tange a assuntos sobre identidade de gênero e sexualidade, que trariam benefícios às mudanças nas ordens sociais e relacionais quanto ao respeito

às identidades de gênero e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, direitos reprodutivos, entre outros.

Os achados de pesquisa evidenciam uma vida marcada pelo enfrentamento das normas de gênero, mas também reprodutora dessas normas que afetam os que não passam por, e fortalecem o status quo de uma representação corpórea atrelada a padrões sociais definidores do que é aceitável e abjeto. Comungando, de certa forma, com padrões de hierarquização bem definidos e conferindo as vivências transgêneras status de inferioridade, garantindo legitimidade à socialização da cisnormatividade em uma quase negação daquilo que se é.

Os processos de exclusão, iniciados até mesmo no seio familiar, e que extrapolam para outros ambientes, como a escola, levam-nas a buscar seu sustento como trabalhadoras do sexo, não como escolha, mas como destino, visto que não conseguem empregos, ou mesmo quando conseguem, deparam-se com rechaços e humilhações. Nessa prática, é nas ruas que encontraram liberdade para praticar a feminilidade e, nas relações dinâmicas desse contexto, são iniciadas ao uso de hormônios e silicone industrial, bem como apresentam maiores chances de se infectarem pelo HIV, tornando-se também vulneráveis as mais diversas formas de violência (KULICK, 2008; BENEDETTI, 2005).

O estigma e a discriminação se manifestam de várias maneiras e são apontadas como violações dos direitos humanos, e podem ocorrer em ambientes de saúde, na família, pelos pares, pela sociedade geral, nos ambientes educacionais e laborais, sendo causadores de danos psicológicos. São verdadeiros agentes estressores que podem limitar o acesso as informações de prevenção, negociação no uso de camisinha, a percepção a necessidade de testagem para HIV, e outras ISTs (AVERT, 2018).

Pela literatura apresentada, e pelas narrativas discutidas, nas interações sociais e com os pares, tais estressores cotidianos são promotores de baixa autoestima, o que pode configurar em quadros depressivos. Assim, os profissionais de saúde precisam estar preparados para conhecer os efeitos deletérios do estigma e da discriminação, algumas vezes por eles potencializados, promovendo ações acolhedoras e empáticas necessárias ao/do cuidar em saúde. Para isso, os processos de formação precisam inserir em suas programações temáticas com relação as necessidades dessa população, bem como o sistema de saúde precisa desenvolver processos de educação permanente ao corpo de trabalhadores da saúde.

Enfrentar a complexidade dos determinantes sociais da vida e da saúde das pessoas e coletividades requer intervir sobre exclusão social, desemprego, bem como acesso digno a moradia e alimentação. Requer também o reconhecimento dos fatores que se entrecruzam, maximizando a vulnerabilidade e o sofrimento de grupos específicos, como das travestis e mulheres transexuais.

Nesse contexto, todas as formas de discriminação, estigma e preconceito devem ser analisadas como situações produtoras de doença e sofrimento.

Nesse sentido, faz-se necessário os incentivos de políticas públicas intersetoriais que sejam promotoras de bem-estar social, justiça social e equidade orientadas pelos direitos humanos. Aqui vale mencionar a última decisão do Supremo Tribunal federal (STF), que equiparou a LGBTfobia ao crime de racismo em junho de 2019, até que o Congresso Nacional crie uma legislação específica sobre este tipo de violência, sendo uma decisão importante no combate ao preconceito, estigma e discriminação frente à população LGBTQ+ , além disso promotora de cidadania, podendo colaborar com a promoção de políticas que reduzam a situação de marginalização que enfrentam integrantes desse grupo social, com mais afinco às travestis e mulheres transexuais.

Contudo, no momento atual, em que o país é governado por radicalismos conservadores, e os investimentos públicos em saúde e educação, encontram-se congelados, evidenciam-se desafios na cascata de cuidado contínuo ao HIV, bem como na redução do estigma e da discriminação que assolam as travestis e mulheres transexuais em diversos setores da sociedade. Posto que saber da condição sorológica, estar sob tratamento e usar preservativos são tão importantes quanto respeitar as diferenças inerentes às formas de caminhar a vida, e assim potencializar as medidas de prevenção dos agentes estressores que acometem o grupo social aqui estudado.

A promulgação do Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019, traz outras preocupações para pesquisadores e ativistas, visto que o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais passou a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”.

Reconhecido no cenário internacional pelo sucesso no combate à epidemia de HIV no tocante a distribuição de medicamentos, implantação da prevenção combinada, e na experiência democrática de governança baseada na participação social e na intersetorialidade, o decreto muda a estrutura do antigo departamento e passa a ter status de coordenadoria, dividindo espaços com outras pastas e tirando o protagonismo do antigo departamento.

Concluindo, e tendo a saúde pública como prática capaz de promover reflexões que sejam geradoras de mudanças, refletidas por políticas públicas, bem como ancorada no conceito ampliado de saúde, é fundamental a conscientização e legitimação da saúde como direito constitucional idealizado como bem social e universal, fortemente vinculado à qualidade e proteção da vida, atravessada pelo princípio da integralidade do cuidado aos seres humanos de cunho social e universal,

que promovam a inclusão social e que quando não superem, que ao menos diminuam as diferenças entre os diversos grupos que compõem a sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAN, Márcia e MURTA, Daniela. **Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade**: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Revista de Saúde Coletiva. Physis* vol.19 no.1 Rio de Janeiro 2009.
- AVERT. Global Information and Education on HIV and AIDS. **HIV, Stigma and Discrimination**. 2018. Disponível em https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/stigma-discrimination#footnote43_6di3hu4.
- BARAL, S.D.; POTEAT, T.; STROMDAHL, S.; WIRTZ, A.L.; GUADAMUZ, T.E.; BEYRER, C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect Dis**. 2013; 13 (3):214–22.
- BARBOSA JUNIOR, A.; PASCOM, A.R.P.; SZWARCOWALD, C.L.; KENDALL, C.; MCFARLAND, Willi. Transfer of sampling methods for studies on most-at-risk populations (MARPs) in Brazil. **Cad. Saúde Pública** 2011, 27 Sup 1:36-44.
- BARBOSA, J. C. Formatos insubordinados de dissertações e teses na Educação Matemática. *In: D'AMBROSIO, B. S.; LOPES, C. E. (org.). Vertentes da subversão na produção científica em educação matemática*. Campinas: Mercado de Letras, p. 347-367, 2015.
- BAUER, G.R.; TRAVERS, R.; SCANLON, K.; COLEMAN, T.A. High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. **BMC Public Health**. 2012; 12: 292.
- BENEDETTI, M. **Toda feita**: o corpo e o gênero das travestis. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós- Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- BENEVIDES, G.B, NOGUEIRA, S.N.B. **Dossiê**: assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018. Associação Nacional de Travestis e Transexuais do Brasil. Instituto Brasileiro Trans de Educação. Disponível em <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2019/01/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf>.
- BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008. 181 p. (Coleção Primeiros Passos).
- BOCKTING, W.O.; MINER, M.H.; SWINBURNE ROMINE, R.E., HAMILTON, A.; COLEMAN, E. Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. **American Journal of Public Health**. 2013;103(5):943-951.
- BONFIM, P.T.S. **Discriminação e Preconceito**: identidade, cotidiano e religiosidade de travestis e transexuais. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Brasília, 2009.
- BRANSON *et al.* (2006). Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. **MMWR Recomm. Rep.**, V. 55, n. RR – 14 p.1 – 17, 2006.

BRASIL. 2004. Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório de progresso da resposta brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids, 2018. ISSN: 1517-1159. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv aids-2018>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 48p.

BRIGNOL, Sandra *et al.* Fatores associados a infecção por HIV numa amostra respondent-driven sampling de homens que fazem sexo com homens, Salvador. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2016, v. 19, n. 02 [Acessado 9 Abril 2019] , pp. 256-271. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020004>>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020004>.

CARNEIRO, A.J.S. A Morte da Clínica: Movimento Homossexual e a Luta pela Despatologização da Homossexualidade no Brasil (1978 -1990). XXVIII Simpósio Nacional de História (27 a 31 de julho de 2015). Florianópolis. **Anais Eletrônicos**. ISBN: 978-85-98711-14-0 Disponível em <http://snh2015.anpuh.org/site/anaiscomplementares>.

CARTER, K.H.; HARRY, B.P.; JEUNE, M. *et al.* HIV risk perception, risk behavior, and seroprevalence among female commercial sex workers in Georgetown, Guyana. **Rev Panam Salud Pública** 1997;1:451–9.

CLEMENTS-NOLLE, K.; MARX, R.; KATZ, M. **Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization**. J Homosex. 2006;51(3):53-69.

CONTRERAS, J. M.; BOTT, S.; GUEDES, A.; DARTNALL, E. **Sexual violence in Latin America and the Caribbean: A desk review**. 2010

COSTA, R. P. da. **Os onze sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana**. São Paulo: Gente, 1994

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P., 2007. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. Sage, Thousand Oaks.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa social: teoria, 158 método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

DUKE, N. K; BECK S. W. Education Should Consider Alternative Formats for the Dissertation. **Educational Researcher**, Vol. 28, No. 3, pp. 31-36, 1999.

FERNANDES, F.R.; MOUSQUER, G.J.; CASTRO, L.S. *et al.* HIV seroprevalence and high-risk sexual behavior among female sex workers in Central Brazil. **AIDS Care** 2014;26:1095–9.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. **Rev Saúde Pública** 2000; 34:178-83.

FOUCAULT, Michel. 2001. **História da sexualidade I: a vontade de saber** [tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhom Albuquerque]. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 152 p.

FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K.I. Promoting Health Equity Among LGBT Mid-Life and Older Adults: Revealing how LGBT mid-life and older adults can attain their full health potential. **Generations** (San Francisco, Calif). 2014;38(4):86-92.

GALVÃO, T.F.; PANSANI, T.S.A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2015, 24(2), 335-342.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Martin W. Bauer, George Gaskell (editores); Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

GEORGE, A.; BLANKENSHIP, K.M.; BIRADAVOLU, M.R. *et al.* Sex workers in HIV prevention: from social change agents to peer educators. **Glob Public Health** 2015;10:28–40.

GILCHRIST, V. & WILLIAMS, R. (1999). Key informant interviewing. *In: B. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), Doing qualitative research* (2nd ed., pp.71-78). Thousand Oaks: Sage Publications.

GOMES-OLIVEIRA, Marcio Henrique; GORENSTEIN, Clarice, LOTUFO NETO, Francisco; ANDRADE, Laura Helena & WANG, Yuan Pang. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 34(4), 389-394.

GONDIM, S. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia** (Ribeirão Preto), 2002, vol.12, no.24, p.149-161.

GONDIM, R.C.L.; KERR, L.R.; WERNECK, G.L.; MACENA, R.H.; PONTES, M.K.; KENDALL, C. Risky sexual practices among men who have sex with men in Northeast Brazil: results from four sequential surveys. **Cad Saude Publica**. 2009 Jun;25(6):1390-8.

GRANT, J.M.; MOTTET, L.A.; TANIS, J.; HARRISON, J.; HERMAN, J.L.; KEISLING, M. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. **Washington, DC**: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011.

GRANT, R. M. *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 27, 2010.

HASSEN, M.N.A. Grupos Focais de Intervenção no projeto Sexualidade e Reprodução. **Horizontes Antropológicos**, 8(17), 159-177, 2002.

HECKATHORN, D.D. Respondent-Driven Sampling: a new approach to the study of hidden populations. **Soc Probl** 1997; 44(2):174-99.

HECKATHORN, D.D. Snowball versus Respondent-Driven Sampling. **Sociological methodology**. 2011;41(1):355-366.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. (Ed.). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.0.2. **The Cochrane Collaboration**, 2009.

HOTTON, A.L.; GAROFALO, R.; KUHN, L.M.; JOHNSON, A.K. Substance use as a mediator of the relationship between life stress and sexual risk among young transgender women. **AIDS Educ Prev**. 2013;25(1):62-71.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2007. ISBN 978-85-240-3994-2 (meio impresso) © IBGE. 2007.

JAFFEM H.W.; VALDISERRI, R.O.; DE COCK, K.M. The Reemerging HIV/AIDS Epidemic in Men Who Have Sex With Men. **JAMA**. 2007;298(20):2412-2414. doi:10.1001/jama.298.20.2412.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos** / Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília: Autor, 2012. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/87846526/Orientacoes-sobre-Identidade-de-Genero-Conceitos-e-Termos>.

JOAN, Scott – Gender: a useful category of historical analyses. **Gender and the politics of history**. New York, Columbia University Press. 1989.

KERR, L.R.; MOTA, R.S.; KENDALL, C.; PINHO, A.A.; MELLO, M.B., GUIMARAES, M.D. *et al.* HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS** 2013; 27(3): 427-35.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. *In*: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

KULICK, D. **Travesti**: Sex, gender and culture among Brazilian transgendered prostitutes. Chicago, IL: The University of Chicago Press, 1998.

LINDE, K.; WILLICH, S.N. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. **J R Soc Med**. 2003;96:17-22

LAW, M; PHILP I. Systematically reviewing the evidence. *In*: *Law M. Evidence-based rehabilitation: a guide to practice*. Thorofare (NJ): SLACK Inc; 2002.

MACKELLAR, D.A. *et al.* Perceptions of Lifetime Risk and Actual Risk for Acquiring HIV Among Young Men Who Have Sex with Men. **Aids Behav.**, v.11, n. 2, p.263 -270, 2007.

MAGNANI, R.; SABIN, K.; SAIDEL, T.; HECKATHON, D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. **AIDS** 2005; 19:67-72.

MALEKINEJAD, M.; JOHNSTON, L.G.; KENDALL, C.; KERR, L.R.; RIFKIN, M.R.; RUTHERFORD, G.W. Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review. **AIDS Behav** 2008;12 Suppl 4:105-30.

MAYER, K.H.; BRADFORD, J.B.; MAKADON, H.J.; STALL, R.; GOLDHAMMER, H.; LANDERS, S. Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. **Am J Public Health**. 2008;98(6):989–995.

MILLER, W.M.; BUCKINGHAM, L.; SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M.S. *et al.* Systematic review of HIV prevalence studies among key populations in Latin America and the Caribbean. **Salud Publica Mex** 2013;55:S65–78.

MINAYO, M. **Análise qualitativa**: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Maria Cecília de Souza Minayo -12° ed.- São Paulo: Hucitec, 2010

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST. Ano III- nº I, 2014.

MONTENEGRO, L.; VELASQUE, L.; LEGRAND, S.; WHETTEN, K.; RAFAEL, R.D.; MALTA, M. Public health, HIV care and prevention, human rights and democracy at a crossroad in Brazil. **AIDS Behav** 2019; 22: 1–4.

MOTA, Rosa Maria Saloni. **Respondent Driven Sampling (RDS) aplicado à população de homens que fazem sexo com homens no Brasil/Rosa maria Salini Mota – 2012.** 188.:il. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Ceará/Universidade Estadual do Ceará. Universidade de Fortaleza. Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza,2012. Orientação: Prof^o Ligia Regina Sonsigolo Kerr.

MOTT, L. **Homossexualidade:** mitos e verdades. 1^a ed. Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2003.

MURTA, D. **A Psiquiatrização da Transexualidade:** análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

NEMOTO, T; BÖDEKER, B.; IWAMOTO, M. Social Support, Exposure to Violence and Transphobia, and Correlates of Depression Among Male-to-Female Transgender Women With a History of Sex Work. **American Journal of Public Health.** 2011;101(10):1980-1988.

NUTTBROCK, L.; BOCKITING, W.; ROSENBLUM, A. *et al.* Gender Abuse, Depressive Symptoms, and HIV and Other Sexually Transmitted Infections Among Male-to-Female Transgender Persons: A Three-Year Prospective Study. **American Journal of Public Health.** 2013;103(2):300-307.

O'FLAHERTY, M. & FISHER, J. (2008). Sexual orientation, gender identity and international human rights law: contextualising the Yogyakarta Principles. **Human Rights Law Review**, 8(2), 207-248.

OPERARIO, D.; SOMA, T.; UNDERHILL, K. Sex work and HIV status among transgender women: Systematic review and meta-analysis. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.** 2008;48:97–103.

PALTRIDGE, B. Thesis and dissertation writing: an examination of published advice and actual practice. **English for Specific Purposes**, 21, 125-143, 2002.

PASSOS, A.; FIGUEIREDO, J. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública.** 2004, 16(2), 95-101.

POTEAT, T.; WIRTZ, A.L.; RADIZ, A.; BORQUEZ, A.; SILVA-SANTISTEBAN, A.; DEUTSCH, M.B.; KHAN, S.I.; WINTER, S.; OPERARIO, D. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. **Lancet.** 2015;385(9964):274-286.

POWER, R. The application of qualitative research methods to the study of sexually transmitted infections. **Sex Transm Infect**, 2002. 78(2): 87-9.

REIS, IL. **Transexualidades:** interlocução entre o Direito e a Medicina, Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Brasília, 2008.

REISNER, S.L.; MIMIAGA, M.J.; SKEER, M., PERKOVICH, B.; JOHNSON, C.V.; SAFREN, S.A. A review of HIV antiretroviral adherence and intervention studies among HIV-infected youth. **Top HIV Med.** 2009 Feb-Mar;17(1):14-25.

ROUQUAYROUL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. Elementos de Metodologia para a Pesquisa Epidemiológica. *In: Epidemiologia & Saúde.* Maria Zélia Rouquayroul, Naomar de Almeida Filho – 5° ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 600p. ISBN: 85-7199-191- X

SANCHEZ, N.F.; SANCHEZ, J.P.; DANOFF, A. Health Care Utilization, Barriers to Care, and Hormone Usage Among Male-to-Female Transgender Persons in New York City. **American Journal of Public Health.** 2009;99(4):713-719.

SANTOS, I.S.; TAVARES, B.F.; MUNHOZ, T.N.; ALMEIDA, L.S.; SILVA, N.T.; TAMS, B.D.; PATELLA, A.M.; MATIJASEVICH, A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad Saude Publica.** 2013 Aug;29(8):1533-43.

SCHENSUL, J. J. (2004). Key informants. *In: B. A. Norman (Ed), Encyclopedia of health & behavior* (Vol. 1, pp.569-571). Thousand Oaks: Sage Publications.

SCHENSUL, S.; SCHENSUL, J. & LECOMPTE, M. eds. Essential ethnographic methods. Observations, interviews, and questionnaires. **The Ethnographer's Toolkit.** 1999, Altamira Press: Walnut Creek, CA.

SEMAAN, S.; SANTIBANEZ, S.; GARFEIN, R.S.; HECKATHORN, D.D.; DES JARLAIS, D.C. Ethical and regulatory considerations in HIV prevention studies employing respondent-driven sampling. **Int J Drug Policy.** 2009; 20: 14–27.

SILVA, H. **Travesti: a invenção do feminino.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

SIMPSON, K. Transexualidade e Travestilidade na Saúde in Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à gestão Participativa. Transexualidade e Travestilidade na Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. ISBN978-85-334-2319-0

SOCÍAS, M.E.; MARSHALL, B.D.; ARÍSTEGUI, I.; ROMERO, M.; CAHN, P.; KERR, T.; SUED, O. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. **International Journal for Equity in Health.** 2014;13:81.

SOUZA, H. A. de. **Os desafios do trabalho na vida cotidiana de mulheres transexuais: dificuldades e possibilidades.** São Paulo: Novas Edições Acadêmicas, 2013.

SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B.; KROENKE, K.; LINZER, M.; GRUY 3rd, F.V.; HAHN, S.R. *et al.* Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. **JAMA** 1994; 272:1749-56.

SZWARCWALD, C.L.; DAMACENA, G.N.; DE SOUZA-JUNIOR, P.R.B. *et al.* Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. **Medicine** (Baltimore). 2018; 97(1S Suppl 1):S54–S61. doi:10.1097/MD.00000000000009013

SZWARCWALD, C.L.; SOUZA-JR, P.R.B.; DAMACENA, G.N.; BARBOSA-JR, A.; KENDALL, C. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. **J Acquir Immune Defic Syndr**. 2011;57(Suppl 3):129-35

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychol Med* 2000; 28:551-8.

TIFFANY, J.S. Respondent-Driven Sampling in Participatory Research Contexts: Participant-Driven Recruitment. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**. 2006;83(Suppl 1):113-124.

TOLEDO, M.M.; TAKAHASHI, R.F.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M.C. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm**. 2011 Mar-Apr;64(2):370-5.

TREVISAN, J.S. **Devassos no Paraíso: A Homossexualidade no Brasil, da Colônia à Atualidade/ de João Silvério Trevisan – Ed. Revisada e ampliada – Rio de Janeiro: Record, 2000.**

TURATO, E. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista de Saúde pública, v. 39, p. 507-514, 2005.

ULIN, P.; ROBINSON, E. & TOLLEY, E. Qualitative methods in public health research. **A Field Guide for Applied Research**. 2005, San Francisco, CA: Jossey-Bass.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS 2018. UNAIDS data 2018. Disponível em https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf . Acesso em: 03.02.2019

UNAIDS. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Global AIDS response progress reporting 2014: construction of core indicators for monitoring the 2011 UN political declaration on HIV/AIDS.

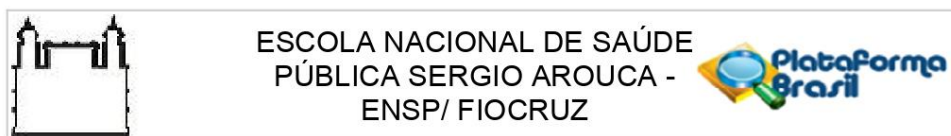
VICTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial. 2000

WILLIAMS, M.L.; BOWEN, A.M.; TIMPSON, S.; BLAIR, K.K. Drug injection and sexual mixing patterns of drug-using male sex workers. **Sex Transm Dis**. 2003;30 (7), 571-74.

WILSON, E.C.; GAROGALO, R.; HARRIS, R.D.; HERRICK, A.; MARTINEZ, M.; MARTINEZ, J.; BELZER, M. Transgender Advisory Committee and the Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. Transgender Female Youth and Sex Work: HIV Risk and a Comparison of Life Factors Related to Engagement in Sex Work. **AIDS Behav**. 2009 Oct;13(5):902-13.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIANDO DO CEP (PESQUISA DIVAS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Pesquisa Divas
Pesquisador: Monica Siqueira Malta
Área Temática:
Versão: 7
CAAE: 49359415.9.0000.5240
Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ
Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.159.481

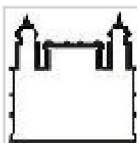
Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências do parecer consubstanciado número 2.015.901 datado de 13/04/17, referente solicitação de emenda, com a seguinte justificativa: "A modificação do TCLE de laboratório foi necessária após aplicação do estudo piloto e deu-se em função de demanda apontada pelas participantes do estudo, que solicitaram adequação do texto de forma a facilitar a compreensão das doenças que serão testadas. "

Projeto de Monica Siqueira Malta do Departamento de Ciências Sociais/ENSP/FIOCRUZ. O projeto em tela recebeu parecer consubstanciado de aprovação de número 1.349.633, datado de 03 de Dezembro de 2015. Também recebeu parecer consubstanciado de número 1.285.259, em 19 de outubro de 2015. Além disso, também recebeu parecer consubstanciado relativo a uma emenda de número 1.676.373 em 12 de Agosto de 2016, outra de número 1.787.806 em 23 de Outubro de 2016 e outra de número 1.861.491 de 12 de Dezembro de 2016 e parecer pendência número 2.015.901 datado de 13/04/17.

Resumo:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



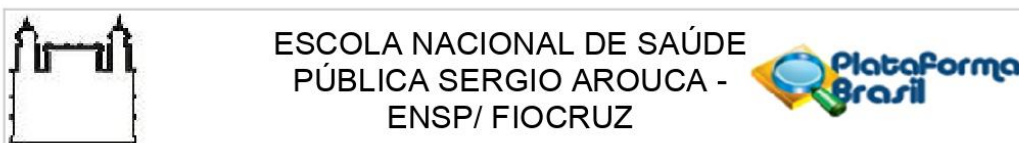
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.159.481

"Segundo estimativas recentes do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, em 2014 haviam aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. A estimativa corresponde, entre a população de 15 a 49 anos, a uma prevalência de 0,6% - 0,7% em homens e 0,4% em mulheres. No entanto, prevalências muito mais altas têm sido identificadas em populações sob risco acrescido. Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) profissionais do sexo tem 12 vezes mais chances de adquirir o HIV, homens que fazem sexo com homens 19 vezes, usuários de drogas injetáveis 28 vezes e travestis tem até 49 vezes mais chances de adquirir o HIV, quando comparados com população adulta em geral. Apesar da importância destes segmentos na dinâmica de disseminação da epidemia de AIDS, estes têm pequena magnitude em termos populacionais e são considerados como populações de difícil acesso para estudos que utilizam desenhos metodológicos habituais, como inquéritos epidemiológicos domiciliares. Faz-se necessário elaborar desenhos amostrais especificamente formulados para acessar essas populações ditas "de difícil acesso", nas quais é muito difícil ou impossível obter acesso a uma listagem exaustiva de seus integrantes, os quais geralmente estão envolvidos em atividades, ou possuem hábitos e características estigmatizadas e/ou ilegais (ex: usuários de drogas, trabalhadores do sexo, travestis). Não é possível estabelecer a real dimensão destas populações utilizando desenhos amostrais clássicos, e os estudos que lhes dizem respeito se veem às voltas com complexas questões de privacidade e sensibilidade das eventuais abordagens da população -alvo. Alguns métodos têm sido desenvolvidos e utilizados quando o interesse é conhecer melhor características e comportamentos de populações de difícil acesso. Tais métodos de amostragem se aproximam (ou buscam se aproximar) da amostragem probabilística. Um destes métodos é a estratégia de amostragem denominada "Respondent Driven Sampling" (RDS), que será utilizada na presente pesquisa. O método RDS é uma variante da amostragem em cadeia, onde os indivíduos da população sob estudo recrutam seus pares. A coleta de dados é realizada por meio de sucessivos ciclos de recrutamento, ou ondas, até que o tamanho de amostra estipulado seja atingido. O método já foi utilizado com sucesso em estudos anteriores realizadas pelo nosso grupo de pesquisa. É importante ressaltar que inexistem estudos brasileiros acerca da prevalência de HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites virais entre travestis no Brasil. O presente projeto tem o objetivo realizar estudo de comportamentos, atitudes, práticas e prevalências de HIV, Sífilis, HCV e HBV entre travestis de 12 municípios, a saber: Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São Paulo/SP. A pesquisa visa a construção de indicadores relacionados à sua vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



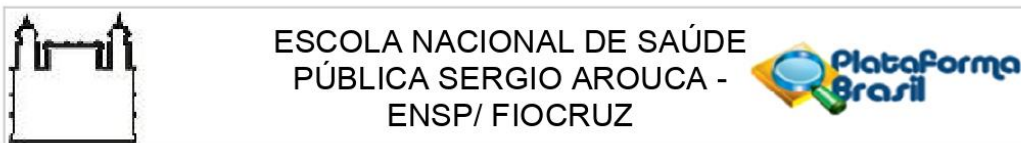
Continuação do Parecer: 2.159.481

Hepatite C, de modo a estabelecer uma linha de base de monitoramento destas epidemias neste segmento populacional, no Brasil. Pretende-se, igualmente, estabelecer parâmetros consistentes para identificar as diferenças sociais, demográficas e geográficas nos padrões de comportamento relacionados à vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS e demais infecções selecionadas, bem como identificar especificidades e necessidades em saúde desta população."

Metodologia proposta:

"Serão estudados o conhecimento, as atitudes e práticas de risco relacionadas ao HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C em travestis brasileiras. Todas as participantes serão aconselhadas (pré e pós-testes) e será oferecida testagem para as infecções selecionadas. Será utilizada a metodologia de amostragem RDS, a qual se inicia com uma pequena amostra, geralmente identificada através de uma 'pesquisa formativa' inicial. Esta amostra inicial é denominada "semente", e irá recrutar novos indivíduos de sua rede social e, por sua vez, cada indivíduo recrutado irá recrutar uma nova "onda" (pequeno conjunto) de contatos. Assim, a amostra segue crescendo em "ondas" de recrutamento, sendo interrompida após alcançar um critério de parada - um dado tamanho de amostra, definido a priori; um certo quantitativo de casos; um determinado número de ondas etc. (Heckathorn, 1997). Cada indivíduo pode recrutar apenas um número restrito de contatos, definido de antemão (geralmente 3), para evitar que alguns indivíduos com muitos contatos "dominem" a amostra (Tiffany, 2006). A estrutura da rede social de recrutamento é utilizada nas análises dos resultados e cada rede social é analisada de forma isolada, objetivando levar em conta as características de cada grupo social recrutado. Serão recrutadas 350 travestis nos seguintes municípios: Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Recife/PE e Salvador/BA. Serão recrutadas 600 participantes em cada um dos dois municípios mais populosos, Rio de Janeiro/RJ e São Paulo/SP. A amostra total da pesquisa será de 4.700 travestis. Etapas da Pesquisa 1. Pesquisa Formativa: Objetiva conhecer melhor as características e especificidades relacionadas a população de travestis de cada município. Será facilitada através da articulação com ONGs e movimentos sociais locais e utilizará entrevistas em profundidade com informantes chave (travestis, gestores, profissionais de saúde etc). A pesquisa formativa permitirá a apresentação da pesquisa a diversos atores sociais, adequação cultural do questionário, mapeamento de locais de frequência, conhecimento de redes sociais e identificação de sementes (participantes iniciais do questionário). 2. INQUÉRITO: aplicação de questionário abordando informações sócio-demográficas; conhecimento acerca das formas de transmissão de HIV e algumas infecções sexualmente transmissíveis; comportamento sexual; uso

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



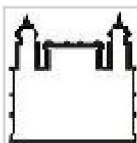
Continuação do Parecer: 2.159.481

de álcool e drogas; necessidades de saúde; experiências de discriminação e violência; integração e participação social.3. TESTAGEM: Após a entrevista, será feito o aconselhamento prévio aos testes de HIV, sífilis e hepatites B e C, caso a entrevistada aceite participar dessa fase. Após o aconselhamento, as participantes serão encaminhadas para a realização dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C. Um profissional de saúde qualificado irá fazer um pequeno furo na ponta do dedo com uma lanceta estéril e descartável e irá colher algumas gotas de sangue para fazer os exames. Os resultados dos exames serão fornecidos até duas horas após a coleta de sangue. Um profissional de saúde qualificado irá entregar os resultados e realizar o procedimento de aconselhamento pós-teste. Todas as participantes com resultado(s) positivo(s) serão encaminhadas para o serviço de saúde público mais próximo de sua residência, para iniciar o acompanhamento e tratamento necessário. 4. Testes laboratoriais adicionais, a serem realizados apenas com as participantes do RJ: (a) Diferenciação de soroconvertores recentes e de longo termo para indivíduos infectados pelo HIV com utilização de testes sorológicos de incidência; (b) Estudo comparativo entre triagem sorológica convencional para HIV, HBV, HCV e sífilis e triagem realizada em sangue total em papel de filtro."

Metodologia de análise de dados:

"As bases de dados do presente estudo conterão informações referentes ao questionário de elegibilidade; questionário sócio-comportamental; exames laboratoriais; além de dados essenciais à implementação da metodologia RDS (características das redes social dos entrevistados, fluxo de recrutamento e indicação de voluntários). As diferentes bases serão inter-relacionadas e integradas por meio do código alfa-numérico de cada participante. Exceção feita aos dados laboratoriais, que alimentarão uma base em separado, por razões operacionais e éticas, todas as demais informações serão capturadas em formulários escaneáveis em Teleform®, tecnologia com o auxílio da qual nossa equipe de pesquisa vem conduzindo diversos estudos. Estes formulários escaneáveis serão remetidos semanalmente à central de dados do estudo e serão integrados, em bancos de dados compatíveis com os principais pacotes de análise estatística, como SPSS e SAS, e analisados com o auxílio destes pacotes e/ou do pacote de domínio público R. Na análise dos dados coletados por meio da técnica de amostragem RDS, será utilizado o aplicativo RDSAT, que leva em conta o efeito de desenho de amostras obtidas por meio dessa metodologia (<http://www.respondentdrivensampling.org/>). Os dados coletados serão ponderados e ajustados segundo os padrões de recrutamento observados ao longo do estudo, obedecendo às probabilidades de homofilia (recrutamento de pessoas com características similares às do recrutador), e o tamanho

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.159.481

da rede social pessoal de cada indivíduo (Salganik & Heckathorn, 2004). A análise estatística de dados coletados por RDS ainda encontra-se em desenvolvimento e, por isso, apresenta uma série de limitações, a serem analisadas, e, na medida do possível, superadas. Por se basear em processos de Markov, a estimação de probabilidades condicionais de recrutamento está condicionada a cada um dos estados do processo (Heckathorn, 2002). Não há definição clara, no âmbito do método, de um tamanho amostral mínimo, fazendo com que amostras pequenas determinem erros na calibração dos dados e, em decorrência, viés nas estimativas a partir daí assim obtidas. O presente projeto pretende aprofundar o diagnóstico das premissas do modelo estatístico de Heckathorn, através da análise detalhada da composição de cada onda e cadeia gerada pelo RDS, de modo a identificar potenciais heterogeneidades (por exemplo, quanto ao padrão de homofilia, tamanho de rede pessoal) e desvios do pressuposto de independência condicional assumido pelo processo markoviano. Com base nestas observações, serão conduzidos experimentos de simulação para avaliar o impacto de desvios dos pressupostos nas estimativas geradas. Os procedimentos de simulação serão adaptados de Salganik & Heckathorn (2004). Esta análise irá subsidiar o desenvolvimento de modelos estatísticos mais robustos para este tipo de dado. A despeito das dificuldades acima apontadas, estudos que têm por base a metodologia RDS vêm sendo desenvolvidos com sucesso junto à populações de difícil acesso, como travestis (Stormer et al., 2006)."

Tamanho da amostra: 4.820 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, os objetivos da pesquisa são:

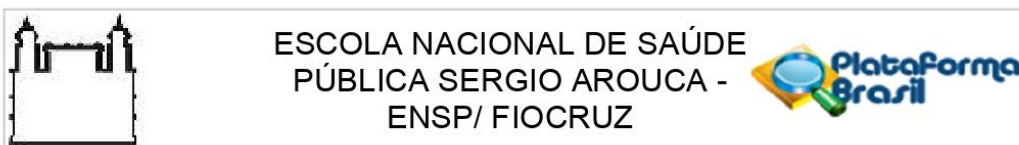
"Objetivo Primário:

Descrever o perfil sócio-demográfico e comportamental, os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à infecção pelo HIV/AIDS e demais IST entre travestis de 12 municípios pré selecionados (Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São Paulo/SP) e estimar suas taxas de prevalência de HIV, Sífilis e Hepatite B e C.

Objetivo Secundário:

- (1) Descrever o perfil sócio-demográfico, conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (2) Descrever os comportamentos de risco frente ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.159.481

- (3) Caracterizar as diferenças sociodemográficas nas práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (4) Estimar a taxa de prevalência de HIV, Sífilis, Hepatite B e C e Identificar os fatores associados às infecções;
- (5) Estimar a prevalência de eventos de violência e transfobia em travestis e identificar os fatores associados."

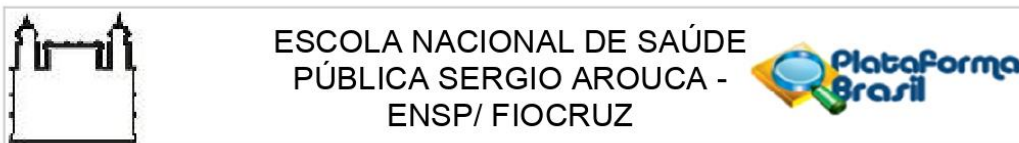
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a análise de riscos e benefícios feito pela pesquisadora:

"Riscos:

O principal risco para participantes do estudo são a perda da confidencialidade, ou danos sociais/psicológicos causados por abordar questões muito pessoais nas entrevistas ou por receber um resultado positivo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C. Todos estes riscos em potencial são extremamente importantes e precisam ser evitados. Os procedimentos a serem adotados para minimizar ao máximo os possíveis riscos aos sujeitos da pesquisa estão descritos logo abaixo. Os voluntários considerados elegíveis serão encaminhados a um membro da equipe local, de quem receberão explicações acerca do estudo. Estes participantes em potencial serão informados sobre os objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa, incluindo os exames laboratoriais precedidos e seguidos por aconselhamento; garantia de sigilo das informações coletadas; uso das informações apenas sob forma agregada e não singularizada; natureza voluntária da participação; e as possibilidades de recusa de resposta ou de realização de algum dos procedimentos, em qualquer fase da pesquisa. Após o esclarecimento de todos os aspectos envolvidos na pesquisa, será solicitado ao participante que assine o TCLE, assegurando-se o total sigilo das informações e garantindo-se que o uso dos dados será apresentado tão-somente de forma agregada, não permitindo a identificação de casos individuais. Todas as entrevistas serão realizadas em lugar privativo, com um participante por vez, por meio de formulários escaneáveis, sem identificação nominal. Os participantes serão identificados por código alfanumérico - a única variável de identificação a ser digitada em todas as bases de dados. Reações psicológicas adversas que possam ocorrer durante a entrevista serão inicialmente manejadas pelo profissional responsável pela coleta de dados de cada local, o qual estará devidamente preparado para fazer os encaminhamentos que forem necessários. A equipe de pesquisa tem trabalhado em estudos coletando informações pessoais por um período superior a 20 anos, e durante este período foram desenvolvidos diversos procedimentos para minimizar ao máximo a probabilidade de quebra de

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.159.481

sigilo. Até onde é de nosso conhecimento, não houve nenhuma quebra de sigilo em pesquisas coordenadas por nossa equipe de pesquisa até o momento. Para evitar riscos de quebra de sigilo, os dados recebidos por servidor especificamente designado da rede FIOCRUZ (PROCC), serão enviados desagregados e sem qualquer identificador pessoal, para um computador pessoal, protegido por dupla senha, localizado em um escritório central com a devida capacidade computacional e de preservação do sigilo no escritório da pesquisadora responsável, Monica Malta. Os arquivos de dados serão identificados através de um código alfanumérico, sem identificação pessoal. Todos os dados serão mantidos em segurança em arquivos trancados e os dados de computadores serão protegidos com senhas. As informações coletadas serão utilizadas apenas para propósitos de pesquisa. Ao fazer referência a estas informações em apresentações, publicações ou relatórios diversos, não será utilizado nenhum dado pessoal dos participantes. Por fim, os questionários serão aplicados em local onde o entrevistado tenha privacidade, na qual a confidencialidade e o sigilo possam ser mantidos. Nenhuma das informações coletadas serão divulgadas ou comentadas com profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento dos pacientes e apenas a equipe de pesquisa terá acesso aos dados coletados. Os riscos em potencial da presente pesquisa serão minimizados ao manter a participação sigilosa e anônima, priorizando a privacidade nos locais de entrevistas, oferecendo informações claras sobre o tipo de perguntas que serão feitas e as questões que serão abordadas durante o processo de consentimento informado. Além disso, será enfatizada a liberdade do participante em não responder a qualquer pergunta que seja considerada desconfortável ou interromper a entrevista quando desejar.

Benefícios:

1. Benefícios diretos aos participantes da pesquisa: receber aconselhamento pré e pós-teste, conhecer os resultados dos testes de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, receber informações detalhadas acerca das infecções estudadas, receber materiais educativos e preservativos. No caso de identificação de participantes com resultados reativos, haverão outros benefícios relacionados com sua participação no estudo: estes participantes receberão aconselhamento pós-teste extremamente detalhado, visando minimizar o impacto de receber um resultado reativo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C. Todos estes participantes serão encaminhados para serviços de saúde devidamente credenciados para oferecer acompanhamento clínico, laboratorial e psicológico para estes pacientes. Pacientes que solicitem ou sejam identificados pela equipe de pesquisa como necessitando de acompanhamento específico, por exemplo acompanhamento psicológico, assistência social etc, serão devidamente encaminhados. Todos os participantes receberão uma

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.159.481

listagem com os serviços de saúde e ONGs que atendem travestis no município.2. Benefícios indiretos: A presente pesquisa conta com financiamento e apoio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Existe, portanto, uma grande probabilidade de que os resultados da pesquisa sejam utilizados para a elaboração de intervenções mais adequadas e que atendam às especificidades da população alvo desta pesquisa. Com isso, os benefícios da presente pesquisa para os participantes e para sua comunidade superam em grande escala os riscos reais, porém controláveis, da pesquisa. O estudo, por ter apoio direto do Ministério da Saúde e utilizar uma amostra de âmbito nacional, poderá produzir dados que terão uma imediata utilidade em programas e políticas municipais e nacionais voltadas para a população de travestis. Os resultados da pesquisa serão amplamente divulgados em meios acadêmicos e, principalmente, em ambiente extra-acadêmicos - para gestores de saúde, ONGs, mídia em geral, lideranças comunitárias, formuladores de políticas públicas etc. Tal estratégia objetiva dar maior visibilidade aos problemas enfrentados por esta população extremamente vulnerável e salientar as lacunas identificadas no âmbito de assistência em saúde e social. Trata-se da primeira pesquisa nacional a ser realizada com travestis brasileiras, aspecto que representa uma grande oportunidade de impulsionar uma agenda mais propositiva e adequada à esta população. Por fim, a pesquisa será realizada em parceria com ONGs e lideranças comunitárias locais. Tal aspecto objetiva assegurar a participação social nas diversas etapas da pesquisa e garantir a visibilidade da pesquisa e a adequada utilização (e apropriação) dos resultados pela população alvo da pesquisa: travestis brasileiras."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Além dos documentos já apresentados na Plataforma Brasil, a pesquisadora anexou um novo TCLE como forma de responder as pendências anteriormente apontadas pelo CEP/ENSP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Item de pendência:

"O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido modificado precisa ser reformulado em função de alguns pontos, dentre os quais:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.041-210
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.159.481

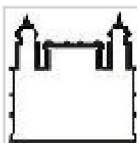
- A) No trecho "... realizaremos também testes de laboratório que vão avaliar, com razoável segurança, se você foi infectada pelo HIV...", o termo "segurança" parece que a realização do teste não seja completamente seguro para o paciente. Se for o caso, deixar claro para o participante que riscos seriam estes. Acredito que a pesquisadora queria dizer "com razoável certeza" ou "com razoável confiabilidade".
- B) Reformular o trecho "...caso sobre algum sangue dos exames da rotina do projeto..." pois está incompreensível.
- C) Reformular a frase "Se você concordar em participar desta etapa do nosso estudo, nós não iremos coletar mais nenhum sangue ou informação adicional". Esta frase suscita a interpretação de que, caso o participante não concorde em participar desta etapa do estudo, então será coletado mais sangue ou informação adicional.
- D) Em relação ao trecho "Se você decidir participar desta pesquisa, verificaremos se a sobra do seu sangue será suficiente para a realização dos testes. Neste caso, o seu sangue será guardado em uma geladeira do laboratório que fará seus testes para as hepatites B e C e HIV..." existem algumas perguntas: O que acontecerá caso não ocorra "sobra" do sangue do participante da pesquisa? Ele ficará sem os resultados dos testes para as hepatites B e C e HIV? Ele deverá fornecer mais material para a realização dos testes? Como os participantes serão novamente contactados?
- E) Rever o trecho "Você pode optar por pedir o encaminhamento dos mesmos a algum médico de sua confiança, bastando registrar sua concordância neste documento". A relação na pesquisa é entre o pesquisador e sua equipe e o participante da pesquisa. Desta forma, recomenda-se que o laudo seja entregue e explicado ao participante. Caso o participante opte, ele pode no futuro apresentar diretamente o laudo para o médico de confiança, e caso seja necessário, o médico pode entrar em contato com a pesquisadora para tirar eventuais dúvidas."

ANÁLISE DO CEP: O TCLE foi alterado e agora encontra-se adequado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.159.481

SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA. CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, A CARTA DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.***

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

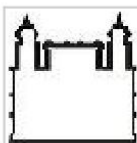
1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (www.ensp.fiocruz.br/etica).

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.159.481

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_877416 E4.pdf	12/05/2017 16:28:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Subestudo.pdf	12/05/2017 16:25:19	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Subestudo_1.pdf	12/05/2017 15:51:20	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pesquisa_aguda.pdf	29/03/2017 13:19:01	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	Anuencia_CEP_Brasilia.pdf	23/10/2016 19:58:53	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Outros	Emenda_Pesquisa_Divas.pdf	01/07/2016 12:31:25	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_laboratorio_2.pdf	01/07/2016 12:30:04	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Inquerito.pdf	01/07/2016 12:29:37	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	FolhaRosto_MonicaSiqueiraMalta.pdf	03/12/2015 14:04:34	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Outros	Roteiro_entrevistas_Formativa.pdf	23/11/2015 23:35:08	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	Resposta_pendencias.pdf	23/11/2015 23:31:12	Monica Siqueira Malta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proposta_revisada.pdf	23/11/2015 23:29:29	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_formativa.pdf	23/11/2015 23:22:53	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	Questionario_RDS_Travesti.pdf	14/09/2015 23:20:28	Monica Siqueira Malta	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/09/2015 22:33:17	Monica Siqueira Malta	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoSigned.pdf	14/09/2015	Monica Siqueira	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.159.481

Folha de Rosto	folhaDeRostoSigned.pdf	22:32:08	Malta	Aceito
----------------	------------------------	----------	-------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Julho de 2017

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO 2 – ARTIGO 3

AIDS and Behavior
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02470-3>

COMMENTARY



Public Health, HIV Care and Prevention, Human Rights and Democracy at a Crossroad in Brazil

Luiz Montenegro¹ · Luciane Velasque² · Sara LeGrand³ · Kathryn Whetten³ · Ricardo de Mattos Russo Rafael^{2,4} · Monica Malta^{5,6,7}

© Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2019

Abstract

On January 2019, Brazil's new far-right president Jair Bolsonaro was sworn into office. Bolsonaro's administration supports downsizing the Brazilian Unified Health System (SUS), while increasing the size of the private health sector. The new administration might leave millions of Brazilians without medical care, including hundreds of thousands of people living with HIV/AIDS. Bolsonaro's administration, allied with a highly conservative Congress and sharp decreases in federal funding for public health, education and research, could jeopardize key health and human rights strategies focused on women, LGBTQ+ individuals, Indigenous populations, and people living with HIV/AIDS.

Keywords Brazil · HIV/AIDS · Public health · Democracy · Human rights

On 28 October 2018, Jair Bolsonaro, a far-right candidate, won the general presidential election with 55.13% of the popular vote [1]. The recently elected Brazilian president has endorsed the use of torture and strongly supports the military dictatorship that ruled Brazil from 1964 to 1985, a period when thousands of dissidents were tortured and killed in Brazil. According to Mr. Bolsonaro, "The only mistake of the Brazilian dictatorship was to torture but not kill".

Before becoming president, Bolsonaro was already influencing key public health strategies, including those directly related to HIV care and prevention, in Brazil. In November 2018, Cuban authorities decided to withdraw the More Doctors Program (Programa Mais Médicos) from Brazil [2]. The partnership between Brazil and Cuba was created in 2013, mediated by the Pan American Health Organization (PAHO). The strategy was developed to foster preventive care and address Brazil's sharp disparities in the distribution of physicians, concentrated in larger urbanized cities, to the detriment of the country's less developed regions—several without a single doctor available [3]. However, Cuba withdrew thousands of doctors from the program after Jair Bolsonaro questioned their training and demanded changes in the contract. The program provided basic health services to around 60 million Brazilians from rural and hard to reach areas, including Indigenous communities. This initiative was pivotal in assuring proper delivery of HIV-treatment in hard to reach areas (e.g., Amazon bay), controlling epidemic levels of tuberculosis and dengue fever, promptly responding to outbreaks of Zika virus and malaria, and providing continuous primary health care for those with diabetes and other chronic conditions [2]. Over the five-year period, around 20,000 Cuban employees offered medical treatment in more than 3600 municipalities (the majority with less than 20,000 inhabitants), with very successful results [4]. Cuban doctors were the only health professionals actively working in 75%

✉ Monica Malta
monica.malta@camh.ca

- ¹ Department of Epidemiology and Quantitative Methods in Health, Sergio Arouca National School of Public Health (DEMOS-ENSP), FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil
- ² Federal University of Rio de Janeiro State (UNIRIO), Rio de Janeiro, Brazil
- ³ Center for Health Policy and Inequalities Research, Duke Global Health Institute, Durham, NC, USA
- ⁴ Public Health Nursing Department, Rio de Janeiro State University (UERJ), Rio de Janeiro, Brazil
- ⁵ Division of Equity, Gender and Population, Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada
- ⁶ Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada
- ⁷ Social Science Department, Sergio Arouca National School of Public Health (DCS/ENSP), FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil

Published online: 22 March 2019

Springer

of Brazil's Indigenous communities. Previous attempts to hire Brazilian doctors to serve these small and hard to reach areas were unsuccessful, and many fear that millions of Brazilians will be left without any health care, including people living with HIV/AIDS [2].

The Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde—SUS) was established in 1988, with a new Constitution that established 'health as a universal right and a State responsibility'. Brazil has the largest public health-system in the world, currently providing treatment and care for 150 million people. Around 75% of the Brazilian population relies exclusively on SUS as their only source of health care [5]. In 2018, around 580,000 people living with HIV/AIDS were receiving their antiretroviral drugs (ARVs) free of charge through SUS, and the majority of HIV-positive patients utilize SUS for their routine clinical and laboratory monitoring [6].

However, after 30 years of progress towards universal health coverage, SUS is facing a major threat—a package of austerity measures that includes freezing the health-care budget. The Constitutional Amendment 95 (EC 95/PEC 55/PEC 241) was passed in December 2016 and implemented in 2017, repealing the minimum federal expenditures on social protection and health, established by the 1988 Constitution. The amendment limited growth of federal expenditure on social protection and health, keeping spending levels adjusted for inflation over the next 20 years. The projected decline in the health budget will be around R\$415 billion by 2036 [7]. In 2016, then federal deputy, Jair Bolsonaro, voted in support of Constitutional Amendment 95.

In a scenario of constant outbreaks of infectious diseases such as dengue fever, Zika virus and, most recently, measles, this new rule is a major public health concern. The legislation might leave millions of Brazilians without medical care, including hundreds of thousands of people living with HIV/AIDS. Simulations conducted by Davide Rasella et al. [8] identified that the implementation of these fiscal austerity measures are likely to increase child morbidity and mortality within the next decade. Following the same path, the federal science budget is facing a 45% cut. Public education will also face struggle with a similar budget decrease, while also struggling with highly conservative policies against sexual and gender diversity education [9].

According to Doniec et al. [10], current Brazilian health reforms include not only austerity measures, but also strategies to increase privatization and deregulation. President Bolsonaro appointed Luiz Henrique Mandetta as the new Ministry of Health. Mr. Mandetta was a congressman that voted in favor of PEC-95, and is currently being investigated for corruption and fraudulent bidding. Mandetta received thousands of dollars in campaign contributions from health insurance companies and was the president of a large health insurance company from 2001 to 2004. As the new Ministry

of Health, Mr. Mandetta will probably continue the path to privatization and downsizing of the Brazilian SUS. The new government continues to support the increased offer of cheap and less regulated health plans, or 'Planos Populares'. These plans provide fewer and lower quality health services than the ones already offered by SUS, with high out-of-pocket costs [10].

While Jair Bolsonaro's election represents an extreme shift to the far right, over the last decade Brazil has been experiencing a steady growth of power concentrated in the so-called BBB block (standing for Bible, Beef and Bullets), comprised of highly conservative and religious fundamentalist politicians. This shift has deeply influenced public policies addressing HIV/STIs, sexual and gender diversity education. In 2011, after protests from Evangelical legislators, former President Dilma Rousseff suspended the distribution of an educational kit that addressed gender, sexuality and human rights in public schools. In 2012, the Minister of Health censored an HIV prevention campaign targeting young homosexual men, a group with high HIV prevalence. In 2013, a campaign empowering female sex workers was also censored [11].

Following this path, Bolsonaros' choice for Ministry of Education, Ricardo Vélez Rodríguez, fully supports the controversial project 'Escola Sem Partido' ("Schools Without Party"). The project promotes a conservative agenda that aims to prohibit discussion about gender identity, diversity, sex education and political debates. According to this project, teachers should be prohibited from encouraging students to participate in activism, while prioritizing so-called 'family values'. The project states that any debate and information about sexuality, gender issues and human rights should be solely discussed at home. This project is of great concern in a country where the vast majority of rape and sexual violence cases are perpetrated by male family members [12] yet women and girls lack access to safe and legal abortions [13]. 'Escola sem partido' follows the cancelation of a program that offered an e-learning course on gender, sexuality, and ethnic relations for teachers and school administrators in the public school system, in combination with activities targeting public school students. Mrs. Damares Alves, an evangelical pastor, was appointed for the new Ministry of Women, Family and Human Rights. The new ministry declined to add the LGBTQ+ community as a group explicitly protected by its mandate, adding that 'diversity policies have threatened the Brazilian family'. Alves declared on her first day in office that "girls wear pink, and boys wear blue; girls will be princesses, and boys will be princes." According to the new administration, "There will be no more ideological indoctrination of children and teenagers in Brazil." Unfortunately Bolsonaro's administration is directly opposing decades of scientific evidence that support sexuality, gender and human rights education as a

core strategy to fight stigma, gender-based violence, while preventing HIV/STIs and unintended pregnancy among youth [14].

Compounding the problem, Mr Bolsonaro is well known for a long history of remarks against the LGBTQ+ community. He has said that he would rather his son die in an accident than be gay, has advocated that parents should beat being gay out of their children, and in 2013 proclaimed, “Yes, I am homophobic—and very proud of it.” Brazil has the highest LGBTQ+ homicide rate in the world, with at least 445 violent deaths reported in 2017. The country is the most dangerous for transgender and gender non-conforming people worldwide [15]. The election of Bolsonaro, allied with the most conservative Congress since the Brazilian dictatorship, could jeopardize key strategies that address LGBTQ+ rights in Brazil. The new administration represents a threat to established rights such as same-sex marriage, adoption by same-sex couples, and transgender rights for legal gender recognition.

Devastating consequences of these changes are already evident in Brazil. Jean Wyllys, Brazil’s first openly gay congressman who was elected for a third mandate, decided not to serve the new term. His decision was influenced by frequent death threats, which increased after the murder of Marielle Franco from the same party. In March 2018, Franco, another openly gay African American councilor from Rio de Janeiro, was shot dead. Her crime remains unsolved. Jean Wyllys has been a frequent target of homophobic attacks from President Jair Bolsonaro. During Wyllys’ mandates, several strategies to promote human rights and protect LGBTQ+ rights were implemented and thousands of dollars allocated to fight stigma, discrimination and violence towards the population. It is uncertain if those initiatives will be continued.

Specific to HIV/AIDS care and prevention, several activists and public health professionals fear for the combined impact of an SUS downsize, increase of cheap and less regulated health insurances, allied with austerity measures and sharp decreases of funding. The Brazilian response to HIV/AIDS was once identified as a best model and a policy that should be followed by other low- and middle-income countries. However, this ‘best model’ has not been very successful in the last decade, with a median of 40,000 new cases and 12,000 AIDS-related deaths every year. According to recent estimates from the Brazilian Ministry of Health, in contrast with a worldwide downward trend, HIV cases in Brazil have increased—especially among young men who have sex with men [16]. According to researchers Fernando Seffner and Richard Parker, “over the past 10 years, public policies in Brazil have increasingly been defined by a biomedical bias that has wasted the accumulated critical knowledge of key sectors of society that first responded to the epidemic: social movements” [17]. During the last decade, the Brazilian response to AIDS has been focused mainly on exclusively

biomedical approaches, while strategies focused on human rights that engage grassroots organizations, and are developed to fight stigma and discrimination, while promoting user-friendly services have been set aside [6]. Bolsonaro’s administration will have a strong and negative impact on the once socially inclusive, original and daring Brazilian response to HIV/AIDS.

It is estimated that around 850,000 people are living with HIV/AIDS in Brazil. All people living with HIV/AIDS are entitled to receive free treatment through SUS—including clinical and laboratory follow-up and antiretroviral drugs. However, in the current scenario of decreasing public health funds, the well-known Brazilian policy to provide free and universal HIV treatment might be threatened [16]. In a previous interview, Bolsonaro said that “those who have HIV should deal with it and exempt the government of this burden”. A possible lack of consistent access to quality HIV treatment and care could also foster HIV drug resistance, with catastrophic outcomes.

In January 2019, Bolsonaro’s administration censored a manual addressing transgender men’s health that included harm reduction strategies (e.g., need to avoid needle/syringe sharing while using hormones). According to the Ministry of Health, Mr. Mandetta, the HIV/AIDS policy should not “insult the family institution”. The manual was developed by a team of experts from the Brazilian National Department of Surveillance, Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases, HIV/AIDS and Viral Hepatitis (DDAHV), from Brazilian Ministry of Health. A few days later, DDAHV Director Adele Benzaken was exonerated from office. Dr. Benzaken was responsible for scaling up several key strategies, including Treatment as Prevention (TasP), PrEP (pre-exposure prophylaxis) and PEP (post-exposure prophylaxis) among key populations [16].

Brazil has been at the forefront of HIV treatment and prevention. It was the first low- and middle-income country to provide free highly active antiretroviral therapy in 1996, and the first to implement TasP, PrEP and PEP strategies. However, those strategies might be severely impacted by a highly conservative political scenario, funds constrains, lack of a human rights approach and proper dialogue and collaboration with social movements. Mr. Bolsonaro’s highly conservative administration, in conjunction with a sharp decrease in federal funding for public health, education and research, seems to be paving the way for a public health and human rights crisis.

References

1. The Lancet Global Health. Brazil enters the Bolsonaro zone. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e160.

2. Alves L. Cuban doctors' withdrawal from Brazil could impact health. *Lancet*. 2018;392:2255.
3. Pinto HA, de Oliveira FP, Santana JSS, Santos FOS, Araujo SQ, Figueiredo AM, Araújo GD. The Brazilian More Doctors Program: evaluating the implementation of the Provision axis from 2013 to 2015. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(Suppl 1):1087–101.
4. Franco CM, Almeida PF, Giovanella L. Comprehensiveness of practices by Cuban physicians in the More Doctors Program in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(9):e00102917.
5. Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, de Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998–2012). *PLoS ONE*. 2018;13(8):e0201723.
6. Frasca T, Fauré YA, Atlani-Duault L. Decentralisation of Brazil's HIV/AIDS programme: intended and unintended consequences. *Glob Public Health*. 2018;13(12):1725–36.
7. Massuda A, Hone T, Leles FAG, de Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018;3(4):e000829.
8. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Med*. 2018;15(5):e1002570.
9. Angelo C. Brazilian scientists reeling as federal funds slashed by nearly half. *Nature*. 2017;2017(544):7648.
10. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Brazil's health catastrophe in the making. *Lancet*. 2018;392(10149):731–2.
11. Murray LR, Kerrigan D, Paiva VS. Rites of resistance: sex workers' fight to maintain rights and pleasure in the centre of the response to HIV in Brazil. *Glob Public Health*. 2018;24:1–15.
12. Santos MJ, Mascarenhas MDM, Malta DC, Lima CM, Silva MMAD. Prevalence of sexual violence and associated factors among primary school students—Brazil, 2015. *Cien Saude Colet*. 2019;24(2):535–44.
13. Diniz D, Gumieri S, Bevilacqua BG, Cook RJ, Dickens BM. Zika virus infection in Brazil and human rights obligations. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136(1):105–10.
14. Carrara S, Nascimento M, Duque A, Tramontano L. Diversity in school: a Brazilian educational policy against homophobia. *J LGBT Youth*. 2016;13:161–72.
15. Blondeel K, de Vasconcelos S, García-Moreno C, Stephenson R, Temmerman M, Toskin I. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2017;96(1):29–41.
16. Alves L, Fraser B. Health-care inequity a challenge for Brazil's new Government. *Lancet*. 2019;393(10168):213–4.
17. Seffner F, Parker R. The neoliberalization of HIV prevention in Brazil. In: *Myth vs. reality: evaluating the Brazilian response to HIV in 2016*. Rio de Janeiro, Brazil: ABIA. http://gapwatech.org/wp-content/uploads/2016/07/Myth-vs-Reality_BRAZIL-HIV_2006.pdf. Accessed 1 Mar 2019.

Publisher's Note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.