



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA

**ESTIGMA E VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS ENTRE
TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS**

Salvador
2017

LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA

**ESTIGMA E VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS ENTRE
TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, na área de concentração de Epidemiologia, como requisito de obtenção do grau de doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Costa Dourado

Co-orientador: Prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva

Salvador
2017

Dedico este trabalho a

Nilzete Santos Brito, mãe querida, por ter me dado força na caminhada.

Joilson Nascimento Paim, meu companheiro, por ser minha inspiração.

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S725e Sousa, Laio Magno Santos de.

Estigma e vulnerabilidade ao HIV/aids entre travestis e mulheres transexuais / Laio Magno Santos de Sousa. -- Salvador: L.M.S.Sousa, 2017.

205 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Costa Dourado.

Coorientador: Prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Vulnerabilidade Social. 2. HIV/AIDS. 3. Travesti. 4. Mulher Transexual. 5. Estigma. I. Título.

CDU 616.98



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Laio Magno Santos de Sousa

Estigma e vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre travestis e mulheres transexuais


A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.


Data de defesa: 31 de março de 2017.

Banca Examinadora:

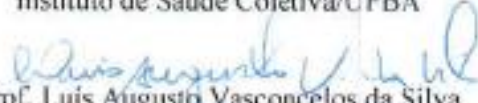

Prof. Maria Inês Costa Dourado (Orientadora)
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA


Prof. Vera Silva Facciolla Paiva
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo/USP


Prof. Simone Souza Monteiro
Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro


Prof. Luma Nogueira de Andrade
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira/UNILAB


Prof. Estela Maria Motta Leão de Aquino
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA


Prof. Luís Augusto Vasconcelos da Silva
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos/UFBA

Salvador
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu amigo de sempre, por ser o meu eixo.

O trabalho de investigação científica sempre é realizado a partir de várias contribuições, sejam elas diretas ou indiretas. Então, quero agradecer às muitas pessoas e instituições que fizeram parte desta jornada.

Às travestis e às mulheres transexuais pela imensa contribuição, interlocução e participação nesta investigação.

A Inês Dourado, minha querida orientadora, por ter me aceito como seu aluno, mesmo eu tendo pouco conhecimento na análise de dados quantitativos; por ter tido paciência em me ensinar os trilhos da epidemiologia, por sua fantástica abertura a novas formas de investigação e pela sua dedicação inspiradora à docência.

A Luis Augusto Vasconcelos da Silva, muito estimado co-orientador “Guga”, por ter acreditado nas minhas viagens, por ter me inspirado com seu trabalho de orientação dedicada e delicada.

Aos professores membros da banca de defesa: Vera Paiva, Simone Monteiro, Estela Aquino e Luma Andrade. Obrigado por aceitar o convite para avaliar nosso trabalho e pelas importantes contribuições que virão.

Aos professores membros da banca de qualificação: Maria Amélia Veras, Carlos Teles e Estela Aquino pelas contribuições e críticas ao trabalho.

Ao grupo PopTrans, responsável pela concretização desta pesquisa, principalmente a Lucília pelo seu engajamento na supervisão do trabalho de campo e pela nossa amizade.

Aos mestres da epidemiologia “isquiana”: à professora Vilma Santana, que me ensinou o “bê-a-bá” do funcionamento do raciocínio epidemiológico; à professora Leila Amorim, por ter me ensinado bioestatística; à professora, Estela Aquino, por ter me incentivado a prosseguir na

pós-graduação e por sempre abrir gentilmente as portas da biblioteca do MUSA; ao professor Guilherme Ribeiro, pelas suas críticas à concepção deste trabalho. E aos mestres das ciências sociais: à professora Leny Trad, pelas críticas ao trabalho no seminário de pesquisa; ao professor Marcelo Castellanos, meu orientador de sempre, por seu incentivo para a minha mudança de área de concentração na pós-graduação, das ciências sociais para epidemiologia; aos professores de Ciências Sociais de São Lázaro: Paulo César Alves, pelas contribuições do seu curso de Sociologia da Saúde; Miriam Rabelo e Iara de Almeida Souza, pelo curso de Sociologia das Práticas.

Aos amigos Rennan Araujo, Maria Engrácia, Manuela Margalhães, Lilian Marinho, Karen Lelis, pelo contínuo cuidado nos momentos difíceis e pelas alegrias de nossa amizade.

Aos colegas da pós-graduação, Paloma Pinho, Marcos Pereira, Emanuelle Goes, Milena Cordeiro, Clarice Alves, Paulo da Fonseca, Marina Poponet, Márcio Natividade, Gleide Santos, pelas críticas à minha proposta de trabalho.

A minha família, Emmanuel, Nete, Yorrana, Marquinhos, Thirza, Kayan e Kalyl, pelo apoio constante em todos os momentos da vida.

Aos meus amigos conquistenses do coração, Karen Lelis, Ariana, Mateus Monção, Davi Khouri, Pollyana Pessoa e Eliana Gusmão. Obrigado pela amizade de sempre!

A Jean Marcel Araújo pela gentil leitura e correção das normas da língua portuguesa e outras dicas.

À Universidade Federal da Bahia, no nome do professor Naomar de Almeida Filho, o então reitor quando entrei na UFBA em 2007, no governo Lula, pela luta pela implantação das cotas universitárias para estudantes negros, pardos e alunos de escolas públicas, e pela expansão da universidade para o interior da Bahia, quando tive a oportunidade de ser “cotista” e fazer a graduação em enfermagem no Instituto Multidisciplinar em Saúde, no Campus Anísio Teixeira em Vitória da Conquista.

Ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC), no nome do professor Jairnilson Paim, nosso grande mestre e militante da Reforma Sanitária Brasileira, pela constante luta em favor do direito à

saúde e em demonstrar a determinação social do processo saúde-doença-cuidado através de sua produção científica.

Aos técnicos administrativos do ISC, no nome de Beatriz Magalhães, Anunciação Dias e Ana Maria Cardoso, por facilitar nossa jornada no programa de pós-graduação.

Aos meus colegas de trabalho do colegiado do curso de enfermagem da Universidade do Estado da Bahia pela compreensão do meu momento de doutoramento.

A CAPES, no governo Dilma Rousseff, pelo investimento nesta pesquisa através da bolsa de estudos no meu primeiro ano do doutorado, sem a qual não seria viável a minha dedicação ao presente trabalho.

Ao Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e hepatites virais do Ministério da Saúde, no governo Dilma Rousseff, pelo financiamento do estudo PopTrans.

E do amor gritou-se o escândalo
Do medo criou-se o trágico
No rosto pintou-se o pálido
E não rolou uma lágrima
Nem uma lástima para socorrer
E na gente deu o hábito
De caminhar pelas trevas
De murmurar entre as pregas
De tirar leite das pedras
De ver o tempo correr
Mas sob o sono dos séculos
Amanheceu o espetáculo
Como uma chuva de pétalas
Como se o céu vendo as penas
Morresse de pena
E chovesse o perdão
E a prudência dos sábios
Nem ousou conter nos lábios
O sorriso e a paixão

Chico Buarque de Holanda

SOUSA, Laio Magno Santos de Sousa. **Estigma e vulnerabilidade ao HIV/aids entre travestis e mulheres transexuais**. 205 f. 2017. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RESUMO

Introdução: Os dados sobre a magnitude do HIV/aids entre as mulheres transgênero mostram que a epidemia é muito desproporcional entre elas, quando comparamos com os dados da população geral. O estigma e a discriminação, por conta da expressão de gênero, têm sido comumente associados a uma vulnerabilidade elevada destas mulheres ao HIV/aids. Desse modo, através deste estudo, pretendemos responder a seguinte pergunta de investigação: o estigma e a discriminação relacionados à performance de gênero estão associados à vulnerabilidade desta população ao HIV? **Objetivo:** Investigar a associação entre o estigma e a discriminação relacionados à performance de gênero e a vulnerabilidade desta população ao HIV. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com uso de métodos mistos. Os dados quantitativos foram provenientes de um inquérito epidemiológico de corte transversal, realizado entre 2014 e 2016 com 127 TrMT em Salvador-Bahia-Brasil. Foi utilizada a amostragem dirigida pelo participante (RDS) para recrutamento da população de estudo. O estudo qualitativo foi realizado a partir de 19 entrevistas em profundidade. **Resultados:** Os dados do nosso estudo confirmam a hipótese de associação entre discriminação relacionada à identidade de gênero e o sexo anal desprotegido receptivo na rede amostrada de TrMT. Os dados permitem destacar que os efeitos do estigma, como a violência, a discriminação e a transfobia, relacionados à identidade de gênero, são elementos estruturantes do processo de vulnerabilidade desta população ao HIV/aids. Além disso, nosso estudo mostra que a distinção da performance de gênero das TrMT é um dos elementos essenciais do processo de estigmatização desta população. Observou-se que o processo de estigmatização é operado por meio do poder exercido pelas leis da heterossexualidade compulsória sobre os corpos trans. **Conclusão:** os dados indicam a necessidade de construção de políticas públicas de proteção à integridade moral e física desta população, considerando o estigma e a discriminação não apenas como um efeito da sociedade patriarcal heteronormativa, mas também como produtor de desfechos negativos em saúde, como o HIV/aids.

SOUSA, Laio Magno Santos de Sousa. **Stigma and vulnerability to HIV/AIDS among travestis and transgender women**. 205 f. 2017. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

ABSTRACT

Introduction: Data on the magnitude of HIV/AIDS among transgender women show that the epidemic is very disproportionate among them when compared to data from the general population. Stigma and discrimination on account of gender expression have been commonly associated with a high vulnerability of these women to HIV/AIDS. Therefore we intend to answer the following research question: are stigma and discrimination related to gender performance associated with the vulnerability of this population to HIV? **Objective:** To investigate the association between stigma and discrimination related to gender performance and the vulnerability of this population to HIV. **Methodology:** This is a research using mixed methods. The quantitative data came from a cross-sectional epidemiological survey conducted between 2014 and 2016 with 127 TrMT in Salvador-Bahia-Brazil. Respondent Sampling Driving (RDS) was used for recruitment of the study population. The qualitative study was carried out from 19 in-depth interviews. **Results:** The data from our study confirm the hypothesis of association between discrimination related to gender identity and receptive unprotected anal sex in the sampled TrMT network. The data show that the effects of stigma, such as violence, discrimination and transphobia, related to gender identity, are structural elements of the process of vulnerability of this population to HIV/AIDS. In addition our study shows that the gender performance distinction of TrMT is one of the essential elements of the stigmatization process of this population. It has been observed that the process of stigmatization is operated through the power exercised by the laws of compulsory heterosexuality on the Trans' bodies. **Conclusion:** The data indicate the need to construct public policies to protect the moral and physical integrity of this population, considering stigma and discrimination not only as an effect of heteronormative patriarchal society, but also as a producer of negative health outcomes, such as HIV/AIDS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 Os primeiros três níveis de leitura da situação de vulnerabilidade (DELOR; HUBERT, 2000).
- Figura 2 Espaços de vulnerabilidade (DELOR; HUBERT, 2000).
- Figura 3 Contextos de vulnerabilidade de TrMT ao HIV/AIDS, inspirado em Delor e Hubert (2000).
- Figura 4 Modelo sócio-ecológico do estigma relacionados às pessoas transgênero (WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015).
- Figura 5 Modelo teórico sobre a relação entre estigma, discriminação e infecção pelo HIV.
- Figura 6 Distribuição de pessoas recrutadas por cada onda do Estudo PopTrans, 2014-2015.
- Figura 7 Distribuição de recrutamentos por pessoas recrutadas por cada onda do Estudo PopTrans, 2014-2015.
- Figura 8 Distribuição da mediana do tamanho da rede social das TrMT por cada onda do Estudo PopTrans, 2014-2015.
- Figura 9 Distribuição de pessoas recrutadas por cada semente do Estudo PopTrans, 2014-2015.
- Figura 10 Rede do Estudo PopTrans, 2014-2015.
- Figura 11 Modelo preditivo.
- Figura 12 Fluxograma para o processo sistemático de seleção dos artigos.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Construção teórica da pesquisa realizada sobre o estigma (PESCOSOLIDO, 2015, tradução livre)
- Tabela 2 Características da produção de conhecimento sobre a relação entre estigma, discriminação e vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids, 2004-2017.
- Tabela 3 Descrição da população de estudo.
- Tabela 4 Critérios para comparação de modelos com diferentes números de classe para discriminação usando LCA.
- Tabela 5 Análise de Classes Latentes (LCA) para discriminação, considerando-se 2 classes.
- Tabela 6 *Odds ratios* da associação entre discriminação e SADER com parceiros fixos estimados pela regressão logística.
- Tabela 7 Estratificação da associação entre discriminação e SADER com sintomas depressivos.
- Tabela 8 Estratificação da associação entre discriminação e SADER com parceiros fixos por confiança no parceiro.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIC – *Akaike Information Criterion*

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana

BIC – *Bayesian Information Criterion*

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EUA – Estados Unidos da América

FASA – Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Comunidade, Família e Saúde

GRAB – Programa integrado de pesquisa e cooperação técnica em formação e avaliação da atenção básica

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH - homens que fazem sexo com homens

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LCA – *Latent Class Analysis*

LGBTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

NEPADI – Núcleo de Ensino e Pesquisa em AIDS e outras doenças infecciosas

OR – *Odds Ratio*

RDS - *Respondent Driven Sampling*

PEP - Profilaxia Pós-Exposição

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

SADER – Sexo Anal Desprotegido Receptivo

SCT - *Status Characteristics Theory*

TrMT – Travestis e mulheres transexuais

TrTW – Travestis e *Transgender Women*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 Geral	19
2.2 Específicos	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 O conceito de gênero	21
3.2 A teoria <i>queer</i> e a crítica ao binarismo da matriz sexo/gênero	26
3.2.1 Transexualidades e Travestilidades	31
3.3 O conceito de vulnerabilidade e a epidemia de HIV/aids	36
3.3.1 A vulnerabilidade ao HIV/aids na população de TrMT	47
3.4 Estigma: novas e velhas reflexões	54
3.4.1 O estigma e a vulnerabilidade de TrMT ao HIV	64
4 METODOLOGIA	71
4.1 Descrição do inquérito	71
4.2 População e desenho do estudo	71
4.3 Processo amostral	71
4.4 Trabalho de campo	72
4.4.1 Aproximações com as TrMT em Salvador	72
4.4.2 A seleção das “sementes”	73
4.4.3 Produção de dados quantitativos	75
4.4.4 Produção de dados qualitativos	80
4.5 Considerações sobre a análise dos dados	81
5 RESULTADOS	82
5.1 Artigo I – Estigma e vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: uma síntese da literatura	83
5.2 Artigo II - Histórias de estigmatização e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil	108
5.3 Artigo III – Discriminação e sexo anal desprotegido receptivo entre travestis e mulheres transexuais no nordeste do Brasil	130
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

No início da epidemia, a aids afetou de maneira desproporcional principalmente os homens gays, provocando sérias consequências sociais, econômicas e simbólicas para esta população. Com o avançar dos anos, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) disseminou-se entre outros grupos populacionais, como as mulheres e homens heterossexuais, e, apesar da diminuição de novas infecções no mundo, o HIV tem se mantido em proporções elevadas entre as mulheres profissionais do sexo, usuários de drogas, homens gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) e entre mulheres transgênero¹ (UNAIDS, 2014).

A estimativa da prevalência de infecção pelo HIV entre mulheres transgênero para vários países do mundo é de 19,1% (IC 95%: 17,4-20,7) e a estimativa de chance de infecção entre elas é 85,3 vezes maior, quando comparada com a prevalência de infecção entre adultos em idade reprodutiva da população em geral (BARAL *et al.*, 2013). No Brasil, a prevalência varia de acordo com a região e a metodologia utilizada pelos estudos. Os estudos mais recentes mostram alta prevalência no Rio Grande do Sul (25%) (COSTA *et al.*, 2015) e no Rio de Janeiro (31,2%) (GRINSZTEJN *et al.*, 2017), quando comparamos com a prevalência na população em geral (0,4%) (BRASIL, 2014).

Como veremos, existem muitos caminhos explicativos² para a compreensão de tal desproporcionalidade da epidemia na população de travestis e mulheres transexuais (TrMT): biológico, epidemiológico, comportamental e social. Neste trabalho, queremos abordar alguns destes caminhos explicativos, sem excluir a importância de nenhum deles, mas dando especial atenção para a determinação social por meio do processo de estigmatização, para entender a complexidade deste fenômeno.

As respostas à epidemia de HIV/aids têm cada vez mais gravitado em torno da biomedicalização, principalmente com o advento de novas tecnologias, como a Profilaxia Pré-

¹ Esta expressão é muito utilizada por muitos artigos em língua inglesa (*transgender*) e que tem por objetivo sintetizar todas as identidades *trans* femininas/masculinas. Em nosso texto, apesar de compreender a importância das diferenciações, preferimos não modificar esta expressão originalmente cunhada pelos artigos e documentos. Estes escritos têm utilizado a expressão “pessoas transgênero (*transgender people*)” ou mesmo “mulheres transgênero (*transgender women*)”. Ao longo do texto, a/o leitora/a irá se deparar com estes distintos termos, que são usados por outros autores. Todavia, quando se trata da realidade brasileira, ou mesmo de estudos específicos, utilizamos a expressão “TrMT” para retratar as travestis e mulheres transexuais. Utilizamos estas expressões para valorizar as diferentes produções identitárias e também por entender que, em muitas situações, estas fronteiras são fluidas e variáveis para os sujeitos.

² Utilizamos essa divisão apenas de forma didática, pois compreendemos que essas categorias são intensamente interrelacionadas.

Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), e também em direção a metas difíceis de serem atingidas, como a estratégia 90-90-90³ (AGGLETON; PARKER, 2015). Nesse contexto, devemos chamar atenção para as políticas neoliberais de austeridade aprofundadas pelo novo governo de Michel Temer após a destituição da presidente Dilma Rousseff, que tem provocado grande impacto no financiamento e regulação do Sistema Único de Saúde (DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2016), conquistado pela sociedade brasileira a partir do movimento da Reforma Sanitária (PAIM et al., 2011).

Portanto, o nosso foco na determinação social da epidemia de HIV/aids advém da premente necessidade do retorno à discussão do papel comunitário das pessoas afetadas pela epidemia, que marcou os esforços iniciais de controle do vírus no início da epidemia (AGGLETON; PARKER, 2015), e que inspirou a formulação do conceito de vulnerabilidade (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012) e a resposta brasileira à epidemia (CORRÊA, 2016).

Nesse sentido, seguindo uma tendência comunitária baseada nos direitos humanos, o nosso trabalho abordará a relação entre o estigma e a vulnerabilidade ao HIV (embora em alguns momentos utilizemos o conceito de risco – ou melhor, chance – para acessar relações entre variáveis). O conceito de estigma tem cada vez mais ganhado destaque nas produções científicas da saúde pública (MONTEIRO; VILLELA; SOARES, 2013), sendo indicado por alguns autores como uma causa fundamental das iniquidades de saúde (HATZENBUEHLER; PHELAN; LINK, 2013) e relatado pela literatura como um dos principais fatores face à configuração atual da epidemia do HIV/aids (LANCET, 2014; KING *et al.*, 2013; NUTTBROCK *et al.*, 2013; RISHER *et al.*, 2013; STAHLMAN *et al.*, 2015), principalmente em populações-chave. Entre mulheres transgênero, travestis e mulheres transexuais, o processo de estigmatização, por conta de performances de gênero (aquelas que fogem ao padrão normativo de sociedades heteronormativas), tem sido destacado principalmente por promover um contexto social, econômico e psicológico desfavorável (KHAN *et al.*, 2009; WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015).

Desse modo, pretendemos responder às seguintes perguntas de investigação: a discriminação relacionada à identidade de gênero está associada a práticas de comportamentos de risco na população de TrMT? Como o estigma e a discriminação estão relacionados a performance e a identidade de gênero das TrMT?

Para responder estas questões organizamos o presente manuscrito em três seções

³Metas da UNAIDS para serem cumpridas até 2020: 90% de pessoas vivendo com HIV, sendo diagnosticadas; 90% das pessoas vivendo com HIV, sendo tratadas; e 90% das pessoas tratadas com carga viral indetectável (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS), 2014).

após a apresentação dos objetivos do estudo: 1) a fundamentação teórica e a revisão de literatura: neste espaço, pretendemos discutir os conceitos de vulnerabilidade, gênero e estigma, tentando articulá-los com as questões da investigação; 2) a metodologia: apresentaremos de maneira geral os procedimentos metodológicos utilizados, focando o trabalho de campo e os instrumentos utilizados na coleta de dados; 3) os resultados: escolhemos apresentar os resultados na forma de três artigos: no primeiro fizemos uma revisão da produção sobre o estigma, a discriminação e a vulnerabilidade de TrMT ao HIV/aids; no segundo apresentamos dados qualitativos sobre as experiências de estigma e discriminação de algumas TrMT na cidade de Salvador, que nos fizeram compreender o processo de estigmatização por conta das performances de gênero; por fim, o terceiro artigo utilizamos dados quantitativos em que investigamos a associação entre a discriminação e o sexo anal desprotegido receptivo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar a associação entre o estigma e a discriminação relacionados à performance de gênero e a vulnerabilidade da população de TrMT ao HIV.

2.2 Específicos

Analisar dados dos estudos que abordam a relação entre o estigma relacionados à identidade de gênero e a vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids;

Analisar narrativas sobre experiências de estigmatização entre travestis e mulheres transexuais, compreendendo a relação entre o estigma e a discriminação e suas performances femininas;

Investigar a associação entre o sexo anal desprotegido receptivo e a discriminação relacionada à identidade de gênero;

Descrever situações concretas de discriminação de travestis e mulheres transexuais a partir de suas histórias de vida produzidas na cidade de Salvador-Bahia.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DA LITERATURA

Nesta seção, pretendemos revisitar conceitos importantes para a compreensão das transexualidades e das travestilidades em sociedades hegemonicamente heteronormativas, a partir de uma compreensão de algumas vertentes do conceito de gênero, especialmente aquela cunhada pela Judith Butler. Também iremos discorrer brevemente sobre o conceito de vulnerabilidade, que nos indica a necessidade de estudos que avancem na discussão sobre a epidemia de HIV/aids para além do conceito epidemiológico de risco – seja o risco comportamental ou de grupos específicos – e que integrem metodologias mistas (qualitativa e quantitativa) para a compreensão da complexidade dos processos de vulnerabilização envolvidos na epidemia de HIV/aids. Por fim, retomaremos a discussão proposta por Erving Goffman ([1963] 2013) sobre estigma, bem como as atualizações e as críticas realizadas ao conceito, que embasarão nossa discussão sobre a compreensão da desproporcionalidade da epidemia de HIV/aids na população TrMT.

Como de praxe, ressaltamos que não pretendemos esgotar a discussão em torno destes conceitos, mas apenas buscar algumas pistas que podem nos oferecer *insights* e lançar luz sobre os problemas que estão postos a nossa frente: como as TrMT são estigmatizadas em nossa sociedade? O estigma e a discriminação estão associado aos comportamentos de risco de TrMT?⁴ Como podemos compreender tal associação? Não queremos descrever medidas epidemiológicas frias, mas contextualizá-las na vida real cotidiana dos sujeitos, num esforço etnoepidemiológico.

⁴ Estas perguntas não são as perguntas de investigação desta tese, mas são apenas inquietações e reflexões realizadas ao longo da construção deste trabalho.

3.1 O conceito de gênero

Sugere-se que o termo “gênero” tenha surgido no campo científico na década de 1950 através dos estudos a respeito da transexualidade, desenvolvidos por pesquisadores norte-americanos (ARAÚJO; SCHRAIBER; COHEN, 2011). Trata-se de um conceito cunhado pelas ciências sociais, que se refere à construção social do sexo, distinguindo a dimensão biológica da social. Isto implicava em afirmar que, apesar de existirem machos e fêmeas na espécie humana (dimensão biológica), a qualidade de “ser homem” e de “ser mulher” é determinada pela cultura (HEILBORN, 1997).

Talvez a primeira manifestação do conceito de gênero esteja inscrita na célebre frase: “ninguém nasce mulher, torna-se mulher” de Simone de Beauvoir publicada no livro *O Segundo Sexo*, elaborado entre 1946 e 1948. A afirmação de Beauvoir desnaturaliza o feminino da determinação biológica e aponta para a construção social do “ser mulher” (SAFFIOTI, 1999). Parte da constatação da construção social do feminino advém da comparação entre sociedades que possuem diferentes papéis e características direcionadas aos homens e às mulheres, que enfraquece a hipótese da naturalização dos comportamentos sociais e fortalece a proposição de que é a cultura que constrói o gênero. Desse modo, os comportamentos esperados de homens e mulheres seriam fruto de convenções sociais sobre o gênero num determinado contexto específico e na relação entre as pessoas (HEILBORN, 1997).

Uma clássica conceituação do gênero difundida no Brasil foi aquela apresentada pela historiadora Joan Scott (1995). Ela conceituou gênero como as *construções sociais* sobre os papéis dos homens e das mulheres na sociedade. Sendo uma categoria social imposta ao corpo sexuado, que pode incluir a categoria sexo, ainda que não seja diretamente determinado por ela. Para a autora, o gênero é a primeira maneira de dar significado às *relações de poder* na sociedade. Portanto, o conceito se origina na noção de cultura, explicando que os fatos da vida social, bem como os vetores que a organizam são produzidos e sancionados socialmente por um sistema de ideias e valores que compõem uma realidade coletiva, autônoma e parcialmente inconsciente das pessoas do grupo (HEILBORN, 1997).

Joan Scott, em entrevista concedida à Grossi, Heilborn e Rial (1998, p. 115), explica que o gênero se refere “ao discurso da diferença dos sexos. Ele não se refere apenas às ideias, mas também às instituições, às estruturas, às práticas quotidianas, como também aos rituais e tudo que constitui as relações sociais”. E conclui que “o gênero é a organização social da

diferença sexual” e, portanto, “não reflete a realidade biológica primeira, mas ele constrói o sentido dessa realidade”.

Muitas autoras argumentam que os termos sexo e gênero são usados erroneamente como sinônimos. Segundo Heilborn (1997), a palavra sexo se restringe, no jargão da análise sociológica, à caracterização anátomo-fisiológica e à atividade sexual. Já o gênero diz respeito às construções culturais dos sujeitos sobre as diferenças entre homens e mulheres, fato que transcende o âmbito estritamente biológico.

A diferenciação entre as esferas biológicas e culturais foram intensamente debatidas no clássico texto da antropóloga norte americana Gayle Rubin: “Tráfico de mulheres: notas sobre a ‘economia política’ do sexo”, em 1975. Tal texto ficou conhecido como “sistema sexo-gênero”, por tratar de “um conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e na qual estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas” (RUBIN, 1993, p. 2).

O movimento feminista (como um conjunto de práticas, discursos e personagens que marcaram lutas e conquistas das mulheres) foi fundamental na construção do conceito de gênero. Além disso, o movimento também desestabilizou o sistema de gênero corrente e a maneira como as pessoas construíam suas percepções a respeito do próprio conceito (CONNEL; LECTURE, 2002). Embora o feminismo contemporâneo baseie-se numa diversidade de discursos e de tendências, ele assenta-se em bases comuns. As feministas analisam que a opressão de gênero, classe e etnia esteve presente em diversas sociedades ao longo da história e denunciam que a experiência dos homens tem sido privilegiada ao longo da história, enquanto a das mulheres tem sido negligenciada e desvalorizada (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Geralmente, diversos autores têm classificado o movimento em três distintas fases (ou gerações) históricas. Vale ressaltar que essas diferentes fases não podem ser compreendidas apenas a partir de uma estanque perspectiva cronológica, porque as características específicas de cada período estão entrelaçadas entre si, chegando até mesmo a coexistir. A primeira fase histórica diz respeito ao surgimento do movimento, denominado de movimento liberal de luta das mulheres, que foi caracterizada principalmente pela luta pelos direitos civis, políticos e educativos, conhecida também como movimento sufragista na Inglaterra, na França, nos Estados Unidos e na Espanha (NARVAZ; KOLLER, 2006).

A segunda fase ocorreu nas décadas de 1960 e 1970, principalmente nos Estados Unidos e na França. Neste país, as feministas destacavam a necessidade de valorização das

diferenças entre homens e mulheres, colocando em tela a experiência feminina, que até então era negligenciada. Esse movimento ficou conhecido como “feminismo da diferença”. Já as feministas americanas concentraram-se em denunciar a opressão masculina sobre as mulheres, desenvolvendo a luta pela igualdade entre os sexos, movimento que ficou conhecido como “feminismo da igualdade” (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Na década de 1980, surge a terceira fase do movimento feminista. Sob a influência do pensamento pós-estruturalista, passa-se a ênfase na questão da diferença, nas subjetividades e na singularidade das experiências, concentrando-se na “análise das diferenças, da alteridade, da diversidade e da produção discursiva da subjetividade”. (NARVAZ; KOLLER, 2006, p. 642).

Além das categorizações cronológicas, Scott (1995) divide as várias abordagens, de acordo com suas concepções metodológicas, em três correntes distintas. A primeira delas parte do esforço em tornar evidente e explicar o patriarcado, teoria que explicava o fenômeno de subordinação das mulheres basicamente por conta da “necessidade” de dominação do macho. As críticas feitas a essa corrente eram no sentido de que ela não elucidava de fato os mecanismos da relação entre estas desigualdades de gênero com outros tipos de desigualdades (classe social, raça, etc.).

A segunda corrente teve influência de cunho marxista, possuindo uma abordagem histórica de compromisso com a crítica feminista, propondo que o patriarcado e o capitalismo são sistemas em constante interação. No entanto, com a evidência de que a subordinação das mulheres é anterior ao capitalismo, e que foi também reproduzida em sociedades socialistas, houve diversas críticas ao feminismo marxista no sentido de que nesta perspectiva a causalidade econômica acabou ganhando muito mais notoriedade (SCOTT, 1995).

O texto de Rubin (1993) “*Tráfico de Mulheres*” tem origem no início da segunda onda do feminismo, no final da década de 1960, e produz críticas interessantes à influência marxista no feminismo. Segundo ela, “parte dessa literatura era muito interessante e muito útil, mas não conseguia chegar a certos temas cruciais que interessam às feministas: diferença de gênero, opressão de gênero e sexualidade” (RUBIN, 2003, p. 159-160). Nesta obra, a autora inicia a sua análise da submissão da mulher a partir da reflexão de Karl Marx a respeito da escravidão dos negros e da utilização das máquinas pelo capitalismo, as quais só se tornam possíveis a partir de determinadas relações. Do mesmo modo, a mulher (conceito biológico) só seria “esposa”, “criada”, “escrava” etc. em determinadas relações estabelecidas socialmente (cultura). Para dar conta de tal teorização, a autora utiliza e critica alguns

conceitos do estruturalismo francês de Lévi-Strauss e da psicanálise de Freud e Lacan para separar sexo e gênero da tendência marxista em afirmar que a opressão das mulheres é consequência exclusivamente das forças econômicas. Para ela, a dominação masculina é anterior ao capitalismo e pode ser encontrada em sociedades tradicionais pela dinâmica do parentesco (nível da estrutura social), como indica Lévi-Strauss, pela troca de mulheres, e na mais tenra idade psíquica através do complexo edípico (nível individual psíquico) (RUBIN, 1993).

A terceira corrente do feminismo, para Joan Scott (1995), é verificada através do aparecimento de estudos da estruturação psíquica da identidade de gênero, cunhada por teóricas pós-estruturalistas francesas e anglo-americanas. Uma crítica que se aponta a esta corrente é direcionada à limitação do conceito de gênero ao âmbito familiar e doméstico, que o desarticula de outros sistemas sociais, econômicos, políticos ou de poder.

Paralelamente aos estudos feministas, nasceu uma produção de conhecimentos sobre os homens (os *men's studies*), principalmente nos países de alta renda, como os Estados Unidos, França e Inglaterra (SILVA, 2006). Esta produção científica operou no sentido de desconstruir a identidade masculina que estava alicerçada principalmente no modelo de masculinidade oitocentista, que pregava o monismo sexual, desenvolvido desde o século III pelos pressupostos de Galeno e que perdurou até o início do século XIX. Nesse período, a anatomia masculina era considerada como um símbolo da perfeição humana; e o falo, uma extensão da superioridade e domínio do homem sobre a mulher, sendo esta considerada um homem invertido e inferior (SILVA, 2006).

Os estudos sobre masculinidades ganharam um grande impulso de crescimento em meados da década de 1980 (CONNEL; LECTURE, 2002). A definição do que era ser homem, isto é, o padrão hegemônico de masculinidade corrente, esteve localizado numa polaridade negativa e em outra afirmativa. A primeira caracteriza-se, entre outros fatos, por uma não demonstração dos sentimentos, pela impossibilidade de chorar e de ser homossexual. Já de acordo com a segunda polaridade, a afirmativa, o homem deveria ser forte, corajoso, heterossexual e viril (SILVA, 2006).

O princípio da masculinidade estaria na repressão de todas as características que pudessem se relacionar ao feminino (SCOTT, 1995), pois a posição ocupada pelos homens na estrutura social seria privilegiada, de modo que a “naturalização” da dominação seria o produto de um intenso e permanente trabalho de socialização. A dominação realizada pelos homens, neste processo, seria realizada através de um complexo esforço de modelagem dos

sujeitos, fazendo-se necessário o exorcismo de todas as características que fugissem ao padrão de virilidade (BOURDIEU, 2002).

Haveria, portanto, um grande esforço social no sentido da construção das masculinidades (CONNEL; LECTURE, 2002). Kimmel (2002) ressalta que a masculinidade não seria constante e não possuiria uma essência universal, muito pelo contrário, ela viveria numa constante transformação, tendo significados e comportamentos fluídos que poderiam variar dramaticamente a depender do contexto. No entanto, as masculinidades seriam construídas em relação às feminilidades e expressam múltiplos caminhos pelos quais a identidade de gênero pode ser articulada. Desse modo, o gênero estaria sendo pensado não como resultante somente de uma propriedade individual, mas um processo dinâmico de relações de poder entre grupos – poder exercido de homens sobre mulheres ou de homens sobre outros homens.

Connell e Messerschmidt (2005) propuseram uma revisão do conceito de masculinidade hegemônica, reafirmando duas teses centrais do conceito, as quais são a “pluralidade das masculinidades” e a “hierarquia entre as masculinidades”. Por outro lado, com base em estudos empíricos e críticas teóricas, rejeitaram a ideia de que as masculinidades possuem um padrão unificado de poder (“a dominação global dos homens sobre as mulheres”) e a noção da masculinidade hegemônica como um caráter fixo e essencialista.

Embora muitas das/os autoras/res discutidas/os até aqui reconheçam as desigualdades nas relações de poder e a existência de uma diversidade de masculinidades, o padrão binarista de gênero (homens *versus* mulheres) tem se mantido como pano de fundo em algumas abordagens. A masculinidade heterossexual seria aquela socialmente dominante e hegemônica, enquanto as demais masculinidades, que se aproximassem de uma performance feminina, seriam dominadas e oprimidas. Desse modo, ao se discutir que as masculinidades seriam construídas a partir das feminilidades, e que o princípio da masculinidade estaria na repressão de todas as características que pudessem se relacionar ao feminino, Kimmel (2002) e Scott (1995) estão reproduzindo a lógica binarista de pensamento sobre o gênero, talvez não no sentido de “essencializar” este binarismo, mas sim de enfatizar que as relações sociais são marcadas por estas imagens e “posições”.

Segundo Siqueira (2006), os estudos feministas durante muito tempo estiveram presos à dicotomia masculino-feminino, o que limitava a compreensão dos processos relacionais e tendia a essencializar o feminino e criava um homem radical e absoluto, sobretudo naqueles estudos sobre o patriarcado. Talvez a crítica feminista e a discussão em

torno do conceito de gênero tenham aberto caminhos e preparado o terreno para diversos debates frutíferos a respeito das desigualdades de poder nas sexualidades, para além da lógica binária (homens e mulheres) e da heteronormatividade essencializadora, que iremos discutir na próxima seção sobre Teoria *Queer*.

3.2 A teoria *Queer* e a crítica ao binarismo da matriz sexo/gênero

A Teoria *Queer* aplicada aos estudos sociológicos, ainda no início da década de 1980, traz a formulação de diversas críticas aos estudos sociológicos sobre minorias sexuais e gênero, como, por exemplo, os estudos da “sociologia canônica” de Pierre Bourdieu e Anthony Giddens (MISKOLCI, 2009). A participação de lésbicas no movimento feminista também trouxe uma crítica importante à heterossexualidade compulsória e institucionalizada (RICH, 2003).

Na Teoria *Queer*, o conceito de gênero é balizado por aquilo que Benedetti (2005, p. 93) aponta como “pós-feminismo”, que critica os “pressupostos universalistas e deterministas preconizados pela teoria feminista clássica, como, por exemplo, a condição de opressão das mulheres, a distinção sexo/gênero e o patriarcalismo”.

A palavra *queer* deriva do vocábulo da língua inglesa, que pode ser um substantivo, como uma ofensa ao homossexual e, também, um adjetivo, que pode significar anormalidade, perversão, desvio e bizarrice. Além disso, esta palavra tem sido ligada à acusação, patologização e insulto. A Teoria *Queer* é conhecida como uma “teoria subalterna” por elaborar críticas aos discursos hegemônicos da cultura ocidental. Esta teoria se desenvolveu nos EUA, em departamentos de filosofia e crítica literária, a partir de influências dos estudos culturais norte-americanos do pós-estruturalismo francês, apresentando uma proposta desafiadora, que é “o desenvolvimento de uma analítica da normalização que pode interrogar como as fronteiras da diferença são constituídas, mantidas ou dissipadas” (MISKOLCI, 2009, p. 178).

A reflexão que ganhou mais destaque no campo da Teoria *Queer* foi aquela construída por Judith Butler (2016) no livro *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*, publicado originalmente em 1990 nos Estados Unidos com o título em inglês *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. Nesta obra, a autora faz o que ela chama de “uma genealogia crítica da naturalização do sexo e dos corpos em geral” (BUTLER, 2016, p. 254).

Fortemente influenciada pelo filósofo pós-estruturalista Jacques Derrida, Butler aponta uma crítica ao binarismo hierárquico da oposição sexo/gênero a partir da análise política da heterossexualidade compulsória. Esta oposição estaria inscrita na tradição das oposições metafísicas (universal/particular, sensível/inteligível, dentro/fora, presença/ausência, natureza/cultura etc.), que foram muito criticadas por Derrida, principalmente no que diz respeito à tradição linguística estruturalista das noções opostas entre significante e significado – a equação na qual um significante invoca um significado. Para este autor, as diferenças entre significante e significado não são nada, assim como para Butler, as diferenças entre sexo e gênero não fazem nenhum sentido (RODRIGUES, 2012).

No momento em que *Problemas de Gênero* foi publicado, o debate da teoria feminista acerca da fixação de uma identidade política do ser “mulher” estava a todo vapor, porém esta identificação fixa deixava de fora muitas outras expressões e recortes sobre a experiência de “ser mulher” no mundo (negras, brancas, jovens, idosas, pobres, ricas etc.)(RODRIGUES, 2012).

Desse modo, Butler (2016) resgata o conceito de poder de Michel Foucault para tecer reflexões críticas a respeito da construção da categoria “mulher” enquanto sujeito do feminismo e da relação entre sexo e gênero. A reflexão filosófica da autora tomou como ponto de partida a crítica à teoria feminista que postulava a existência de uma identidade feminina com contornos bem definidos e com uma essência universal.

Através do regaste da teoria foucaultiana, Butler (2016) chama atenção que o sistema jurídico – como um conjunto de normas e leis sociais – seria responsável não apenas pela regulação das identidades dos sujeitos, mas, também, pela construção, formação, definição e reprodução das identidades, que de certa maneira se adaptariam às exigências das leis então promulgadas. Desse modo, a categoria “mulher” não seria pré-discursiva, como apontava outras teóricas feministas. Esta demarcação traria efeitos não apenas teóricos, mas, sobretudo políticos. Nesse sentido, a autora argumentará que a luta política das “mulheres” como uma categoria identitária única e universal estaria fadada ao fracasso se tomasse como ponto de partida a identidade como caminho para a emancipação, pois a identidade “mulher” seria construída e formada pelas mesmas estruturas pelas quais ocorre a repressão às mulheres – o sistema jurídico de poder.

A autora argumenta que o gênero estabelece muitas interseções com outras categorias de identidade, como raça, sexualidade, etnia, região, que são “identidades discursivamente constituídas” e inseparáveis da noção de gênero. Desse modo, não existiria uma identidade

feminina universal, mas um amálgama de identidades transversalizadas, “discursivamente constituídas” e inseparáveis da noção de gênero. Assim, a crítica feminista deveria se pautar não na identidade, mas na reflexão de como a categoria “mulheres” seria produzida e reprimida pelas estruturas de poder.

Influenciada por estas reflexões, a partir de meados da década de 1990, a sociologia da sexualidade começa a ser muito influenciada pela Teoria *Queer*, localizada na teoria social como pós-estruturalista. Nesta perspectiva, as identidades sexuais seriam consideradas discursivas, arbitrárias, instáveis e excludentes (GAMSON; MOON, 2004). Como vimos, as/os teóricas/os *queer* retomaram a proposta foucaultiana de estudar a sexualidade como um dispositivo⁵ histórico do poder. De modo geral, as investigações sociológicas *queer* partem do pressuposto da desconfiança generalizada à estabilidade dos sujeitos sociais e dá ênfase à análise sobre os processos e estratégias sociais de normalização dos comportamentos, que criam classificações e hierarquizações (MISKOLCI, 2009).

A teoria *queer* propõe uma mudança de foco dos estudos sociológicos sobre as “minorias” que se empenharam em estudar os processos de construção da sexualidade a partir da lógica binária de “heterossexualidade/homossexualidade”. A lógica norteadora desta nova perspectiva teórica é talvez não focalizar nos processos normalizadores, ou melhor, a ênfase é dada à fluidez e dinâmica das categorias, desejos e identidades. Neste caminho, a pesquisa sociológica tem contribuído com a produção de uma diversidade de dados empíricos para sustentar as teses *queer*, como podemos observar no estudo de revisão de Gamson e Moon (2004).

A Teoria *Queer* busca criticar a noção de “corpo biológico” e, por conseguinte, a categoria “sexo”, que costuma ser apresentada separadamente e contrastando com a categoria “gênero”. Esta dicotomia entre a “natureza” e a “cultura” é criticada como dispositivo essencializador, que não faz sentido na Teoria *Queer*, pois não existiria um corpo anterior à cultura, mas sim uma “contínua fabricação de corpos por tecnologias precisas” (BENTO, 2006). A própria categoria “sexo” seria normativa e funcionaria não apenas como uma norma, mas também como um *ideal e prática regulatória* impostos que produziriam continuamente os corpos, não existindo, portanto, um corpo dado pré-linguístico, mas sim constitutivamente discursivo (BUTLER, 2000).

⁵ Dispositivo é: “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (FOUCAULT, 2013, p.364)

No sistema da heterossexualidade compulsória, existiria uma tentativa constante de defesa da coerência entre sexo, gênero e desejo dentro de um “sistema de gênero binário oposicional”. Neste sistema, o masculino se diferenciaria do feminino através de práticas do desejo heterossexual, dadas pela coerência entre sexo, gênero e desejo, ou seja, pela seguinte ordem causal e “natural”: macho/masculino/gosta de mulher e fêmea/feminina/gosta de homem. Desse modo, a heterossexualização do desejo instituiria “a produção de oposições discriminadas e assimétricas entre ‘feminino’ e ‘masculino’, em que estes são compreendidos como atributos expressivos de ‘macho’ e ‘fêmea’”, separando, portanto, o gênero do sexo (BUTLER, 2016, p. 44).

Butler (2016) revisita a obra de Monique Wittig e aprofunda a crítica à separação destas duas categorias (sexo e gênero) através da reflexão sobre a linguagem proposta por Wittig como uma instância que cria o real a partir dos discursos produzidos pelos sujeitos. De acordo com Wittig (1983 *apud* BUTLER, 2016), a linguagem seria um conjunto de atos, que, ao se repetirem ao longo do tempo, podem criar determinadas conjunturas percebidas como fatos reais em si mesmos. Desse modo, a categoria “sexo” seria uma criação discursiva violenta produzida por meio da heterossexualidade compulsória, que seria uma linguagem que forma e modela os corpos físicos. Desse modo, “a discriminação linguística do sexo” asseguraria “a operação cultural e política da heterossexualidade compulsória” (BUTLER, 2016, p. 196-197) Assim, ‘homens’ e ‘mulheres’ não seriam fatos naturais, mas sim categorias políticas de manutenção da ordem heterossexual (WITTING, 1981 *apud* BUTLER, 2016).

A distinção sexo e gênero não faria mais sentido nesta abordagem, pois ambas as categorias seriam produzidas discursivamente. O sexo “natural” seria tão construído culturalmente quanto o gênero, de modo que sexo seria gênero e gênero seria sexo, como diz Butler (2016): “o gênero é embutido no sexo, e o sexo mostra ter sido gênero desde o princípio” (p. 197). O sexo cravado nos corpos humanos seria um dispositivo discursivo através do qual a norma estável binarista estaria resguardada, como nos aponta Butler (2014): “colocar a dualidade do sexo num domínio pré-discursivo é uma das maneiras pelas quais a estabilidade interna e a estrutura binária do sexo são eficazmente asseguradas” (p. 28). E “‘masculino’ e ‘feminino’ existem *unicamente* no âmbito da matriz heterossexual; de fato, são esses os termos naturalizados que mantêm essa matriz oculta, protegendo-a conseqüentemente de uma crítica radical” (BUTLER, 2016, p. 193).

As relações de gênero seriam anteriores à própria emergência do ser humano, o próprio sujeito seria, portanto, produzido através de uma “matriz generificada de relações”.

Butler exemplifica sua assertiva através da “interpelação médica” que transformaria uma criança ainda neutra em um “ele” ou “ela”. Através desta nomeação a criança seria trazida para o domínio da linguagem e do parentesco por intermédio da “interpelação de gênero”. A nomeação estabelecerá uma fronteira e produzirá um tipo de inculcação normativa, alimentando um campo de discurso e poder, que delimita um modelo legítimo que pode ser descrito como realmente humano (BUTLER, 2000).

O gênero para Butler (2016, p. 69) seria “a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância”. Esta citação pode traduzir a ideia da autora sobre a *performatividade* do gênero como uma repetição de atos corporais que estão sendo regulados juridicamente – ideia foucaultiana –, passando a ideia de substância natural e pré-discursiva. Desse modo, a identidade de gênero que o corpo “quer” expressar através de atos, gestos e atuações seria uma “fabricação” manufaturada e sustentada por meio de “signos corpóreos e outros meios discursivos” (BUTLER, 2016, p. 235), com o objetivo de regular a sexualidade através das regras da heterossexualidade reprodutora.

Se a verdade interna do gênero é uma fabricação, e se o gênero verdadeiro é uma fantasia instituída e inscrita sobre a superfície dos corpos, então parece que os gêneros não podem ser verdadeiros nem falsos, mas somente produzidos como efeitos da verdade de um discurso sobre a identidade primária e estável. (...) A *performance* da *drag* brinca com a distinção entre anatomia do performista e o gênero que está sendo performado. Mas estamos, na verdade, na presença de três dimensões contingentes da corporeidade significativa: sexo anatômico, identidade de gênero e *performance* de gênero. Se a anatomia do performista já é distinta do seu gênero, e se os dois se distinguem do gênero da *performance*, então a *performance* sugere uma dissonância não só entre sexo e *performance*, mas entre sexo e gênero, e entre gênero e *performance*. (...) Ao imitar o gênero, a *drag* revela implicitamente a estrutura imitativa do próprio gênero – assim como sua contingência. (...) No lugar da lei da coerência heterossexual, vemos o sexo o gênero desnaturalizados por meio de uma *performance* que confessa sua distinção e dramatiza o mecanismo cultural da sua unidade fabricada (BUTLER, 2016, p. 236-238, *grifos* da autora).

Ao lembrar a tese de Foucault de que a sexualidade e o poder são coincidentes, Butler reflete que a sexualidade emergente das relações de poder não seria apenas simples cópia da regra masculinista da identidade, mas que a sexualidade produzida pode ultrapassar os “limites da inteligibilidade cultural” e também expandir “as fronteiras do que é de fato culturalmente inteligível” (BUTLER, 2016, p. 63).

Nesse caminho, os sujeitos tidos como não apropriadamente generificados – como as travestis e mulheres transexuais – não estariam adaptados ao sistema binário de classificação de gênero (homem/mulher, masculino/feminino etc.) e, portanto, seriam considerados seres *abjetos* e desprovidos de humanidade (BUTLER, 2000), pois ameaçam a matriz heterossexual

compulsória, justificando, portanto, os atos de violência e discriminação praticados contra essas pessoas.

As travestis e as mulheres transexuais, por questionarem corporalmente e performaticamente as fronteiras de gênero impostas como regra em sociedades patriarcais e machistas, têm sido consideradas esses seres *abjetos*, pois colocam em cheque a categoria “sexo” dada como o real, mostrando em seus corpos que esta categoria é “um ato de dominação e coerção, um ato *performativo* institucionalizado que cria e legisla a realidade social pela exigência de uma construção discursiva/perceptiva dos corpos (BUTLER, 2016, p. 200)”, isto é, uma construção socialmente estabelecida. É nesse ponto que a *abjeção* pode ser encarada não apenas como uma sujeição passiva, mas como uma manifestação clara de possibilidades de empoderamento e de resistência ao poder heteronormativo, pois denuncia a “essencialidade” da categoria sexo. Todavia, cabe relativizar a crítica de Butler circunscrevendo-a às sociedades ocidentais, pois em outras sociedades essa não adequação ao processo de generificação não necessariamente produziriam tais desfechos.

3.2.1 Transexualidades e Travestilidades

Miskolci (2009, p. 175) ressalta que “o interesse *queer* por travestis, transexuais e pessoas intersexo se deve ao compromisso científico de crítica dos apanágios identitários e concepções de sujeitos unitários e estáveis”. Esse interesse, contudo, não deve ser visto como a instituição de um terceiro termo identitário em substituição do binarismo masculino/feminino, especialmente porque seria uma estratégia de “comodidade estabilizadora”, que a obra de Butler quer desconstruir (RODRIGUES, 2012).

No campo das ciências sociais brasileiras, muitos estudos têm sido conduzidos com travestis e mulheres transexuais a partir da perspectiva teórica *queer*. O trabalho de Berenice Bento (2006) é um exemplo conforme destaca Pereira (2006, p. 470; 476): a autora procura verificar os conflitos, as brechas, os interstícios e as disjunções que possibilitam que os sujeitos subvertam as normas de gênero (...), desconstruindo as certezas médicas e os estereótipos de grande parte da sociedade. Bento (2006) analisou histórias de vida de pessoas transexuais Goiânia e Valência na Espanha no início dos anos 2000 na busca por modificações corporais. A autora descreve as idas e vindas de pessoas transexuais num hospital universitário responsável pela cirurgia de “transgenitalização”, os protocolos médicos

generificados que visam separar as “verdadeiras” transexuais (aquelas que não possuem nenhum tipo de ambiguidades) das “falsas”, num trabalho de contínua “asepsia de gênero”. Também retrata a diversidade de experiências transexuais que não permite resumir-las a uma “identidade transexual” unificada, mas produz “posições transexuais” com muitos deslocamentos e pluralidades ao longo das trajetórias.

Outro trabalho importante é a etnografia realizada por Larissa Pelúcio (2005a; 2005b; 2007), que gerou várias publicações, sobre a prostituição travesti em São Carlos/São Paulo, no início dos anos 2000, que mostra o cotidiano das travestis, a interação delas entre si e com os seus clientes e a importância dos territórios de prostituição como espaços para a construção da pessoa travesti. A prostituição é tida pelas travestis como uma “atividade desprestigiada” motivada pela “necessidade” de recursos financeiros, uma forma de ascensão social que se materializa em conquistas simbólicas e de bens materiais e, também, como uma forma de trabalho e de interação social com uma diversidade de sujeitos que compõem estes territórios. A construção de uma travesti é um processo contínuo e que nunca termina, pois está calcado na construção permanente de um corpo feminino, contando com o auxílio de hormônios, injeções de silicone, roupas, acessórios e, sobretudo, de uma performance feminina.

O trabalho etnográfico de Marcos Benedetti (2005), com travestis de Porto Alegre (RS), também traz importantes contribuições para reflexões acerca do complexo processo de construção do gênero entre as travestis. O autor narra suas “aventuras antropológicas pelo universo *Trans*” em espaços de prostituição e locais de moradias de travestis, mostrando que a violência é um “código legítimo e possível no mundo da noite”, chamando atenção para os atos de violência praticados tanto pelas travestis quanto contra elas. Também narra o esforço das travestis para manutenção da estética corporal feminina através do uso de uma diversidade de objetos (maquiagem, batom, sapatos, roupas etc.), substâncias (silicone, hormônios femininos), adestramento da voz, marcas corporais, e as relações com diversos sujeitos ao longo de suas trajetórias (namorados, maridos, clientes etc), demonstrando o quanto elas “vivem e personificam um jogo do gênero (...) que é artificial e manipulado, criado e reinventado, que tem forma e conteúdo culturais” (BENEDETTI, 2005, p. 131).

O estudo de Teixeira (2013), a partir de uma extensa análise documental de pareceres médicos e sentenças judiciais, entrevistas e observações de campo no Distrito Federal, entre os anos de 2004 e 2008, com o objetivo de “compreender as possibilidades e estratégias dos sujeitos que buscavam a cirurgia de transegenitalização”, mostrou a existência de uma

diversidade de discursos médico-jurídico sobre a transexualidade, que restringia a autonomia das pessoas transexuais através de uma violência institucional: “as normas médicas e jurídicas ditariam o que é “bem/bom” ou o “certo/errado” através dos mecanismos de acesso aos “direitos” dos tratamentos e às modificações nos registros de nascimentos” (TEIXEIRA, 2013, p. 88). O trabalho da autora também mostrou diversas cenas de discriminação de transexuais em espaços de trabalho (uma das suas interlocutoras foi considerada incapaz para o serviço militar), em serviços de saúde, nas ruas, escolas e locais de comércio. Ressalta ainda que muitas destas agressões, algumas presenciadas por ela, eram “veladas” e não físicas ou verbais, mas sutis, através de olhares, gestos e atitudes.

No campo da Saúde Coletiva, o trabalho de Ailton Santos (2007) foi o primeiro estudo do Instituto de Saúde Coletiva a lançar luz sobre a problemática da vulnerabilidade de travestis ao HIV. Com o objetivo de conhecer os sentidos que as travestis profissionais do sexo atribuíam às práticas educativas para diminuição do risco de infecção pelo HIV, a dissertação de Santos (2007) analisou as atividades de educação em saúde promovidas por uma organização não-governamental, e mostrou como tais ações eram “culturalmente sensíveis” e adequadas ao repertório das travestis.

Há que se destacar também o trabalho etnográfico de Don Kulick (2008), ainda na década de 1990 sobre as travestis soteropolitanas do Pelourinho. Esta obra é construída numa perspectiva em que o sistema sexo *versus* gênero prevalece, na qual a *subjetividade travesti* seria “o resultado – e ao mesmo tempo a incorporação e efetuação – de certa configuração de sexo (biológico), gênero e sexualidade” e não numa perspectiva *queer*. O autor nos apresenta uma descrição densa da vida das travestis num momento em que a morte por aids atingia esta população com maior frequência. O autor chega a relatar que, durante seu estudo, pelo menos nove travestis teriam morrido em decorrência desta doença, e que muitas delas declaravam não usar constantemente o preservativo durante as relações sexuais, por diversos motivos. Além disso, a transformação corporal e os relacionamentos amorosos e sexuais com namorados e clientes são abordados com riqueza de detalhes, sobretudo os relatos sobre os contextos de violência, estigmatização e prostituição.

Mais recentemente, o estudo de Luma Andrade (2012) se destaca entre os trabalhos descritos acima por descrever densamente e sensivelmente histórias de vida de travestis (incluindo a sua própria história num exercício de reflexividade etnográfica) do Ceará que não são envolvidas com o trabalho sexual. O trabalho de Andrade (2012) nos apresenta narrativas sobre a vida cotidiana de travestis, processos de estigmatização, vivenciados principalmente

no contexto escolar, e que produz efeitos de “assujeitamentos” e “resistência”. Por outro lado, o estudo também retrata o cotidiano simples de pessoas comuns e a dinâmica de suas relações sociais, desmitificando a ideia da travesti como um ser “exótico” (como Bronislaw Malinowski com os nativos das Ilhas Trobriand) estudado por etnógrafos em contextos de prostituição. Outro aspecto importante de seu trabalho é mostrar as estratégias de resistência cotidianas dessas travestis e como estas meninas conseguem sair pela tangente do círculo vicioso do estigma, discriminação e violência.

De fato, os trabalhos etnográficos aqui revisados não nos possibilitam grandes inferências sobre a produção de estudos qualitativos sobre a vida de travestis e transexuais no Brasil. Entretanto, eles produzem evidências importantes sobre o que poderíamos chamar de bases de sustentação do processo de estigmatização. Desse modo, queremos argumentar, a partir de uma perspectiva *queer*, que uma destas bases é a *abjeção* corporal e performática, que fazem as TrMT ocuparem um espaço de “*não lugar*” – tomando emprestado um conceito de Marc Augé (2012) – no mundo hegemonicamente heteronormativo.

Nos Estados Unidos da América (EUA), assim como no Brasil, existe uma grande variação da nomeação das identidades trans, porém, naquele país, muitas publicações científicas têm se referenciado a estas pessoas como *transgender* (transgênero), que naquele país é geralmente utilizado para englobar todas as dissidências de gênero. Nesse sentido, o estudo de revisão crítica de Giami e Bail (2011) sobre infecção de HIV e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em população transgênero aponta para a existência de uma variedade de formas de definições para as pessoas travestis e transexuais. Estes autores ressaltam que as definições usadas pelos cientistas sociais e médicos nos EUA têm oscilado sobre certa tensão entre os termos “*transsexualism*”, “*Gender Identity Disorder*” e “*transgenderism*” ou “*transgender*”. Também, indicam que a literatura que trabalha com o termo “*transsexualism*”, referindo-se ao processo de medicalização do corpo através de tratamentos médico-cirúrgico, tem sido bastante questionada por feministas que criticam os papéis tradicionais de gênero.

No Brasil, o espaço acadêmico e dos movimentos sociais tem discutido sobre a delimitação dessas identidades, com o enfoque principal no conceito da identidade travesti e transexual. Etnografia realizada por Barbosa (2010) mostrou que os termos “travesti” e “transexual” eram categorias performáticas, que se articulariam com as convenções de gênero, sexualidade, classe, geração e cor/raça. De modo geral, o termo “transexual” – influenciado pela biomedicina – estaria relacionado às “transexuais” que fizeram cirurgia de

transgenitalização, enquanto o termo “travestis” estaria relacionado àquelas pessoas que não fizeram a cirurgia – consideradas como pessoas “mais masculinas”.

Santos (2014) revisita a discussão em torno das “transexualidades” e “travestilidades” e propõe “reflexões teóricas” sobre estas identidades. O autor parte do pressuposto de que “travestis e transexuais são sujeitos que subvertem as normas identitárias sexuais e de gênero vigentes e, de forma diferenciada, são trazidos para as normas” (p. 81). Enquanto transexuais buscam a normatização a partir da patologização, ou seja, pela cirurgia de redesignação sexual, as travestis são mais afetadas pelo processo de estigmatização e dependem de modificações corporais nos sistemas de sexo-gênero hegemônicos. A transexualidade é apontada no texto do autor como uma forma de “purificação” que desassocia a identidade da “transexual” da figura da prostituição e desvio por meio da patologização. Por outro lado, a travestilidade tem sido comumente associada à prostituição e ao engano de se fazer passar por “mulher”. Entretanto, o autor ressalta alguns estudos etnográficos que têm demonstrado a fluidez destas (*trans*) identidades.

Apesar de toda a discussão em torno das identidades de gênero, vamos tomar emprestado da epidemiologia a ideia de população⁶, para talvez provocar um reducionismo teórico – respeitoso – neste trabalho ao chamar de “população de TrMT” o conjunto de travestis e mulheres transexuais, principalmente para tentarmos avançar em algumas lacunas que ainda estão em aberto na epidemiologia de HIV/aids para esta população. Neste contexto, talvez o problema não seja o uso das categorias travesti/transexual, mas sim a compreensão estável/fixa destas categorias. Talvez o melhor seja admitir a existência de diferentes transexualidades/travestilidades, partindo-se do pressuposto de que as pessoas se posicionam também nestas categorias e em várias outras. Posicionamentos, portanto, que podem mudar através das situações ou contextos interativos.

⁶ “Dois conceitos são centrais na epidemiologia: doença e população. O conceito de doença em epidemiologia é o mesmo da nosologia médica, tomado de forma desproblematizada, como uma verdade a priori. Já o conceito de população varia segundo diferentes abordagens epidemiológicas. Alguns autores inscrevem o conceito de população no campo das ciências sociais. Populações humanas são sociedades. Outros, muitas vezes sem explicitá-lo, inscrevem o conceito de população no campo da estatística, população enquanto números, ou, no caso específico da epidemiologia, conjunto de organismos nos quais cada um pode ser traduzido em um número segundo o seu estado e/ou exposição” (PENNA, 1997, p. 139-140).

3.3 O conceito de vulnerabilidade e a epidemia do HIV/aids

Ao revisar a história da aids no Brasil, pode-se observar que os registros sobre a epidemia, durante os anos 1980, mostram que essa doença esteve restrita às áreas metropolitanas da região Sudeste, principalmente entre os HSH, as pessoas com hemofilia, as pessoas que recebiam transfusão sanguínea e as pessoas usuárias de drogas injetáveis (GARCIA e SOUZA, 2010).

No que tange à história internacional da aids, percebe-se que o entendimento e a resposta à epidemia prosseguiram principalmente através de dois caminhos: o biomédico e o comportamental (tanto individual, quanto coletivo). Nessa perspectiva, Mann e Tarantola (1996), ao analisarem as respostas dadas por governos, pesquisadores e sociedade civil frente ao novo desafio pandêmico, destacam três períodos históricos da aids no mundo. O primeiro deles é o período da descoberta (1981-1984) da doença, caracterizado principalmente pelos estudos epidemiológicos sobre a enfermidade. Tais estudos ofereceram a descrição de informações a respeito das rotas de propagação do vírus e identificaram os comportamentos de risco associados à infecção. Nesse período, as ações em saúde pública foram direcionadas no sentido de promover informações a respeito dos grupos e de seus comportamentos de risco associados à doença, com o objetivo de estimular a mudança dos comportamentos individuais (MANN; TARANTOLA, 1996).

A produção de estudos epidemiológicos, com base no conceito de risco, no início da epidemia de aids foi intensa, o que promoveu a identificação de subgrupos populacionais nos quais havia uma maior probabilidade de se encontrar pessoas com a doença, em comparação com a população geral (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012). Mediante raciocínio lógico, foi possível definir a doença como transmissível por via sanguínea e secreções sexuais através de analogias a outras doenças já existentes – como a hepatite B (CZERESNIA, 1997).

A propagação do termo “grupo de risco” foi realizada pela mídia de massa (HERZLICH; PIERRET, 2005; SPINK, 2001; WATNEY, 1996) e ganhou duas conotações prejudiciais para a prevenção: a noção de que os referidos grupos colocariam em “risco” o restante da população, e que tal “risco” estaria restrito a grupos sociais específicos (WATNEY, 1996). Assim, o risco não foi encarado apenas como uma medida de probabilidade, mas, sobretudo, como uma questão de identidade social, fato que provocou o “isolamento sanitário” de tais grupos, como principal proposta de prevenção da doença. Dessa forma, ao

invés de promover a prevenção, houve a promoção de preconceitos e discriminação, tornando complicada a situação social e clínica das pessoas infectadas pelo vírus (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012) e reforçando conotações estigmatizadoras de grupos sociais marginalizados, com destaque para os homossexuais (CZERESNIA, 1997).

Após mobilizações de comunidades organizadas da sociedade civil e de ativistas do movimento gay, o conceito de “grupo de risco” foi questionado por conta da estigmatização dos grupos e, a partir daí, o conceito de “comportamentos de risco” predomina. Houve, então, o desvio da preocupação do “com quem você está?” para “o que você faz?” (WATNEY, 1996), isto é, a noção de risco foi deslocada da ideia de pertencimento a grupos específicos, para a identificação de práticas específicas, as quais tornavam as pessoas mais expostas ao vírus. Os principais avanços desse novo conceito foi ampliar o espectro de estratégias de prevenção para todos os indivíduos e a tentativa de mitigar o estigma entre os grupos com maior incidência da doença. Por outro lado, ao responsabilizar unicamente os indivíduos pela mudança de seus comportamentos, esse conceito propiciou a “culpabilização” das pessoas infectadas (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012).

O conceito de comportamentos de risco caracterizou o segundo período histórico (1985-1988), denominado de “período das primeiras respostas” ao HIV/aids, que foi balizado pela concepção de que a prevenção e o cuidado eram processos programaticamente separados. O alvo principal da atenção nesse período era a diminuição dos comportamentos de risco individuais. E para alcançar tal objetivo foram criados diversos programas nacionais e internacionais de atenção à aids, que tinham como meta três elementos básicos para a redução dos riscos de exposição à doença: a informação e educação; os serviços sociais e de saúde; e a não discriminação das pessoas vivendo com HIV/aids (MANN; TARANTOLA, 1996).

Ainda que houvesse certa inovação com o conceito de “comportamentos de risco”, não houve avanços na desconstrução da imagem estigmatizada dos/as portadores/as do vírus. Além disso, esse conceito continuava a restringir as ações de prevenção a grupos restritos, o que impedia ações eficazes contra o avanço da pandemia (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). Dessa maneira, os movimentos sociais organizados, como os movimentos pelo direito das mulheres e homossexuais e o movimento das pessoas vivendo com HIV/aids, começaram a questionar tais categorias comportamentais e individualistas, criticando as medidas preventivas adotadas. Essa crítica fundamentou-se na ideia de que o uso do preservativo não se resumia apenas à mudança da decisão individual obtida a partir de novas informações e da vontade própria das pessoas, mas estaria intrinsecamente relacionado a

aspectos de ordem social e interpessoal (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012).

Com esta crítica, os autores Mann e Tarantola (1996) demarcam o terceiro período da história da aids, que se iniciou em 1989, estendendo-se até a atualidade – o texto dos referidos autores data de 1996. Trata-se de um período marcado pelo desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade, que adiciona a análise da dimensão social na busca da redução dos riscos; conceito tal que coloca em cena a necessidade do entendimento das conexões existentes entre o suporte assistencial para as pessoas com HIV e os esforços programáticos para diminuição da propagação da epidemia, levando-se em consideração as questões individuais, sociais, culturais, políticas e econômicas. Esse período presencia, portanto, o deslocamento das questões exclusivamente individuais para a atenção aos processos sociais envolvidos na dinâmica da epidemia (MANN; TARANTOLA, 1996). Atualmente, a epidemia de HIV/aids ainda representa um grande desafio, principalmente quanto ao enfrentamento do estigma e da criminalização da população LGBT, ao acesso à prevenção e tratamento do HIV e à maior atenção aos grupos socialmente vulneráveis (PAIVA *et al.*, 2015).

O termo vulnerabilidade foi muito utilizado, entretanto, em outro contexto, para designar a suscetibilidade de indivíduos a desastres naturais (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). A raiz etimológica dessa palavra vem do latim *vulnus (eris)* que significa “ferida”, trazendo, pois, a ideia de possivelmente ser ferido por algo (NEVES, 2006).

Segundo Neves (2006), o primeiro texto que apresentou a noção de vulnerabilidade no campo da bioética, carreando-o de significação ética específica, data de 1978: o *Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Esse relatório foi redigido pela *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, do Congresso dos Estados Unidos, com o objetivo de estabelecer os princípios éticos básicos para a pesquisa científica envolvendo seres humanos. O *Relatório Belmont* trouxe a noção de vulnerabilidade no sentido de realizar a classificação, especificamente, de pessoas consideradas “vulneráveis” em comparação a outras ditas “não vulneráveis”. Em outras palavras, tratava-se da diferenciação de pessoas ou populações que se encontravam numa situação de vulnerabilidade mais agravada, e que precisavam ser protegidas de intervenções científicas potencialmente prejudiciais.

O conceito de vulnerabilidade na perspectiva europeia ganhou uma conotação diferenciada da anglo-americana, embora com sentidos complementares. Enquanto esta última partiu de uma perspectiva de adjetivação, ao classificar e qualificar determinados grupos e pessoas mais ou menos vulneráveis, a europeia assumiu a vulnerabilidade como um

substantivo, isto é, uma realidade intrínseca a qualquer ser humano. Sob tal perspectiva, mais ampliada, a vulnerabilidade nos remete a “uma concepção antropológica como fundamento da ética” (NEVES, 2007, p. 167). A partir desse ponto de vista, a vulnerabilidade

de característica contingente e provisória, passa a condição universal e indelével; de fator de diferenciação entre populações e indivíduos, passa a fator de igualdade entre todos; da consideração privilegiada do âmbito da experimentação humana, passa para uma atenção constante também no plano da assistência clínica e das políticas de saúde; de uma exigência de autonomia e da prática do consentimento informado, passa à solicitação da responsabilidade e da solidariedade (NEVES, 2007, p. 166)

O conceito aplicado ao campo da saúde foi resultado de um processo de interseções entre o ativismo político frente à epidemia e o movimento dos Direitos Humanos (AYRES, PAIVA e FRANÇA-JR, 2012; PAIVA, 2013). Segundo Bertolozzi *et al.* (2009, p. 1327), a “epidemia de AIDS desencadeou um movimento, por parte de pesquisadores e profissionais da saúde, para repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade”. Assim, esses autores postulam que, no sentido de tentar responder ao desafio posto pela epidemia, o conceito de vulnerabilidade é útil, uma vez que analisa os determinantes da infecção de maneira complexa, levando-se em consideração os diversos aspectos envolvidos no processo de suscetibilidade à enfermidade (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

No Brasil, a resposta à epidemia foi construída a partir do “tripé” academia-governo-movimento social, no sentido de combate ao estigma contra as pessoas vivendo com HIV/aids, a partir do princípio da solidariedade e do marco dos direitos humanos (PAIVA e ZUCCHI, 2012).

A construção do conceito de vulnerabilidade foi realizada através da perspectiva dos direitos humanos e por isso há uma ênfase na responsabilidade das ações dos governos e das políticas públicas como parte integrante dos determinantes do processo de saúde-doença, pois se sabe que

onde há maior violação ou negligência dos direitos ao trabalho e à moradia decentes, ao acesso a serviços de saúde de qualidade, à educação, ao lazer, a constituir família e viver a sexualidade como cada pessoa define, encontramos maior vulnerabilidade ao HIV e à AIDS (AYRES; PAIVA; FRANÇA, 2012, p. 82).

O quadro da vulnerabilidade é emergente no campo da saúde pública, sendo caracterizado por “um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção” (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012, p. 78). Ainda, segundo Ayres (2002, p. 20),

Migrar do risco para a vulnerabilidade [...], trata-se de não centrar as políticas, programas e ações tanto em grupos identitários, ou grupos de risco, mas nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos grupos populacionais e suas interdependentes e cambiantes identidades.

A utilização de categorias analíticas específicas para operacionalizar o conceito de vulnerabilidade em relação à temática do HIV/aids foi proposta por diversos grupos. Neste texto, gostaríamos de ressaltar a influência de três grupos específicos na formulação e operacionalização do conceito, a saber: o norte-americano, o europeu e o brasileiro, que possuem influências distintas. O primeiro que queremos destacar é o norte-americano, liderado por Jonathan Mann, que publicou em 1992 o livro *AIDS in the world*. O segundo grupo, por sua vez – o europeu, liderado por François Delor e Hubert (2000), que através de estudos com pessoas vivendo com aids em 1997, na Bélgica, publicou em 2000 o artigo intitulado *Revisiting the concept of “vulnerability”*. E o terceiro grupo é o brasileiro, liderado pelo José Ricardo Ayres e Vera Paiva da Universidade de São Paulo, que têm publicado diversos estudos sobre o conceito de vulnerabilidade e sua aplicação na Saúde Coletiva.

O primeiro texto organizado por Mann, Tarantola e Netter publicado na forma de versão condensada em português no Brasil, em 1993, propõe duas categorias analíticas: a vulnerabilidade individual e a vulnerabilidade coletiva. O texto aponta para um grande avanço, pois marca a preocupação do desenvolvimento das análises a partir do marco dos direitos humanos. Nessa direção, observamos que há no livro um capítulo totalmente dedicado à análise da aids e dos direitos humanos. No entanto, ao propor as categorias analíticas, os organizadores focaram estritamente a dimensão do comportamento individual como o objetivo final das intervenções, como se pode observar no seguinte trecho:

O comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV; portanto, é necessário um enfoque no indivíduo, embora claramente não seja suficiente. (...) Dada a natureza do HIV/AIDS, a tarefa final da prevenção é a responsabilidade individual: as sociedades não podem administrar a prevenção do HIV (exceto através da garantia de um suprimento de sangue seguro) a uma população passiva, como a água pode ser mais segura ou o ar mais limpo. A prevenção do HIV requer indivíduos investidos da responsabilidade de aprender e responder (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993, p. 276-277).

Na segunda edição do *AIDS in the world II*, organizado por Mann e Tarantola e publicado em 1996, a perspectiva dos direitos humanos é mais aprofundada no capítulo intitulado *Human rights and responses to HIV/AIDS*. Além disso, as categorias de análise da vulnerabilidade se desmembraram em três, sendo elas: a individual, a programática e a social. Neste texto, podemos perceber uma ênfase maior na responsabilidade dos governos em

promover assistência, prevenção e lutar contra a estigmatização, bem como o reconhecimento das questões sociais mais estruturais no aumento da vulnerabilidade das pessoas.

Segundo esses autores, a vulnerabilidade individual diz respeito aos aspectos relacionados aos fatores cognitivos e às dimensões comportamentais. O primeiro aspecto desse nível (o cognitivo) refere-se às informações que as pessoas possuem sobre o HIV/aids. Enquanto o segundo aspecto (dimensões comportamentais) engloba as características individuais referentes ao desenvolvimento emocional, bem como a percepção de risco e as atitudes relativas à sexualidade e ao uso abusivo de drogas. A categoria individual pretende realizar a análise das habilidades individuais frente à prevenção de infecção pelo HIV, como a capacidade de negociação de práticas sexuais e o sexo seguro (MANN; TARANTOLA, 1996).

A vulnerabilidade programática dimensiona-se nas ações institucionais adotadas para enfrentar o problema do HIV/aids, sempre que estas fragilizam a capacidade dos indivíduos e grupos sociais de acionar recursos e estratégias de proteção, seja por problemas de acessibilidade a tais ações, seja por efeitos a elas intrínsecos. Esse nível foi definido amplamente com base em três fundamentos da OMS: informação e educação, serviços sociais e de saúde e não discriminação das pessoas vivendo com HIV/aids. Esforços para a diminuição da vulnerabilidade programática têm sido realizados no sentido de assegurar e reforçar a disponibilidade e acessibilidade a programas de prevenção e tratamento (MANN; TARANTOLA, 1996).

Já a vulnerabilidade social é construída a partir do discernimento de que as questões sociais e coletivas exercem forte influência sobre ambos os níveis de vulnerabilidade anteriormente citados, o individual e o programático. Ela foca diretamente nos fatores contextuais que definem e constroem os outros níveis. A análise dessa categoria reconhece as questões contextuais, como as estruturas governamentais, relações de gênero, atitudes a respeito da sexualidade, crenças religiosas e relações de poder, as quais influenciam a capacidade de resposta individual ao HIV, sendo diretamente mediados através de programas específicos de enfrentamento da epidemia (MANN; TARANTOLA, 1996).

Essa formulação norte-americana do conceito de vulnerabilidade inicialmente tomou como objetivo final a redução da vulnerabilidade individual e inspirou as primeiras formulações brasileiras em torno do conceito. Em especial, Ayres e colaboradores/as no final da década de 1990 e no início dos anos 2000 disseminaram o que Man e Tarantola (1996) avançaram, declarando que o ponto de partida para análise da vulnerabilidade era uma

desordem particular da saúde individual (vulnerabilidade individual), tendo como objetivo identificar os fatores físicos, mentais ou comportamentais por meio de avaliações de risco e de outras abordagens. A partir daí, fazia-se necessária a abordagem da dimensão social (vulnerabilidade social), que possuía como foco as dimensões da cultura, religião, moral, política, economia e os fatores institucionais pelos quais poderiam determinar o meio de exposição. E ainda nesse contexto interdependente, analisar-se-ia a dimensão programática (vulnerabilidade programática) através do exame das formas pelas quais as políticas, os programas e os serviços interfeririam nas situações sociais e individuais das pessoas.

A partir dos anos 2010, Ayres e colaboradores/as publicaram textos refletindo sobre o conceito de vulnerabilidade a partir de outra perspectiva, avançando as formulações teóricas de acordo com as questões pertinentes à Reforma Sanitária Brasileira, a luta pelo direito à saúde e a resposta brasileira à aids. Para tanto, esses/as autores/as procuraram deslocar o pêndulo da análise individual para as categorias analíticas da vulnerabilidade social e programática, introduzindo o conceito de intersubjetividade e ampliando a discussão sobre os direitos humanos. Desse modo, “substituiu a noção de indivíduo concebido como conjunto de fatores biosociopsicológicos, da original obra de Mann e colaboradores, pela concepção de pessoa em contexto, sujeito da saúde e do direito à saúde” (PAIVA, 2013, p. 540).

Ayres, Paiva e França-Jr (2012) abordam questões importantes a respeito das dimensões descritas acima. Primeiramente, eles ressaltam a necessidade de levar-se em consideração a sinergia entre essas três dimensões com o objetivo de tornar os conceitos de prevenção e promoção da saúde “mais realistas, pragmáticos e eticamente orientados”. Além disso, torna-se imprescindível ressaltar que a dimensão individual não se limita à perspectiva da própria vontade cognitiva e individual para a tomada de decisões, mas parte do pressuposto de que o indivíduo é um ser “em relação”.

Parte-se do princípio de que toda pessoa pode experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão da sua constituição física ao seu modo próprio de gerir seu cotidiano. É especialmente esse último aspecto que desafia a compreensão das diferentes intensidades e processos de vulnerabilidade. Sem desconhecer a importância dos aspectos estritamente biológicos, privilegia-se apreender a dimensão psicossocial expressa no grau e qualidade da informação de que uma pessoa dispõe, nos modos como elabora essas informações e no poder que tem para incorporá-las às suas práticas cotidianas, ou seja, dinâmica que realiza as condições materiais e socioculturais de que dispõe para transformar essas práticas. [...] os aspectos considerados não são apenas atributos individuais (tais como motivos, atitudes, conhecimentos e práticas) ou os fatores que foram concebidos teoricamente e associados probabilisticamente aos desfechos em estudo (por exemplo, “aderência ao tratamento” ou “uso consistente de preservativo”). A vida cotidiana não espelha tipos ideais construídos e categorizados em estudos populacionais [...]. No quadro da vulnerabilidade, o indivíduo é

compreendido como *intersubjetividade* e como ativo co-construtor, e não apenas resultado (efeito) das relações sociais, que devem, então, ser remodeladas para garantir o “comportamento saudável”. [...] Cada trajetória pessoal e psicossocial depende dos contextos intersubjetivos e das relações de poder que podem ser entendidas apenas em termos de seus significados locais e contextos estruturais. Ou seja, as pessoas em cena, como sujeitos pessoais conflitantes, construídos ao longo do processo de socialização e acessados através de redes sociais, relações comunitárias e familiares, redes de amizade e no espaço profissional, que são também dependentes das condições locais de proteção e realização de direitos (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012, p. 85-86).

A perspectiva do conceito de vulnerabilidade trabalhada pelos autores brasileiros desloca a valorização inicial da dimensão individual, proposta pelo grupo de Mann e colaboradores, para uma reconfiguração conceitual das categorias de vulnerabilidade individual e programática, que é inspirada principalmente pela matriz teórica dos Direitos Humanos e por conceitos como o de intersubjetividade. Vale a pena ressaltar que a perspectiva brasileira trouxe muitos ganhos com a incorporação de novos conceitos à reflexão em torno da vulnerabilidade.

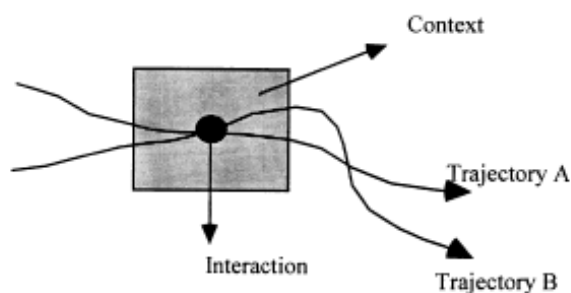
Entretanto, apesar do deslocamento apresentado, temos a hipótese de que a produção de dados empíricos nesse campo ainda confunde muito o conceito de vulnerabilidade com o conceito de risco ou reduzem a intensa dinâmica social em cisões entre a vulnerabilidade individual e coletiva. Ou então, talvez a ideia de "fatores de risco" ainda oriente os estudos epidemiológicos que buscaram incorporar o conceito de vulnerabilidade. Parece-nos demasiadamente difícil a aproximação da prática concreta dos sujeitos em movimento com as bordas delimitadas em espaços denominados como domínio do individual, do social ou do programático. A pergunta que nós fazemos ao nos aproximarmos do conceito é a de como operacionalizá-lo a partir de dados empíricos que nos remetam a processos sociais complexos, e que, como tais, não necessariamente estão restritos e categorizados em dimensões que supõem uma cisão entre o indivíduo e a sociedade.

Uma leitura alternativa do conceito de vulnerabilidade foi apresentada por Delor e Hubert (2000). Eles realizaram um estudo com pessoas vivendo com aids na Bélgica, e a partir dos dados empíricos produzidos, criaram uma matriz heurística diferente da trabalhada pelo grupo norte-americano, mas que se assemelham em alguns pontos com o trabalho efetuado pelo grupo brasileiro. As categorias analíticas propostas pelos autores foram a trajetória social, a interação e o contexto social, todas elas como dimensões a serem situadas no processo de síntese realizado pela construção da identidade.

A dimensão da trajetória social diz respeito às fases vivenciadas ao longo do curso de vida das pessoas. Ela não é tida como algo estritamente individual, mas como um processo

compartilhado e reelaborado continuamente, que exige compartilhamento entre diferentes sujeitos. A dimensão da interação diz respeito ao encontro entre duas ou mais trajetórias diferentes e suas trocas realizadas através de relações sociais estabelecidas em contextos de maior ou menor (des) igualdade – as relações de poder se destacam nesse nível analítico, sempre moduladas pelo entrecruzamento de trajetórias e contextos sociais. Dessa maneira, faz-se necessário analisar a dimensão do contexto social, que influencia os encontros ao longo das diferentes trajetórias, através de dispositivos construídos pela cultura (sentidos, significados, símbolos etc.) e pela sociedade (leis, economia, divisão do trabalho etc) (Figura 1).

Figura 1- Os primeiros três níveis de leitura da situação de vulnerabilidade



FONTE: DELOR; HUBERT, 2000.

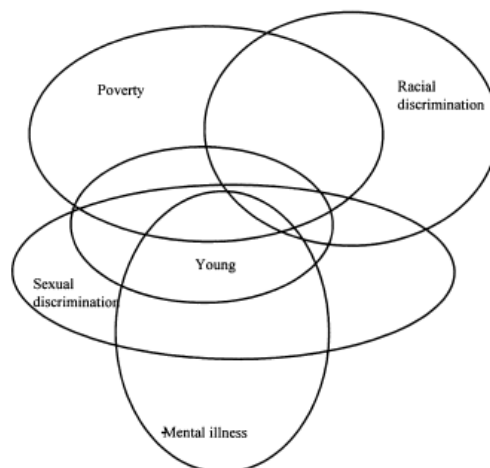
A identidade é um aspecto importante na análise de vulnerabilidade realizada por Delor e Hubert (2000). As categorias analíticas apresentadas acima são situadas no processo de construção da identidade, dentro dos processos destinados a manter, expandir ou proteger o espaço da vida em que os sujeitos são socialmente reconhecidos. A partir desse ponto de vista, o risco ou as práticas arriscadas são considerados elementos estruturantes da produção social e individual de identidades. Ainda segundo esses autores,

A confrontação com uma série de riscos (tal como o risco de HIV ou DST, mas também o risco de estar sozinho ou ser abandonado, por exemplo) requer a constante reconstrução e reformulação da identidade por meio da qual cada indivíduo se esforça para produzir uma síntese (sempre temporária) das três dimensões mencionadas acima. Este é justamente o ponto onde devemos ser capazes de fazer conexões entre as noções de risco, identidade e vulnerabilidade. De fato, ao definir a estruturação da identidade como um constante e indispensável trabalho de síntese, usualmente presente nas estratégias de enfrentamento individual dos vários riscos e dos processos de inclusão social, então deduzimos que as situações de vulnerabilidade são circunstâncias – em termos de momentos e locais específicos –

durante as quais este exercício vital é mais doloroso, dificultoso e perigoso (DELOR; HUBERT, 2000, p. 1560 – Tradução livre).

Nessa perspectiva, os autores propõem a noção de espaços de vulnerabilidade para explicar como as diversas situações vivenciadas ao longo das trajetórias, interações e contextos sociais podem interagir entre si, produzindo ambientes concretos com intensidades diferentes de vulnerabilidade. Eles chamam a atenção para a possibilidade de superposição de diferentes espaços (Figura 2), fato que pode intensificar cada vez mais a vulnerabilidade das pessoas. Por isso, a análise de vulnerabilidade deve ser vista acima de tudo como uma análise das diferenças, tendo em vista que o seu processo é mantido por um conjunto de variações.

Figura 2 - Espaços de vulnerabilidade



FONTE: DELOR; HUBERT, 2000.

Nesse ponto, o conceito de identidade é necessário. O processo de estruturação da identidade é visto pelos autores como “processos de diferenciação e afiliação, isto é, processos de resistência dinâmica, tanto individual quanto coletiva, ao advento contínuo de múltiplos riscos, de modo mais ou menos acidental, mais ou menos provável”. Dessa forma, faz-se necessário observar como as trajetórias sociais e as interações das pessoas são construídas para entender como várias pessoas, mesmo submetidas num mesmo contexto social de vulnerabilidade, respondem de forma diferente à exposição (ao HIV, por exemplo).

Certamente, ao trabalharem com a noção de trajetória social, contextos, interações e identidade, estes autores rompem também com a noção de individualidade *versus* coletividade colocada pelos autores norte-americanos na proposição das categorias individual e social. Ao

invés de opor o individual ao coletivo, os autores adotam uma visão do sujeito que privilegia a construção social das identidades, através das interconexões entre trajetórias, interações e contextos sociais. Desse modo, nem os indivíduos, nem os contextos sociais são substantivados como realidades fechadas em si mesmas. Ao romper com uma visão essencialista da identidade e da vulnerabilidade, os autores procuram analisar como os indivíduos e grupos lidam com contextos e trajetórias sociais em interações situadas socialmente, salientando nessa análise tanto os processos de significação quanto de determinação aí presentes. Dessa forma, o contexto não aparece como uma realidade externa ao indivíduo, que determina objetivamente sua ação. Nem tampouco o indivíduo restringe-se a uma ilha de subjetividade, alheia aos limites contextuais.

Apesar da proposta brasileira de análise operacional do conceito de vulnerabilidade ter avançado para a perspectiva dos direitos humanos e das intersubjetividades, a operacionalização prática das categorias analíticas (vulnerabilidade individual, social e programática), principalmente a divisão entre individual e social, é dificultada pela complexidade das relações humanas estabelecidas na prática cotidiana da sociedade. Mesmo assim, ressaltamos os atuais esforços de deslocamento das três categorias (individual, social e programático) para serem entendidas a partir de um plano intersubjetivo (PAIVA, 2013).

Por outro lado, ainda que reconheçamos vários ganhos da proposta de Delor e Hubert (2000), percebemos que ela não enfatiza a dimensão programática e dos direitos humanos na construção do processo de vulnerabilidade, tal como proposta pelos norte-americanos e brasileiros, ficando diluída na perspectiva apontada como o “contexto social”. Este é um limite importante, pois a resposta brasileira à epidemia de aids demonstrou ao mundo a importância de se dar relevância a dimensão programática (PAIVA, 2013).

Talvez, valha a pena ressaltar, no contexto da crítica às diversas abordagens, que o postulado de que as trajetórias são compartilhadas socialmente na interação com o outro se aproxima com o deslocamento da noção de vulnerabilidade individual e social para o olhar das intersubjetividades, realizado pelo trabalho da escola brasileira. Nesse sentido, a vulnerabilidade seria melhor avaliada não através de uma lente “individual” e “social”, mas a partir de uma perspectiva intersubjetiva e programática, dando ênfase às cenas cotidianas em que ocorrem as interações entre os sujeitos (PAIVA, 2012), tal como aquela postulada pela escola brasileira.

A complexidade envolvida na epidemia de aids deixou claro que não existe um único caminho para explicar os determinantes e os desdobramentos do processo de saúde-doença-

cuidado. A epidemia fez emergir questões importantes no sentido de mostrar que o processo de saúde-doença é mediado por variados determinantes e condicionantes, que vão das intersubjetividades até aos aspectos relacionados à sociedade como um todo. Nesse sentido, pode-se afirmar que não existe um agente agressor em si que seja responsável pela produção da doença, mas diversos agentes que dependem do ambiente cultural e sociopolítico, bem como do contexto intersubjetivo, e que interagem entre si para produzi-la (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012).

Finalmente, acreditamos que o conceito da vulnerabilidade oferece subsídios palpáveis para a compreensão da complexidade dos diversos fatores envolvidos no processo de saúde-doença-cuidado, pois oportuniza a integração de vários métodos e de conhecimentos de áreas distintas, como, por exemplo, a epidemiologia, sociologia, antropologia, direito, planejamento e gestão, ciência política etc., para a compreensão de um determinado objeto, a doença ou o agravo em estudo. Nesse contexto, faz-se necessário compreender a dinâmica desta epidemia à luz do conceito de vulnerabilidade, com vistas a entender a exposição de indivíduos e/ou grupos à infecção pelo HIV.

No presente estudo, queremos pensar a relação entre estigma e infecção pelo HIV entre travestis e mulheres transexuais numa perspectiva de vulnerabilidade, e não apenas a partir do risco probabilístico (ou da chance). Embora este seja um conceito muito importante neste estudo *etnoepidemiológico* – não iremos descartá-lo, muito pelo contrário –, queremos entender a complexidade, as intersubjetividades e as questões estruturais que estão em torno da vulnerabilidade desta população ao HIV, e que não são redutíveis a uma medida de associação epidemiológica. Talvez, seja um exercício de interpretação diferenciada dessas medidas. Desse modo, na próxima seção iremos contextualizar alguns pontos da vulnerabilidade de TrMT ao HIV/aids que estão relatados na literatura.

3.3.1 A vulnerabilidade ao HIV/aids na população de TrMT

O Departamento Nacional de IST, Aids e hepatites virais criou um Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de aids e das DST entre Gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e Travestis (BRASIL, 2007). E neste documento, observa-se que são escassos os dados epidemiológicos sobre estas populações. E, tendo em vista esta realidade, definiram-se alguns objetivos, sendo alguns deles os seguintes: a produção de conhecimentos sobre a

representatividade das travestis e transexuais na população brasileira, a participação na epidemia de aids, os contextos de vulnerabilidade social e econômica, e a descrição das práticas frente às DSTs. Apesar dos esforços empreendidos desde 2007, ainda são poucos dados epidemiológicos produzidos sobre a magnitude do HIV entre as TrMT do país.

É no âmbito da organização política e institucionalizada do movimento TrMT brasileiro, que as queixas de travestis e transexuais se transformam em demandas direcionadas às diferentes Secretarias e Ministérios do Governo. Essa postura politizada do movimento TrMT no Brasil começa a ter visibilidade e legitimidade com o advento da aids na década de 80. Porém, a inserção desse segmento na agenda de saúde do governo federal tem se dado quase unicamente dentro das ações de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/aids, acontecendo o que Pelúcio (2007) chama de “SIDAdanização” das travestis e transexuais. Ou seja, é por meio das ações de prevenção das IST/aids que esse segmento entra nos serviços e práticas de saúde. Reconhecemos a pertinência desta crítica e sabemos que as necessidades de saúde da população TrMT é diversa e vai muito além do contexto da epidemia de HIV/aids. Entretanto, como observaremos a seguir, o HIV/aids ainda afeta de maneira desproporcional as TrMT.

As pesquisas epidemiológicas demonstram que entre as populações-chave para a epidemia, as maiores prevalências de infecção por HIV encontram-se na população de mulheres transgênero. Os dados destes estudos indicam a desproporcionalidade com que a epidemia tem afetado esta população, indicando, portanto, a urgência de novas investigações sobre os determinantes da vulnerabilidade ao HIV/aids e de intervenções de saúde no que diz respeito à prevenção, tratamento e disponibilização de serviços de saúde, sobretudo no que tange ao enfrentamento do estigma e da discriminação social (BARAL et al., 2013).

Uma revisão sistemática sobre a prevalência de HIV entre mulheres americanas transgênero e os seus comportamentos de risco para a infecção encontrou um total de 29 estudos realizados entre 1990 e 2003. Destes, foram identificadas 22 pesquisas que aferiram especificamente a prevalência de HIV nesta população e, através de meta-análise, estimou-se prevalência geral em torno de 27,7% (HERBST et al., 2008). Outra meta-análise mais recente conduzida por Baral *et al.* (2013) estimou prevalência um pouco menor nesse país: 21,7% .

Alguns estudos realizados na América Latina apontam para taxas de prevalência ainda maiores. Na Argentina, pesquisa com 273 mulheres transexuais identificou que 34,1% delas eram soropositivas para o HIV, (FARÍAS *et al.*, 2011). No Uruguai, dois estudos recentes estimam prevalências de HIV também altas: Russi *et al.* (2003), em estudo com 200

mulheres transgênero, encontrou prevalência de 21,5%, enquanto que Viñoles et al. (2005), em estudo com 60 pessoas trans, observou prevalência de 10%. Corroborando as estimativas citadas, o estudo meta-analítico destacado acima (BARAL et al., 2013) estimou uma prevalência na Argentina e no Uruguai, respectivamente, de 33,5% e 18,8%, e no Brasil a estimativa foi de 33,1%.

Na década de 1990, muito antes do lançamento do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis, em São Paulo, foram realizados dois estudos transversais para identificar a prevalência de HIV nesta população. A primeira publicação encontrada data de 1996, e trata-se de um estudo que analisou a prevalência de HIV entre 82 travestis aprisionadas numa casa de detenção e seus fatores de risco associados. Neste estudo, encontrou-se uma prevalência de 78% de HIV (VARELLA et al., 1996). Outro estudo, realizado na região metropolitana de São Paulo, a partir de uma amostra de conveniência de 432 travestis profissionais do sexo, recrutadas entre 1992 e 1998, encontrou uma prevalência de 40% de HIV na população investigada (GRANDI et al., 2000).

Após o plano de enfrentamento, algumas pesquisas foram realizadas no Sul e Sudeste brasileiros. No Rio Grande do Sul, recente estudo realizado a partir de uma amostra de 284 transexuais recrutadas a partir de um serviço específico do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, estimou uma prevalência de infecção pelo HIV de 25% (COSTA et al., 2015). No Rio de Janeiro, a partir de amostra RDS de 345 mulheres transexuais, foi estimada uma prevalência de 31,2%. Neste estudo, os seguintes fatores foram associados à infecção pelo HIV: ser negra, ter identidade de gênero travesti ou mulher transexual, história de sexo comercial e uso de cocaína (GRINSZTEJN et al., 2017).

No nordeste brasileiro, identificamos dois estudos nos anos 2000: um realizado através do recrutamento de 110 travestis, entre 2008 e 2009 em Recife e região metropolitana, através de amostragem conduzida pelo participante (*Respondent Sampling Driving* - RDS), identificou uma prevalência autorreferida de 12,7% (SOUSA; FERREIRA; DE SA, 2013); enquanto outra pesquisa, realizada em Fortaleza em 2008, a partir de uma amostra RDS de 304 travestis, observou uma prevalência autorreferida de 12% (MARTINS et al., 2013). Podemos observar que a prevalência das duas cidades é muito semelhante, porém temos que considerar a limitação da informação autorreferida, que pode subestimar as estimativas.

Desse modo, observamos que a literatura internacional e nacional tem evidenciado a desproporcionalidade da distribuição do vírus na população de mulheres transgênero. Nesse sentido, alguns caminhos explicativos têm sido oferecidos para melhorar o entendimento a

respeito desta problemática, dentre as quais, iremos apontar a seguir.

O risco de travestis e mulheres transexuais de serem infectadas pelo HIV pode ser compreendido por meio de quatro principais caminhos elucidativos: biológico, epidemiológico, comportamental e social. O caminho de explicação biológico tem por base a prática sexual anal (BARAL et al., 2013), uma vez que esta prática possui maior probabilidade de infecção pelo HIV, quando realizada sem proteção (BAGGALEY; WHITE; BOILY, 2010). Em adição à compreensão biológica, uma das indicações epidemiológicas é que nos países onde se identifica alta prevalência de HIV entre as mulheres transgênero ocorre simultaneamente uma epidemia também desproporcional entre os HSH, os quais são comumente seus parceiros sexuais em potencial (BARAL et al., 2013). Desse modo, o sexo desprotegido das mulheres transgênero com parceiros sexuais seria um fator proximal de risco para o HIV (POTEAT et al., 2014), levando em consideração os dois primeiros caminhos explicativos.

No entanto, apesar de auxiliar a compreensão, os dois caminhos destacados acima não conseguem sozinhos elucidar integralmente a problemática apresentada. Os argumentos epidemiológicos e biológicos não bastam para explicar o porquê de muitas TrMT não utilizarem o preservativo (ou o utilizarem de forma inconsistente) em suas relações sexuais. Muitas vezes, estes comportamentos arriscados são postos em prática mesmo com o devido conhecimento, por parte das TrMT, de que o uso constante do preservativo pode reduzir o risco de infecção pelo HIV e outras IST a quase zero.

Desse modo, muitos estudos comportamentais têm sido publicados e têm mostrado que as mulheres transgênero se engajam em diversos comportamentos sexuais de risco para o HIV, como, por exemplo, a prática de sexo comercial (CLEMENTS-NOLLE; GUZMAN; HARRIS, 2008; GUADAMUZ *et al.*, 2011; HERBST *et al.*, 2008; NEMOTO *et al.*, 1999; RUSSI *et al.*, 2003; SILVA-SANTISTEBAN *et al.*, 2012; POTEAT *et al.*, 2014) na ausência do uso do preservativo, a múltipla parceria sexual (CLEMENTS-NOLLE *et al.*, 2001; GUADAMUZ *et al.*, 2011; HERBST *et al.*, 2008; NEMOTO *et al.*, 1999; RUSSI *et al.*, 2003), o sexo anal receptivo desprotegido e o uso de substâncias psicoativas (CLEMENTS-NOLLE; GUZMAN; HARRIS, 2008; GUADAMUZ *et al.*, 2011; GRINSZTEJN *et al.*, 2017; HERBST *et al.*, 2008; SILVA-SANTISTEBAN *et al.*, 2012).

A descrição e a análise de comportamentos de risco têm sido vastas na literatura, mas poucas pesquisas estão se debruçando sobre a seguinte pergunta: como as TrMT se engajam em tais comportamentos arriscados? Em quais contextos ocorrem tais comportamentos? Quais

são as barreiras e obstáculos para o uso consistente do preservativo? Não basta somente conhecermos os mecanismos biológicos e comportamentais da vulnerabilidade das TrMT ao HIV sem desvendarmos o que está na raiz dos empreendimentos de risco. Para avançar na discussão, precisaremos de subsídios para a compreensão de aspectos relativos à exclusão social, ao estigma e à performance de gênero das TrMT numa sociedade hegemonicamente machista.

No Brasil, por exemplo, as TrMT enfrentam uma verdadeira ausência de serviços e políticas de saúde eficientes (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010; LIONÇO, 2008) e são marcadas por um intenso contexto de exclusão social e estigmatização, pela falta de oportunidades educacionais e laborais e contínua exposição à violência, tal como pode se observar nos inquéritos epidemiológicos realizados em duas capitais brasileiras. Em Recife, observou-se que a maioria das travestis eram profissionais do sexo (71,8%), provenientes de classes sociais com poucos rendimentos econômicos e que sofriam com uma alta discriminação social e baixo acesso aos serviços de saúde (SOUSA, FERREIRA e SA, 2013); e em Fortaleza, a maioria das travestis entrevistadas possuíam baixa escolaridade, cor de pele parda, sendo que a maioria delas relatou ter sido alvo de violência (MARTINS et al., 2013).

Estudos norte-americanos têm demonstrando que o baixo *status* socioeconômico também pode influenciar desfechos negativos de saúde, como, por exemplo, expor as mulheres transgênero a maiores riscos de infecção pelo HIV. Em São Francisco, pesquisa conduzida com 392 mulheres transgênero, recrutadas a partir de RDS, em 1997, verificou que aquelas com baixa escolaridade e negras tinham maiores chances de infecção pelo HIV do que aquelas com alta escolaridade e não-negras (CLEMENTS-NOLLE et al., 2001). Corroborando com os resultados deste estudo, quase uma década depois, nesta mesma cidade, um estudo realizado com 314 mulheres transgênero, recrutadas também a partir do RDS, verificou que as negras e aquelas que concluíram o ensino médio tinham maiores chances de infecção pelo HIV do que as brancas e aquelas com ensino superior completo (RAPUES et al., 2013).

Além disso, os efeitos da estigmatização, como a violência e a transfobia, têm sido apontadas como elementos estruturantes no processo de vulnerabilidade da população TrMT ao HIV. Muitos estudos apontam que as mulheres transgênero e as TrMT enfrentam intenso processo de estigmatização, por conta da expressão de suas identidades de gênero, em sociedades predominantemente patriarcais e machistas (CARRARA; VIANNA, 2006; KHAN et al., 2009; POTEAT et al., 2014). Na maioria dos países, as mulheres transgênero não

conseguem obter a identificação jurídica adequada à sua identidade de gênero, nem à cirurgia de redesignação sexual (POTEAT et al., 2014), e nem o acesso aos serviços de saúde que promovam o uso adequado de hormônios (DE HAAN et al., 2015).

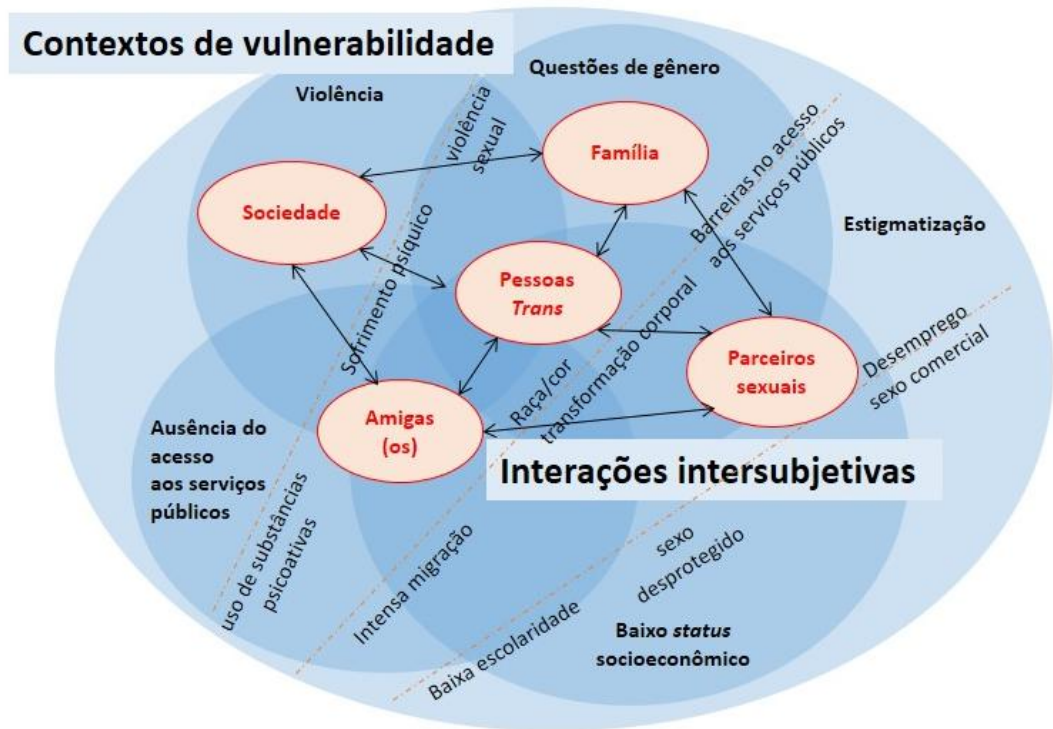
Nesse contexto, o estigma também tem barrado o acesso das pessoas TrMT aos serviços de saúde. Na Argentina, estudo realizado com 452 mulheres transgênero, observou que 40,7% destas mulheres relataram evitar o uso dos serviços de saúde por causa de sua identidade de gênero. Este estudo verificou que fatores relacionados ao processo de estigmatização estavam associados com este fenômeno, como, por exemplo, o relato de ter tido experiência de discriminação no serviço de saúde por parte dos profissionais ou por outros pacientes e ter sido agredida pela polícia (SOCIAS et al., 2014).

Outros estudos têm revelado que as barreiras de acesso estão associadas às atitudes “heteronormativas” impostas pelos próprios profissionais de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2016) que levam muitas vezes as mulheres transgênero a evitarem os serviços de saúde por antecipar a discriminação que possivelmente sofrerá nestes espaços, como, por exemplo, ter seu acesso negado ou não ser chamada pelo nome social pelos profissionais de saúde (POTEAT; GERMAN; KERRIGAN, 2013).

No Brasil, especialmente, estes elementos têm raízes fincadas na sociedade machista, patriarcal e heteronormativa, ainda hegemônica no país (PARKER, 1996), e que têm provocado diversos efeitos nocivos para as travestis e transexuais, como dificuldades na sociabilidade, hostilidade nos espaços educacionais e sociais, exclusão do convívio familiar e dificuldades de ingresso no mercado de trabalho (BRASIL, 2007).

Na Figura 3 encontra-se uma tentativa de organizar a complexidade das relações dos contextos de vulnerabilidade ao HIV/aids. As relações intersubjetivas das TrMT com suas famílias, seus amigos, seus parceiros sexuais e com a sociedade em geral (colegas de trabalho, policiais, professores, etc) estão imersas em contextos específicos de vulnerabilidade, que podem ser sobrepostos entre si, influenciando ou não as oportunidades e as relações intersubjetivas. Estes contextos apresentados ao longo desta seção ainda são pouco discutidos na realidade brasileira, fato que justifica a realização de novas investigações sobre a vulnerabilidade de TrMT ao HIV/aids.

Figura 3 - Contextos de vulnerabilidade de TrMT ao HIV/AIDS.



FONTE: inspirado em Delor e Hubert (2000).

O interesse desta tese é particularmente na relação entre o estigma, a discriminação e a infecção pelo HIV. Como podemos observar na Figura 1, a estigmatização engloba todos os outros contextos interseccionados. Esta proposta é inspirada na discussão conceitual do estigma como causa fundamental das iniquidades de saúde, proposta por Hatzenbuehler, Phelan e Link (2013). Desse modo, na próxima sessão faremos um resgate do conceito de estigma, desde Goffman até os debates atuais acerca da aplicação do conceito na saúde pública.

3.4 Estigma: novas e velhas reflexões

Na última década, a produção científica sobre o estigma cresceu de maneira exponencial, englobando diversas áreas de investigação, tornando-se mais específica e complexa (PESCOSOLIDO, 2015).

É impossível iniciar uma discussão sobre esta temática sem nos remetermos ao clássico livro de Eving Goffman: *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, publicado pela primeira vez em 1963 (GOFFMAN, 2013), e que inaugurou um intenso debate em torno do conceito de estigma. Embora tenha sido bastante criticado, a releitura de Goffman pode trazer novas ideias para lançar luz sobre o problema em estudo.

Neste livro, o autor propõe que o termo estigma se refere a um *atributo profundamente depreciativo* de uma pessoa, que é percebido como tal através da interação social. A presença deste *atributo* pode confirmar ou reafirmar a “normalidade” de pessoas ou grupos específicos. O estigma destaca um traço específico do indivíduo e o sujeita à impossibilidade de atenção social para outros atributos seus, imputando-lhes um grande descrédito. Para o autor, um atributo em si mesmo não é nem honroso nem desonroso, pois ele só é percebido como tal quando as pessoas se relacionam entre si. O estigma seria, portanto, “um tipo especial de relação entre o atributo e o estereótipo” (GOFFMAN, 2013, p. 13). Apesar disso, Goffman ressalta que existem, ainda assim, alguns atributos que, por si mesmos, levam ao descrédito em quase toda a sociedade.

A partir da teorização de Goffman, podemos destacar duas características importantes do conceito de estigma. Primeiramente, o estigma é profundamente relacional, pois depende da interação entre as pessoas, ou seja, o *atributo* só é percebido como *depreciativo* quando a pessoa estigmatizada é identificada como tal por outras. Portanto, não é apenas a presença do *atributo* que determinaria o processo de estigmatização, mas a sua integração com processo de estereotipia. A segunda característica que podemos identificar na formulação inicial do autor é que o processo de estigmatização envolve relações de poder entre pessoas e grupos ao salientar diferenças que confirmam um padrão de normalidade de alguns grupos.

Nunes (2009) observa que a contribuição de Goffman para os estudos da saúde foi significativa e assinala que o ponto fundamental de Goffman no estudo acerca do estigma é estabelecer a relação do estigma com o desvio da norma. Os atributos considerados “*normais*”

e aqueles ditos “*depreciativos*” são estabelecidos socialmente, numa tentativa de categorização e formação de grupos sociais. As pessoas que possuem um estigma são tratadas como alguém não completamente humano, fato que justificaria os atos de humilhação e discriminação. Estes atos poderiam tanto reduzir as chances de vida da pessoa estigmatizada, quanto até mesmo excluí-la do convívio entre os ditos “normais” (GOFFMAN, 2013).

O conjunto de características que é imputado ao sujeito por meio da sociedade é chamado de *identidade social virtual*, enquanto o conjunto de qualidades que ele realmente possui é denominado de *identidade social real*. A partir da identidade social virtual são utilizados termos específicos de estigma, como fonte de metáfora e de representação, como, por exemplo, “ajeitado”, “bastardo”, “aidético” etc., com o objetivo de marcar e promover a exclusão desses sujeitos do convívio social e de inferir outras “imperfeições” a partir da “imperfeição original”. Além disso, o autor propõe a distinção entre três diferentes tipos de estigmas, o primeiro estaria relacionados às abominações do corpo, o segundo às culpas de caráter individual e o terceiro aos estigmas mais tribais de raça, nação e religião (GOFFMAN, 2013).

Inspirados nesta perspectiva teórica, o campo disciplinar que mais concentrou os estudos sobre o estigma foi a psicologia social (LINK; PHELAN, 2001; PARKER, 2012). A grande maioria dos estudos realizados, com a utilização deste conceito, focou em algumas doenças, tais como as doenças mentais e o HIV/aids. Nesse sentido, a epidemia de aids alavancou a produção de novos estudos sobre a temática em 1980, abordando principalmente os efeitos do estigma sobre as pessoas que vivem com HIV ou que possuem mais risco de serem infectadas (PARKER, 2012).

No que diz respeito ao estigma e saúde pública, Monteiro et al. (2013) identificam na literatura internacional duas principais tradições de pesquisa sobre o tema. A primeira é a abordagem individual, que tem se centrado principalmente nos efeitos do estigma experimentado por pessoas com condições incomuns associadas a doenças ou incapacidades, tais como doença mental e HIV/aids. A segunda é a abordagem sociológica, que analisa o impacto do estigma para a saúde de grupos sociais com comportamentos considerados desviantes ou identidades não hegemônicas, mediante processos de exploração e dominação decorrentes de hierarquias sociais relativas à cor/raça, gênero, sexualidade e classe social.

Hatzenbuehler, Phelan e Link (2013), a partir de revisão de literatura, abordam o estigma como uma causa fundamental de iniquidades em saúde. Eles identificam que são raros os estudos que abordam o estigma como preditor de múltiplos desfechos, com exceção

dos estudos de raça e etnicidade. Geralmente os estudos analisam o estigma como preditor de apenas um desfecho, o que abre brechas para se pensar a estigmatização apenas como um dos fatores, entre muitos outros, envolvidos na vulnerabilidade, enfraquecendo a argumentação em favor da causa fundamental. Entretanto, os autores contra-argumentam que o estigma pode afetar não somente uma dimensão da vida, mas muitas outras, tais como emprego, renda, moradia, educação, cuidado à saúde, e outras, como demonstrado empiricamente pelos estudos sobre o racismo nos EUA.

Os autores acima produzem uma argumentação consistente sobre o fato de o estigma ser considerado uma causa fundamental de iniquidades em saúde. Segundo eles, o estigma preenche todos os critérios teóricos para tal inferência. A literatura acumulada sobre o estigma fundamenta este argumento com base na evidência de que o estigma representa um fator que provoca prejuízos e deficiências em diversas dimensões da vida de pessoas, estando associado a vários desfechos de saúde e outros, tais como moradia, emprego, renda, relações sociais, respostas psicológicas e comportamentais, etc. Outro argumento utilizado pelos autores é que a estigmatização afeta grande parte da população em geral, inibindo o acesso de pessoas a múltiplos recursos – estruturais, interpessoais e psicológicos – que poderiam ser usados para evitar ou minimizar desfechos negativos à saúde – como no caso de doenças. Além disso, o estigma possui mecanismos específicos que garantem a produção e reprodução de iniquidades de saúde nas populações. A diferença de poder é inerente ao estigma e cria obstáculos substantivos para a redução de disparidades em saúde (HATZENBUEHLER; PHELAN; LINK, 2013).

Hatzenbuehler, Phelan e Link (2013) ainda discutem a importância do estigma para a reprodução e manutenção das iniquidades em saúde ao apresentar diversos estudos que analisam a maneira como o estigma afeta a saúde da população norte-americana, destacando o caso do racismo e das doenças mentais. Os autores argumentam que os grupos dominantes agem de maneira dinâmica, utilizando diversos mecanismos e estratégias para manter as pessoas estigmatizadas para baixo. Os mecanismos de estigmatização que não se mantêm ao longo do tempo vão se alterando para responder às novas demandas da contemporaneidade. Um exemplo claro da alteração dos mecanismos citados é a discriminação contra a população negra nos EUA: o processo de estigmatização, através da discriminação, evoluiu desde a escravidão do passado, passando pela lei Jim Crow e o terror da Ku Klux Klan, até chegar nas formas mais discretas e sutis do racismo nos dias atuais da sociedade norte-americana. Além disso, os autores apresentam exemplos de como intervenções estruturais, através de leis

para combater o estigma, conseguiram mudar o perfil de saúde-doença e morte desta população negra americana. Desse modo, a discussão sobre o estigma tem cada vez mais ganhado espaço no campo da Saúde Pública mundial como uma causa fundamental de desfechos negativos na saúde das pessoas.

Como iremos observar, o estigma não tem uma teoria singular bem unificada e consensual (PHELAN et al., 2014), e a explicação para a diversidade de definições do conceito está no fato de que ele é aplicado em diferentes circunstâncias, por meio de pesquisas multidisciplinares, utilizando diferentes quadros teóricos de referência, que produzem diferentes conceptualizações (LINK; PHELAN, 2001).

Pescosolido (2015), em revisão da literatura sobre a produção científica a respeito do conceito de estigma na última década, esclarece alguns termos usados no escopo das diversas pesquisas empreendidas, distinguindo o estigma da estigmatização, do rótulo, do estereótipo, do preconceito e da discriminação. O estigma seria um profundo atributo de descrédito, uma “marca” ou “identidade desvalorizada socialmente”, enquanto a estigmatização estaria relacionada a um processo social embutido nas relações sociais, que produz desvalorização através de rótulos e estereótipos. O rótulo seria um termo sancionado oficialmente e aplicado a condições, indivíduos, grupos, lugares, organizações, instituições ou outras entidades sociais, enquanto o estereótipo estaria relacionado a atitudes e crenças negativas direcionadas às entidades sociais rotuladas. O preconceito seria um endossamento de crenças e atitudes negativas relacionadas ao estereótipo, enquanto a discriminação seria comportamentos, ou seja, ações direcionadas ao endossamento e reforço dos estereótipos para trazer desvantagem às pessoas rotuladas.

Além disso, os autores acima acrescentam a distinção de diferentes características do estigma (físico, de caráter, de *status*, desacreditáveis, desacreditados, mutável, fixo) e os tipos de variantes que têm sido estudadas (experencial ou orientados para ação). O estigma pode ser analisado através da investigação acerca da experiência da pessoa estigmatizada (estigma percebido, antecipado, recebido) ou da pessoa que estigmatiza (estigma endossado, realizado); também pode ser analisado diretamente na orientação da ação de pessoas, instituições e/ou sociedade que produz estigmatização (estigma público, estrutural, estigma de cortesia, estigma por profissionais de assistência) ou na ação das pessoas que recebem o estigma (auto-estigma) (Tabela 1).

Tabela 1 – Construção teórica da pesquisa realizada sobre o estigma

Características do Estigma	
Físico	Relacionado ao corpo, p. e.: deficiência física
Caráter	Indicando “fraqueza” moral, p. e.: doenças mentais, criminosos
Status	Posição na sociedade, geralmente atribuída a características, p. e.: raça/etnicidade
Desacreditados	Imediatamente evidente, p. e.: marcas que são visíveis
Desacreditáveis	Não são imediatamente percebidas, p. e.: marcas que são escamoteadas
Mutável	Sujeita a tentativa direta de mudança pelo indivíduo ou grupo
Fixo	Sujeita a tentativa de mudança somente pela transformação dos significados sociais atribuídos à “marca”
Variantes	
Experiencial	
Percebido	Crença de que “a maioria das pessoas” vai desvalorizar e discriminar a pessoa estigmatizada
Endossado	Expressão de concordância com os estereótipos, preconceito e discriminação
Antecipado	Expectativas sobre experiências de preconceito e discriminação entre pessoas estigmatizadas
Recebido	Comportamentos evidentes de rejeição e experiências de desvalorização de interações sociais negativas
Realizado (enacted)	Comportamentos de tratamento diferencial pelas pessoas que estigmatizam
Orientado para ação	
Auto-estigma	Aceitação internalizada de preconceito e estereótipos
Estigma de cortesia (courtesy stigma)	Estereótipos, preconceito e discriminação pela associação com grupos marcados
Estigma público	Estereótipos, preconceito e discriminação endossados pela população em geral
Estigma por profissionais (provider-based stigma)	Preconceito e discriminação explícito ou não explícito, conscientemente ou inconscientemente, por grupos profissionais designados à prover assistência à grupos estigmatizados
Estigma estrutural	Preconceito e discriminação por meio de políticas, leis e práticas institucionais; também chamado de estigma institucionalizado

FONTE: PESCOSOLIDO, 2015 - tradução livre.

A utilização conceitual da perspectiva goffmaniana, por meio de outros autores,

durante as décadas que se seguiram desde a publicação do trabalho *Estigma*, foi amplamente debatido e criticado por Parker e Aggleton (2003). O argumento destes autores é que geralmente os trabalhos sobre estigma, que vieram após Goffman, estiveram calcados em análises demasiadamente individuais. O foco central destas pesquisas esteve voltado para as percepções de indivíduos sobre o estigma e suas consequências nas interações sociais. Assim, grande parte dos estudos lançou mais luz sobre os estereótipos em si do que sobre as condições estruturais que produzem a exclusão social e econômica de populações.

Nesse sentido, vale ressaltar também a proposição de Link e Phelan (2001), que, diferente de Goffman, preferem usar a palavra “rótulo” ao invés de “atributo”, ou mesmo “condição” ou “marca”, pois estas palavras estão muito mais relacionadas às características específicas das pessoas estigmatizadas. A palavra “rótulo” expressaria melhor a ideia de construção social do estigma, tendo como foco principal o contexto e as pessoas que rotulam, ou seja, os aspectos estruturais que produzem o estigma, enquanto o “atributo” está mais relacionado ao indivíduo.

Segundo Link e Phelan (2001), o estigma existe quando os seguintes quatro componentes inter-relacionados convergem. O primeiro deles se refere ao fato de que as pessoas distinguem e rotulam as diferenças humanas através de uma substancial simplificação das diferenças, como se não houvesse uma gradação entre as diversas categorias. Nesse sentido, geralmente o dualismo entre as categorias prevalece: gay/hetero, negro/branco etc. Uma importante característica deste componente é que os atributos considerados proeminentes diferem drasticamente de acordo com o tempo e o lugar. O segundo componente envolve a associação das diferenças humanas – que são rotuladas – com características negativas, a conexão entre estas duas propriedades conforma o que os autores denominam de estereótipo. O terceiro componente do estigma ocorre quando os rótulos sociais promovem a separação entre duas categorias de pessoas: “nós” e “eles”.

A rotulagem, estereotipagem e a separação de grupos em categorias, processos destacados acima, promovem discriminação e baixo *status* social, fazendo com que os grupos estigmatizados estejam em desvantagem no que diz respeito ao acesso à renda, educação, saúde, moradia, bem estar psicológico etc, ou seja, provocam desfechos negativos. Os autores acima salientam que este seria o quarto componente do processo de estigmatização, que é pouco destacado nas definições de estigma oferecidas pela literatura. A estigmatização limita inteiramente o acesso ao poder político, econômico e social, permitindo a discriminação, exclusão e rejeição das pessoas rotuladas. Os autores propõem, portanto, que o termo estigma

pode ser aplicado quando os elementos de rotulagem, estereotípias, separação, baixo *status* e discriminação ocorrerem simultaneamente em situações de poder que permitem os componentes acima do estigma se desenvolverem.

Considerando o corpo de críticas ao conceito de estigma já tecidas acima, Parker e Aggleton (2003) também propõem um outro quadro teórico-conceitual para compreensão da estigmatização e da discriminação, através do qual estes fenômenos são entendidos como processos sociais mediados por noções de poder e dominação. Eles resgatam o trabalho de Foucault para lançar luz sobre a relação do estigma com a exclusão, como podemos observar:

Enquanto o trabalho de Goffman com o estigma dificilmente menciona a noção de poder, a obra de Foucault sobre o poder parece estar totalmente despreocupada com o estigma em si, quando as duas obras são lidas em conjunto, elas oferecem um argumento convincente para o papel da estigmatização culturalmente construída como central para o estabelecimento e a manutenção da ordem social (PARKER; AGGLETON, 2003, p. 17, tradução livre).

Além do conceito foucaultiano de poder, os autores utilizam o conceito de violência simbólica⁷ cunhado por Bourdieu e de hegemonia⁸ proposto por Gramsci para entender o processo de dominação de certos estratos sociais. Assim, chegam à conclusão de que o estigma e a discriminação operam não somente em relação à diferença, como apontado em Goffman e Foucault, mas em relação às iniquidades sócio-estruturais. Os conceitos de violência simbólica e hegemonia são usados para explicar como e porque os sujeitos, submetidos ao estigma e à discriminação, aceitam e internalizam a violência sofrida. Dessa maneira, é possível observar que o estigma e a discriminação são implementados concretamente por atores sociais no cotidiano dos espaços sociais, com a finalidade de legitimação do status de dominação daqueles que estão em uma posição de hegemonia.

⁷ Para Bourdieu, a violência simbólica seria a “violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento (...) A violência simbólica não se processa senão através de um ato de conhecimento e de desconhecimento prático, ato este que se efetiva aquém da consciência e da vontade e que confere seu “poder hipnótico” a todas as suas manifestações, injunções, sugestões, seduções, ameaças, censuras, ordens ou chamadas à ordem. Mas uma relação de dominação que só funciona por meio dessa cumplicidade de tendências depende, profundamente, para sua perpetuação ou para sua transformação, da perpetuação ou da transformação das estruturas de que tais disposições são resultantes (particularmente da estrutura de um mercado de bens simbólicos cuja lei fundamental é que as mulheres nele são tratadas como objetos que circulam de baixo para cima)” (BOURDIEU, 2003, p. 7-8; 54-55).

⁸ “Em Gramsci, portanto, o conceito hegemonia é apresentado em toda sua plenitude, isto é, como uma ação que atinge não apenas a estrutura econômica e a organização política da sociedade, mas também age sobre o modo de pensar, de conhecer e sobre as orientações ideológicas e culturais. É neste sentido que as relações hegemônicas são pedagógicas e como a realização da tarefa pedagógica implica a compreensão das contradições para transformá-las em uma concepção do mundo unitária e coerente, as relações pedagógicas são igualmente hegemônicas” (LEITE; SCHLESENER, 2007, p. 3833).

Nesse sentido, a estigmatização envolveria tanto o processo de marcação das diferenças entre categorias de pessoas, quanto a inserção deste processo em sistemas ou estruturas de poder. Desta maneira, o estigma não é entendido apenas como uma expressão individual ou mesmo consequência de valores culturais, mas constitui-se como um fenômeno central na manutenção da ordem social, isto é, o estigma tem um papel chave na produção e reprodução de relações de poder e controle. Este processo faz com que alguns grupos sintam-se desvalorizados e outros, por sua vez, de alguma maneira, superiores.

Portanto, o novo quadro teórico proposto sobre estigmatização e discriminação envolveria a compreensão acerca das interseções entre cultura, poder e diferença, a partir da dimensão da exclusão social. Os autores entendem a estigmatização como um processo social ligado à competição por poder, à legitimação da hierarquia e à produção e reprodução das iniquidades estruturais. Este quadro teórico amplia o conceito e estende o entendimento sobre como as forças sociais, culturais, políticas e econômicas podem estruturar a estigmatização e, por sua vez, criar e reforçar a exclusão em diferentes contextos.

Muitos autores têm se debruçado sobre o problema do estigma estrutural, porém ainda existe uma grande lacuna na literatura que precisa ser preenchida. Nesse sentido, Hatzenbuehler e Link (2014) enfatizam a necessidade de se avançar na conceptualização e mensuração do estigma enquanto um fenômeno social com raízes nas estruturas sociais. Estes autores definem o estigma estrutural como condições do nível social mais amplo, normas culturais e políticas institucionais que constroem as oportunidades, recursos e bem estar de pessoas estigmatizadas. Os autores chamam atenção para a intensa interação entre o nível microsocial, o *locus* das relações interpessoais, e o nível macroestrutural. As estruturas referidas não seriam unidirecionais e estáticas, mas sim moldadas pelas interações interpessoais e pelos fatores individuais.

A estigmatização toma forma em contextos específicos da cultura e do poder, isto é, o estigma tem história e, portanto, deve ser pensado desta forma. É importante entender como o estigma é usado para produzir e reproduzir iniquidades sociais. A compreensão da história do estigma e de suas consequências para os indivíduos e comunidades afetadas pode nos ajudar a desenvolver melhor medidas para combatê-lo ou reduzir os seus efeitos (PARKER; AGGLETON, 2003).

Adicionalmente, Phelan *et al.* (2014) abrem uma grande discussão sobre as relações entre os conceitos de estigma e *status* social, que pode nos ajudar a lançar luz sobre aspectos importantes da vulnerabilidade TrMT ao HIV/aids. Estes autores propõem a aplicabilidade da

Status Characteristics Theory (SCT) para o problema do estigma e saúde.

Os primeiros autores citados como precursores da SCT são Berger, Fisek, Norman e Zelditch (1977) *apud* Phelan *et al.* (2014). A teoria tem como foco central as características que são determinantes das desigualdades sociais e que são decorrentes do nível macrossocial de estratificação social, tais como o *status* socioeconômico, raça e gênero. Além disso, o corpo teórico também tenta compreender como as hierarquias baseadas no *status* social (gênero, raça, educação, etc) e como as iniquidades decorrentes desta diferenciação são criadas e mantidas através das interações sociais no nível microssocial.

A SCT relata como as características de indivíduos, bem como o que se espera dele, são classificadas de uma maneira positiva ou negativa numa hierarquia de *status* social. Um *status* é definido como uma característica de um ator que tem dois ou mais estados que são avaliados diferencialmente em termos de honra, estima e caráter. Cada *status* é associado com expectativas de distintas performances. Um exemplo claro é o gênero, podemos observar que na sociedade contemporânea os homens ainda possuem um maior *status* na hierarquia social do que as mulheres.

Os autores discutem diversos paralelos entre o *status* e o estigma, o que revela paralelos estreitos entre processos de estigmatização e de classificação por meio do *status* social, que contribuem para a sistemática estratificação por grandes agrupamentos sociais. Essas interseções conceituais destacam o fato de que o estigma não seria apenas um processo interpessoal ou intrapessoal, mas também um processo estrutural (HATZENBUEHLER; LINK, 2014).

Phelan *et al.* (2014) discutem as semelhanças e diferenças entre o conceito de *status* da SCT e de estigma. Segundo eles, ambas as perspectivas teóricas descrevem os processos sociais de diferenciação através das interações interpessoais travadas no cotidiano. Os rótulos gerados por ambos processos produzem *expectativas* – por exemplo, as expectativas das pessoas a respeito de indivíduos estigmatizados são diferentes daquelas ditas “normais”, fato que produz distanciamento social entre os dois grupos – e estas são suficientes para produzir desfechos iníquos entre os grupos.

O papel da normalidade é relatado como uma das principais diferenças entre as duas perspectivas teóricas. Este papel difere de maneira contundente. Quando as comparações entre pessoas são realizadas tendo o *status* como referência, o que é analisado são as diferenças de posições nos níveis hierárquicos na sociedade, não implicando, necessariamente, em uma significativa descrença na essência humana do outro. Entretanto, quando se aborda o estigma,

as comparações realizadas são balizadas pela perspectiva da normalidade e anormalidade, e aqueles que possuem um determinado estigma são considerados “anormais”, ou, como diria Goffman, sujeitos não considerados completamente humanos.

A presença de uma característica estigmatizada geralmente causa tensões nas interações sociais, levando as pessoas consideradas “normais” ao desconforto e ao embaraço diante das estigmatizadas. Estas são excluídas do convívio social dos “normais” para manter distante as características “anormais” do estigmatizado. Este processo ocorre também por conta do medo dos “normais” de serem associados com as pessoas estigmatizadas. Todo este processo relatado geralmente não acontece no caso das diferenças percebidas através do *status*. Através deste processo as pessoas não são completamente excluídas do convívio social, mas possuem sua posição bem localizada no fluxograma da hierarquia social. O processo de categorização através do *status* envolve uma diferenciação das pessoas ao longo de uma dimensão hierárquica vertical, enquanto estigma envolve, além de baixo *status*, a rejeição social generalizada.

Nesse sentido, o estigma é conceituado por Pescosolido (2015) como um conceito multidimensional. O autor utiliza o exemplo do estigma público para destrinchar sete dimensões do conceito: a *distância social*, motivada por um desejo de distanciamento de pessoas com condições desacreditadas e/ou que tenham um *status* estigmatizado; o *preconceito tradicional*, traduzido por julgamentos preconceituosos desfavoráveis às pessoas estigmatizadas; os *sentimentos de exclusão* com o objetivo de proibir as pessoas estigmatizadas de participar de papéis sociais de maior envergadura; os *efeitos negativos*, que dizem respeito à antecipação de reações emocionais desagradáveis como uma consequência do contato direto com uma pessoa estigmatizada; *tratamento de transferência*, que é a crença de que as pessoas que recebem tratamento psicológico ou médico por conta de uma condição estigmatizada reduz o *status* desses indivíduos na comunidade; a *divulgação de transferência*, que diz respeito ao reconhecimento de que ter uma condição ou *status* desacreditado geraria respostas negativas de membros da comunidade em geral; a *percepção de periculosidade*, que se refere ao medo da comunidade em geral de que as pessoas com condições desacreditadas podem ser mais violentas ou ter comportamentos ameaçadores.

O autor supracitado também destaca a complexidade existente na natureza e nos efeitos do estigma, que envolve um conjunto de estruturas, sistemas heterogêneos inter-relacionados, desde o indivíduo até a sociedade, e os processos, desde o nível molecular até o geográfico e histórico, que constroem rótulos e traduzem as diferenças em marcas sociais.

Portanto, poderíamos propor uma síntese das ideias trazidas pelos autores ao longo desta revisão através da proposição de três dimensões analíticas do processo de estigmatização: 1) dimensão do poder, que ocorre através da separação entre níveis hierárquicos de categorização de grupos dominantes hegemônicos e grupos desprezados; 2) dimensão da rotulagem baseada na diferenciação, que produz estereótipos com base na simplificação das dessemelhanças; 3) produção de iniquidades sociais, exclusão social e violência através da discriminação e do baixo *status* das pessoas estigmatizadas na hierarquia social, que barram o acesso destes sujeitos aos recursos disponíveis.

Hatzenbuehler e Link (2014) propõem que o estigma pode ser analisado, levando-se em consideração três níveis explicativos: nível intrapessoal (questões psicológicas, como o auto-estigma), interpessoal (a discriminação pessoa-a-pessoa) e estrutural (nível de políticas estatais que podem promover diretamente a exclusão social). Entretanto, tal como fizemos para o conceito de vulnerabilidade, temos que expressar nossa crítica a esta separação, que, na nossa concepção, é meramente didática, na medida em que essas dimensões são inseparáveis na experiência das práticas dos sujeitos em seus cotidianos.

3.4.1 O estigma e a vulnerabilidade de TrMT ao HIV

A experiência de travestis e mulheres transexuais em sociedades hegemonicamente machistas e heteronormativas, torna-se emblemática para a relação entre o conceito de estigma e de *status*. Por exemplo, o fato de ser “homem” ou “mulher” não implica necessariamente numa “anormalidade”, mas enfatiza diferenças marcantes de *status* na hierarquia social. O que dizer então de uma pessoa que não se adapta ao padrão binário “homem” e “mulher”? Ou melhor, o que dizer de uma pessoa com genitália “masculina” que possui uma performance corporal, aparência e vestimentas completamente “femininas”? A psiquiatria tem rotulado a pessoa TrMT com o diagnóstico de Disforia de Gênero, enquanto as pessoas em geral produzem outros tipos de rótulos. Mas o que talvez exista em comum em todo este processo de rotulagem seja o fato de que a perspectiva da “anormalidade” prevalece. A transexualidade ou a travestilidade são muitas vezes vistas como uma marca que afeta a essência de humanidade de quem a porta. Neste caso, podemos observar um papel significativo tanto da diferença de *status* – na dimensão racial, de gênero e socioeconômica – quanto da estigmatização, dada pela condição da diferença.

A experiência travesti e transexual não é fácil, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países pobres e naqueles em desenvolvimento. Estudo etnográfico realizado em Bangladesh descreve o processo de exclusão social vivenciados pelas *hijra* (nome dado às mulheres transgênero naquela região). Os autores mostram que desde cedo as mulheres transgênero são humilhadas na escola por professores, que às vezes as violentam sexualmente, e rejeitadas pelos colegas de classe por serem “*maigyapola*” (“garotos efeminados”). Este processo desencoraja a continuação dessas pessoas no processo educacional, diminuindo, portanto, as futuras oportunidades no mercado de trabalho. Além disso, as *hijra* geralmente são excluídas do círculo social familiar e, com pouco apoio social e sem emprego, engajam-se no sexo comercial para lutarem pela sobrevivência (KHAN et al., 2009).

O processo de estigmatização pode restringir as oportunidades de acesso à educação e ao mercado de trabalho formal, gerando exclusão social, marginalização e baixo status socioeconômico. A falta de oportunidades muitas vezes influencia a entrada das mulheres transgênero no contexto do serviço sexual nas ruas das cidades (HERBST *et al.*, 2008; POTEAT *et al.*, 2014).

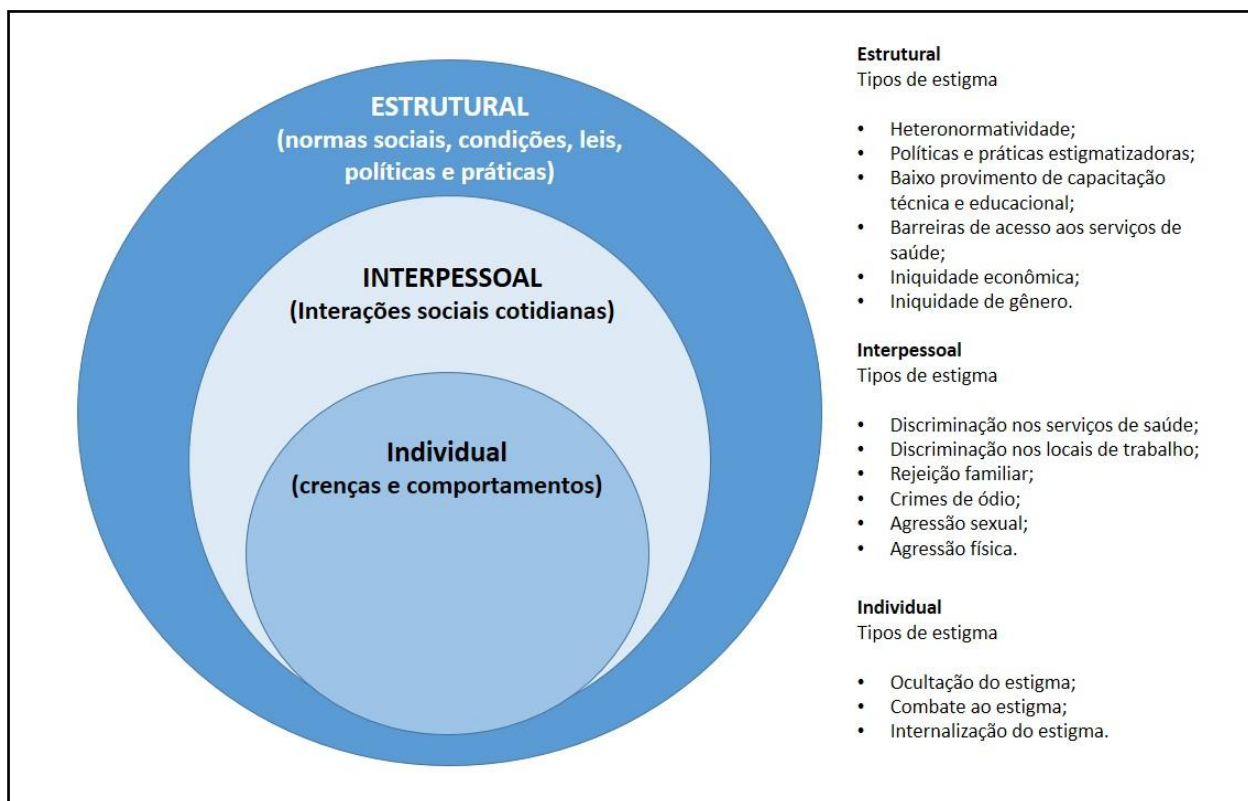
Os níveis explicativos do processo de estigmatização, propostos por Hatzenbuehler e Link (2014), foram sintetizados por White Hughto, Reisner e Pachankis (2015) em um quadro teórico para a compreensão do fenômeno do estigma entre as pessoas transgênero (Figura 4). As autoras sintetizam este fenômeno em níveis e meios pelos quais ele é experimentado: estrutural, interpessoal e individual. O nível estrutural trata das normas sociais, leis institucionais e práticas que podem limitar os recursos, as oportunidades e o bem-estar das pessoas estigmatizadas. Neste nível, esta população enfrenta principalmente a medicalização das expressões de gênero que não estão em conformidade com o padrão binário, que reforça a percepção da transexualidade como um desvio social; a ausência de políticas de acesso aos serviços de saúde, restringindo, por exemplo, o acesso ao uso seguro de hormônios e silicone, do ponto de vista biomédico; a violência simbólica através de dispositivos de leis, políticas e costumes culturais (WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015).

As normas e crenças sociais do nível estrutural muitas vezes se traduzem em efeitos relacionais do estigma, que podem produzir efeitos negativos na vida das pessoas transgênero, como, por exemplo, os já apresentados desfechos danosos para a saúde mental e sexual. Este campo relacional é chamado pelas autoras de “nível interpessoal” e é composto principalmente pelos atos de violência por conta da não conformidade de gênero. Os principais agressores relatados na literatura são os homens *cisgêneros*, geralmente por

sentirem que sua masculinidade e seu poder estão de alguma maneira ameaçados. Os membros familiares das pessoas transgênero também são relatados como perpetradores de violência, abandono e rejeição. Além disso, muitos profissionais de saúde são responsáveis por maus tratos a estas pessoas nos serviços em saúde, impondo barreiras importantes às pessoas transgênero ao cuidado em saúde (WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015).

O contexto estrutural e as interações relacionais afetam sobremaneira o nível individual. As experiências de estigmatização podem afetar psicologicamente as pessoas transgênero no que diz respeito à adoção de comportamentos de risco para a saúde, a produção de desfechos negativos na saúde mental, como depressão e ansiedade, e também os desfechos na saúde física, como aqueles decorrentes da violência física e do estresse psicossomático. Estas experiências podem também impedir a busca das pessoas transgênero por cuidados e serviços de saúde, principalmente em decorrência do medo da discriminação. Adicionalmente, a internalização do estigma também pode impactar na habilidade de enfrentamento dos indivíduos aos estressores externos e diminuir a habilidade de resiliência frente a eventos negativos (WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015).

Figura 4 - Modelo sócio-ecológico do estigma relacionados às pessoas transgênero



FONTE: WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015.

A estigmatização também pode ser prejudicial para saúde mental das pessoas transgênero. Estudos internacionais têm mostrado que elas enfrentam um grande isolamento social, agravado pelo medo da rejeição e pelo desconforto ou insegurança vivenciada nos espaços públicos, produzindo altos níveis de depressão e suicídio. Além disso, elas convivem com os abusos físicos e sexuais na idade adulta por conta da homofobia e transfobia, e com a violência dentro de casa por seus parceiros sexuais (HERBST et al., 2008). Nesse sentido, estudo transversal conduzido em São Francisco nos EUA mostrou que 62% das mulheres transgênero entrevistadas tinham depressão e 32% já tentaram suicídio (CLEMENTS-NOLLE et al., 2001).

Além disso, os autores verificaram que a discriminação baseada no gênero foi independentemente associada à tentativa de suicídio entre as mulheres transgênero investigadas (OR: 2,39) (CLEMENTS-NOLLE; MARX; KATZ, 2006). Corroborando estes achados, estudo longitudinal realizado entre 2004 e 2007, que acompanhou 230 mulheres transgênero em Nova Iorque, estimou uma prevalência de depressão de 54,7% e 52,4% entre as mais jovens e as mais velhas, respectivamente (NUTTBROCK et al., 2010). O estudo também verificou que as mulheres transgênero que sofreram recentemente discriminação baseada no gênero estavam três vezes mais em risco de ter sintomas de depressão do que aquelas que não sofreram discriminação (risco relativo :3,01).

A relação entre saúde mental e risco para a infecção pelo HIV/aids tem sido progressivamente documentada. Estudo já citado verificou que, entre as mulheres transgênero com baixa autoestima, a chance de usar de forma inconsistente o preservativo durante o sexo anal receptivo no sexo comercial aumentou cerca de três vezes mais do que aquelas com boa autoestima (CLEMENTS-NOLLE; GUZMAN; HARRIS, 2008). Também, estudo realizado em Nova Iorque, já citado, produziu fortes evidências de que a discriminação baseada no gênero, entre as jovens transgênero, aumentava o risco de depressão e de comportamentos sexuais arriscados, os quais, por sua vez, elevavam a probabilidade de infecção por HIV e outras IST (NUTTBROCK *et al.*, 2013).

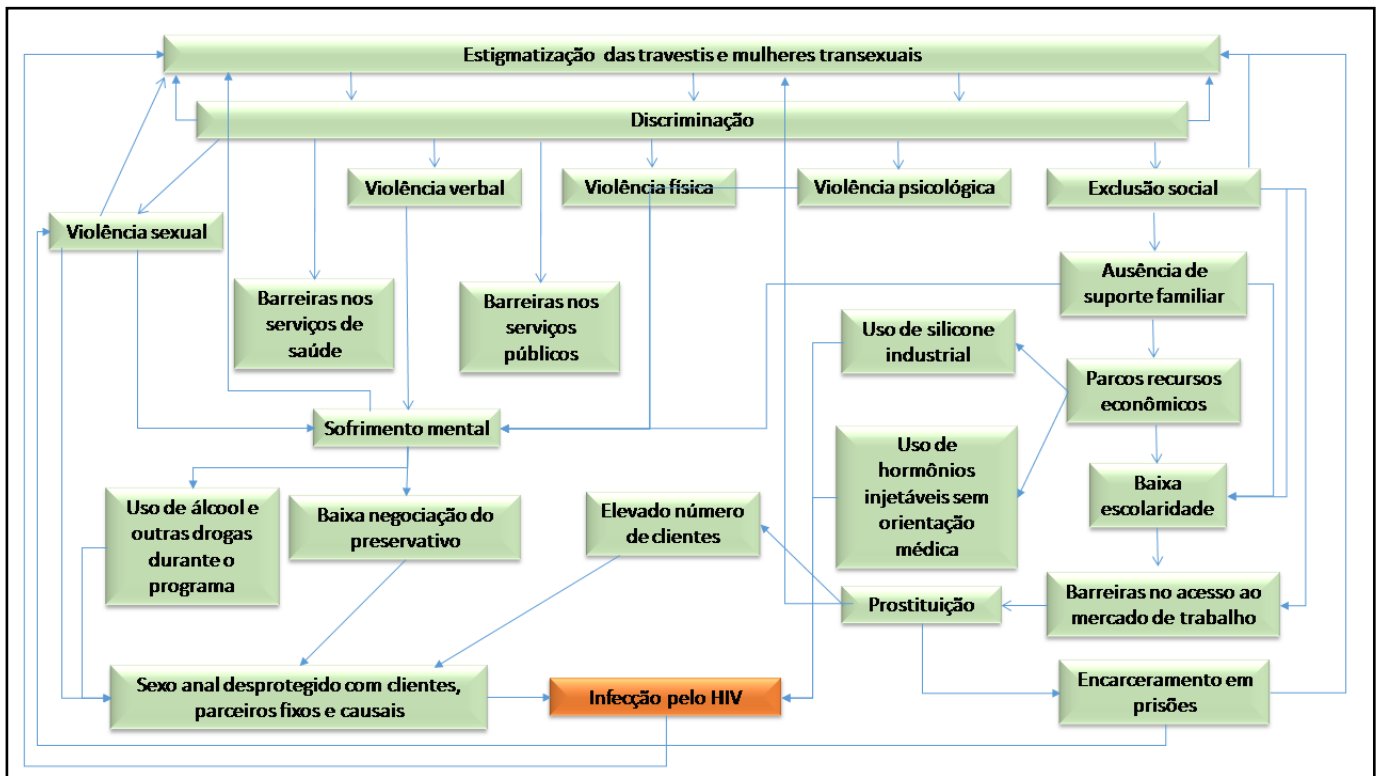
O uso de substâncias psicoativas também está muito relacionado aos comportamentos de risco para infecção pelo HIV. As mulheres transgênero que usavam crack e cocaína em São Francisco, em 1997, tinham uma chance duas vezes maior de usar o preservativo de maneira inconsistente durante o sexo anal do que aquelas que não as usavam (OR: 2,59) (CLEMENTS-NOLLE; GUZMAN; HARRIS, 2008). E, adicionalmente, aquelas que usavam drogas injetáveis tinham uma chance cerca de duas vezes maior também de serem

infectadas pelo HIV (OR: 2,69) (CLEMENTS-NOLLE et al., 2001), estimativa que aumentou em uma década depois (OR: 7,30) (RAPUES et al., 2013).

Outro estudo, realizado na América Latina, reforça os estudos acima, mostrando também a associação entre o uso de substâncias psicoativas e a infecção pelo HIV entre mulheres transgênero. Em Montevideo, no Uruguai, pesquisa verificou forte associação da história de uso de drogas com a infecção pelo HIV (OR: 3,54) (RUSSI et al., 2003).

Nesse contexto, podemos propor um quadro teórico sobre a relação entre o estigma e a infecção pelo HIV (Figura 5). A estigmatização de mulheres transgênero pode produzir discriminação, que se materializa através da exclusão social e das mais variadas formas de violência (sexual, verbal, física, psicológica). Estes efeitos do estigma podem estar relacionados com desfechos psiquiátricos (como ansiedade e depressão) e uso de substâncias psicoativas, que já foram associados na literatura com a infecção pelo HIV ou com comportamentos de risco. Além disso, a exclusão social pode estar relacionada com a baixa escolaridade e com as barreiras no acesso ao mercado de trabalho, que, por sua vez, podem influenciar a entrada dessas pessoas no mercado sexual e a adoção de comportamentos arriscados, como, por exemplo, o uso de substâncias injetáveis sem orientações médicas e o sexo anal desprotegido com parceiros sexuais fixos, casuais ou clientes. Ressaltamos que os processos de estigmatização podem ser retroalimentados pelos seus efeitos, como, por exemplo, uma TrMT que passa a viver com o HIV precisa enfrentar um novo estigma: o estigma relacionado ao HIV/aids; uma TrMT que é excluída do acesso à educação, ao trabalho e aos recursos financeiros sofrerá com o estigma da pobreza; uma TrMT que faz prostituição sofrerá com o estigma relacionado à sua profissão, e assim por diante. Este parece ser o ciclo vicioso do processo de estigmatização. Todavia, veremos a seguir que este processo produz vetores de resistência das TrMT que lutam para modificar a correlação de forças produzidas pelo estigma.

Figura 5 - Modelo teórico sobre a relação entre estigma, discriminação e infecção pelo HIV.



Apesar da intensidade da vulnerabilidade que descrevemos acima, as TrMT vêm se organizado politicamente, lutando e conquistado importantes direitos no Brasil. Uma conquista importante do movimento TrMT foi a introdução na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006), do direito ao uso do nome social, seja nos serviços especializados já existentes que acolhem travestis e transexuais, seja em quaisquer outros serviços dispostos na rede de saúde pública. Mesmo com a publicação deste documento, que preconiza “o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde”, o acesso de TrMT continua sendo encarado com desgastes e constrangimentos sempre que as mesmas precisam desse serviço.

Entretanto, como registrado em algumas etnografias, se no plano legislativo houve evolução na elaboração e publicação de documentos que asseguram os direitos à saúde desse segmento social, no cotidiano das travestis e transexuais, esse direito não se concretiza. Rocha *et al.*(2009), por exemplo, constatou a discriminação sofrida por TrMT nos serviços de saúde. Os autores, com base nos relatos das informantes, localizam essa discriminação quando os profissionais de saúde, deliberadamente, não utilizam o nome social para se dirigirem às mesmas, na sala de espera da unidade de saúde.

A partir da pressão dos movimentos sociais também foram criadas algumas políticas,

planos e projetos específicos para esta população. A Política Nacional de Saúde Integral da População de LGBTT, lançada em 2010, reconhece também que “são frequentes as notícias divulgadas na imprensa sobre a morte de travestis devido à aplicação de silicone industrial, utilizados para promover as mudanças para a feminilização do corpo”. E confirma a não existência de estudos sobre essa problemática e assume que o “dimensionamento do problema justifica a necessidade de definir e praticar protocolos clínicos para os serviços do SUS” (BRASIL, 2013), justificando, portanto, a relevância da nossa investigação tanto para a população de TrMT quanto para o SUS.

4 METODOLOGIA

4.1 Descrição do inquérito

Os dados empíricos que sustentam a tese proposta foram produzidos a partir do projeto intitulado “Vulnerabilidade ao HIV/aids, sífilis e hepatites virais na população de travestis e transexuais e seus modos de vida em Salvador-Bahia” – Estudo PopTrans, coordenado pelos professores Inês Dourado (ISC/UFBA) e Luís Augusto Vasconcelos da Silva (IHAC/UFBA) (DOURADO et al., 2016). O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Parecer nº 225.943 de 21 de março de 2013) (ANEXO A). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), para as menores de 18 anos. Além disso, foi respeitada a dignidade e autonomia das participantes, assegurando sua vontade de permanecer, ou não, na pesquisa, além da garantia que todos os danos previsíveis foram evitados.

4.2 População e desenho do estudo

A população do estudo é composta de pessoas que se autodeclaram TrMT. Os critérios de inclusão foram os seguintes: residir em Salvador-Ba ou região metropolitana e ter idade superior a 15 anos. O desenho do estudo é transversal, que é caracterizado por gerar dados sobre a descrição do processo de saúde-doença num determinado corte no tempo, ou seja, as informações são obtidas no momento das entrevistas e na realização dos testes para HIV, sífilis e hepatites virais (SANTANA; CUNHA, 2011).

4.3 Processo amostral

O acesso à população foi realizado inicialmente através da interação dos/as pesquisadores/as com os movimentos sociais das TrMT desta cidade, bem como através de contatos realizados em áreas de sociabilidade cotidiana delas. O processo de recrutamento desta população foi realizado por meio da técnica denominada *Respondent Driven Sampling* (RDS), que é uma ferramenta metodológica utilizada para amostragem de populações consideradas de “difícil acesso”. Esta ferramenta traz um diferencial em relação às antigas

técnicas de bola de neve: a possibilidade de monitoramento da rede amostrada, permitindo um processo amostral mais aleatorizado do que a amostragem de conveniência tradicional.

Neste método, elaborado inicialmente por Heckathorn (1997), o primeiro passo para construção da amostra é a escolha de pessoas de forma não aleatória pelos pesquisadores, que são denominadas de *sementes* (o número de *sementes* pode variar de acordo com o processo de “*germinação*”). Esta escolha deve levar em consideração a potencialidade de uma *semente* formar uma ampla rede de possíveis contatos, além de incluir os vários segmentos da população de estudo, em termos sociodemográficos e em relação a variáveis de interesse da pesquisa. As pessoas convidadas inicialmente são compelidas a recrutarem mais três pessoas cada uma, formando-se a primeira “onda”, e assim por diante até que se obtenha o número amostral estimado. Trata-se de uma amostra de uma rede de contatos sociais. Neste método, espera-se que as pessoas recrutadas nas últimas ondas não tenham relação com as primeiras, garantindo, portanto, a escolha aleatória dos indivíduos que comporão a amostra (HECKATHORN, 1997).

4.4 Trabalho de campo

4.4.1 Aproximações com as TrMT em Salvador

A viabilização inicial do trabalho de campo se deu também por meio de mapeamento das TrMT que vivem na cidade de Salvador em 2013-2014. O primeiro passo dessa aproximação foi através do contato com TrMT do movimento social e/ou conhecidas da equipe do projeto, para saber qual a melhor forma de comunicação com elas. Em seguida, iniciamos um mapeamento através: 1) das redes sociais online, nosso “campo virtual”; 2) de eventos LGBT, como as paradas gays que aconteceram ao longo do ano nos bairros, sobretudo nas chamadas “periferias” da cidade; 3) das manifestações/protestos organizados pelos movimentos sociais em defesa de direitos desta população; 4) da solicitação de contatos (telefones ou e-mails) das TrMT que foram encontradas em diferentes locais da cidade pelos componentes da equipe; 5) e, finalmente, de contatos potenciais indicados por outras pessoas (colegas, comerciantes, alunos da universidade, pesquisadores, etc).

Para viabilizar e facilitar os contatos, utilizamos sempre o nome fantasia do projeto – Projeto PopTrans– e um logotipo; além disso, desenvolvemos um perfil no Facebook (www.facebook.com/poptrans), a fim de estabelecer vínculos, informar sobre os objetivos da

pesquisa e apresentar a equipe do projeto. Através das interações online, explicavam-se a forma de participação e o recrutamento no projeto, os dias, o horário e o local de funcionamento. Estas interações foram importantes para conhecer melhor em que medida os produtos e os serviços oferecidos eram passíveis de despertar e mobilizar interesse.

Além disso, desenvolvemos um primeiro instrumento de produção de dados denominado “Roteiro 1-identificação das TrMT e de suas redes de contato” (APÊNDICE C), com informações bem sucintas, como idade, ocupação, lugares que frequentavam, com quantas outras TrMT da cidade mantinham contato, bem como a forma com que se autoidentificavam (se travesti, transexual, etc.) e sobre uso de hormônio e/ou silicone para uma conversa com os contatos realizados no mapeamento. E, por telefone, contatamos 94 TrMT cujas informações produzidas foram organizadas em uma planilha *Excel*®, denominada de: “Planilha de Contatos” (APÊNDICE D). Novamente, a dificuldade de contato foi observada quando algumas não atendiam ao telefone, forneceram número incorreto, ou ignoravam as mensagens deixadas nas redes sociais.

4.4.2 A seleção das “sementes”

As primeiras aproximações virtuais e pessoais foram importantes para que pudessemos identificar e escolher seis TrMT para dar início ao recrutamento segundo a metodologia RDS, ou seja, as “sementes”. Tal escolha se deu por conta da amplitude da rede de contatos, diversidade social, ocupacional e etária das TrMT selecionadas para “sementes”. Estas sementes iniciaram o recrutamento e suas convidadas formam a primeira onda do recrutamento. Em virtude das dificuldades encontradas por parte das “sementes” em recrutar suas conhecidas, foi necessário incluir novas TrMT com essa função. Ressalta-se que as “sementes” são escolhidas de forma não aleatória, pela equipe de pesquisa, segundo os critérios pré-estabelecidos (diversidade de idade, renda e área geográfica da cidade) na metodologia da pesquisa. Quando se identificam dificuldades de recrutamento, novas sementes podem ser incluídas, como aconteceu no nosso percurso.

A faixa etária das TrMT que iniciaram o processo de recrutamento variou entre 20 e 45 anos de idade. A localização geográfica de suas residências foi diversificada. Entretanto, todas elas residiam em bairros designados “periféricos”, e não se verificou grande variação na renda. Entretanto, chegamos a considerar como semente uma travesti que as próprias TrMT denominam “top” – denominação utilizada para uma travesti dotada de alto capital corporal

(com prótese nos seios, *encarnação* de certo estilo *fitness*, mais próxima aos padrões convencionais de beleza feminina), que faz anúncio de serviços sexuais em sites, e que, desta forma, está protegida da violência a que se expõem aquelas que fazem da rua “vitrine”. Seu capital corporal é revertido em capital econômico: essa travesti possui maior poder aquisitivo que as demais.

É importante destacar que a análise de algumas redes sociais online nos ajudou no processo de escolha de algumas “sementes”. Essa análise ocorreu através de uma “ferramenta” possibilitada pelo Facebook: ao realizarmos o cruzamento de determinados perfis, tivemos acesso à quantidade de “amigos” em comum que as potenciais sementes possuíam entre si. Um dos critérios para escolhermos as sementes foi justamente a popularidade das mesmas, uma vez que isso pode implicar maior possibilidade de mobilização de diferentes redes de contatos para participar do projeto, na medida em que havia “interseções” ou “convergências” nessas redes. Por outro lado, a popularidade na rede virtual não garantiu que uma TrMT candidata à “semente” tivesse uma rede “real ou não-virtual” de amigas/conhecidas que permitisse o recrutamento de uma grande quantidade de pessoas para participar do estudo.

A pesquisa formativa realizada antes do início da produção de dados também foi fundamental para a escolha das “sementes” TrMT, escolha do local de funcionamento do escritório do estudo e para a organização dos detalhes operacionais do trabalho de campo. Esta pesquisa foi realizada por meio de dois grupos focais (GF) realizados com TrMT da cidade de Salvador-BA, com o auxílio de um roteiro (APÊNDICE E) no período de novembro e dezembro de 2013. O primeiro GF foi realizado com 10 lideranças TrMT de movimentos sociais, enquanto o segundo GF foi conduzido com 4 TrMT da comunidade em geral.

O recrutamento desta população na cidade de Salvador não foi uma tarefa desprovida de dificuldades, muito pelo contrário, ficamos muito tempo (dois anos) no trabalho de campo para recrutarmos apenas 127 TrMT. A técnica amostral RDS foi muito difícil para ser entendida pelas participantes do estudo. As lideranças dos movimentos sociais queriam levar muitas TrMT ao mesmo tempo para serem entrevistadas ao mesmo tempo, fato que não ocorreu, pois explicamos diversas vezes a necessidade da construção de cadeiras sucessivas de recrutamento com o objetivo de garantir a heterogeneidade da amostra e menor relação de dependência entre as participantes.

4.4.3 Produção de dados quantitativos

Após a pesquisa formativa, os pesquisadores identificaram e escolheram *sementes* com grande potencial de “germinação”, que receberam três cupons de recrutamento para que elas convidassem três amigas/conhecidas TrMT de sua rede social. Cada cupom possui um número “RDS” que conecta a pessoa recrutadora com a recrutada, este número é gerado por meio de um programa que gerencia automaticamente os cupons. Esta é maneira por meio da qual os pesquisadores podem, ao fim da pesquisa, conhecer detalhadamente a rede de cada uma das pessoas recrutadas.

No início do processo, as convidadas das sementes também receberam três cupons e foram incentivadas a recrutar mais três amigas para participarem da pesquisa. Este processo foi repetido até que o tamanho amostral desejado fosse alcançado. Vale ressaltar que este método prevê dois tipos de incentivos⁹ aos participantes da pesquisa (HECKATHORN, 1997). O incentivo primário diz respeito ao ressarcimento dado ao sujeito da pesquisa pela sua participação, e o incentivo secundário refere-se a outro ressarcimento dado pelo recrutamento de outros pares. Assim, cada indivíduo nesta pesquisa recebeu R\$ 30,00 de tickets alimentação por sua participação na pesquisa e mais R\$ 30,00 de tickets por cada amiga/conhecida TrMT convidada e que participou da pesquisa, relativos aos custos do recrutamento. No final do processo, cada uma poderia ganhar um ressarcimento de no máximo R\$ 120 em tickets alimentação e ajuda de custo para o recrutamento.

As sementes e todas as convidadas recrutadas pelas participantes responderam ao questionário da pesquisa. O questionário coletou informações sobre questões socioeconômicas e demográficas, comportamento sexual, uso de drogas, modificações corporais (como o uso de hormônios e silicone), situações de violência, estigma e aprisionamento e acesso aos serviços de saúde (APÊNDICE F).

As entrevistas foram realizadas no local da pesquisa na cidade de Salvador. Neste espaço, as potenciais participantes entregavam à coordenadora do trabalho de campo o seu cupom/convite e respondiam ainda na recepção a um questionário de elegibilidade. Após serem consideradas elegíveis, as participantes recebiam explicações sobre os objetivos do estudo, os procedimentos, os riscos e os benefícios do engajamento com a pesquisa, depois eram convidadas a assinar o TCLE.

As participantes elegíveis eram conduzidas a uma sala privada para realização da

⁹ Esclareço no tópico dos “aspectos éticos” que o incentivo foi realizado como forma de ressarcimento pelo tempo de trabalho, passagem de ônibus e alimentação das TrMT.

entrevista por um/a entrevistador/a treinado/a especificamente para este fim. Logo após a entrevista, elas eram levadas a uma sala de aconselhamento e laboratório para realização da testagem sorológica para HIV, sífilis, hepatite B e C por profissionais de saúde capacitados, seguindo a Portaria nº 34 de 28/07/05 da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS e as instruções de cada um dos fabricantes (os testes rápidos foram fornecidos pelo Programa Nacional de IST e Aids). O teste para HIV foi repetido se o primeiro desse “reagente”. O aconselhamento pré e pós-teste foi realizado com todas as participantes, e aquelas que tiveram o resultado do teste “reagente” foram encaminhadas aos serviços de saúde. Além disso, a equipe de pesquisa se preocupou em realizar um monitoramento e acompanhamento de algumas TrMT que tiveram dificuldade com o acesso ao serviço de saúde.

Enquanto a participante aguardava o resultado dos testes, a coordenadora de campo lhe entregava o seu ressarcimento, explicava o processo do RDS e fornecia a quantidade pré-estabelecida de cupons. Além disso, as TrMT eram orientadas quanto à necessidade de estratégias preventivas de IST e HIV/aids e recebiam preservativos e gel lubrificante, um lanche e uma pequena bolsa com um “kit beleza”(maquiagem, espelho, esmalte, etc.).

A amostra do PopTrans foi realizada em 8 ondas, começando com 10 TrMT recrutadas na primeira onda, alcançando um pico de 27 recrutadas na quarta onda e terminando com recrutamento de apenas 2 na oitava onda (Figura 6). A maioria das participantes recrutou três pessoas para o estudo (Figura 7). A mediana do tamanho das redes sociais das TrMT foram razoavelmente semelhantes, com alguns *outliers* (Figura 8). A semente número um foi a que mais recrutou participantes, uma longa cadeia com mais de 75 participantes, como podemos observar na Figura 9 e na Figura 10. Estes dados de diagnóstico do processo de recrutamento validam a nossa amostragem.

Figura 6 - Distribuição de pessoas recrutadas por cada onda do Estudo PopTrans, 2014-2015

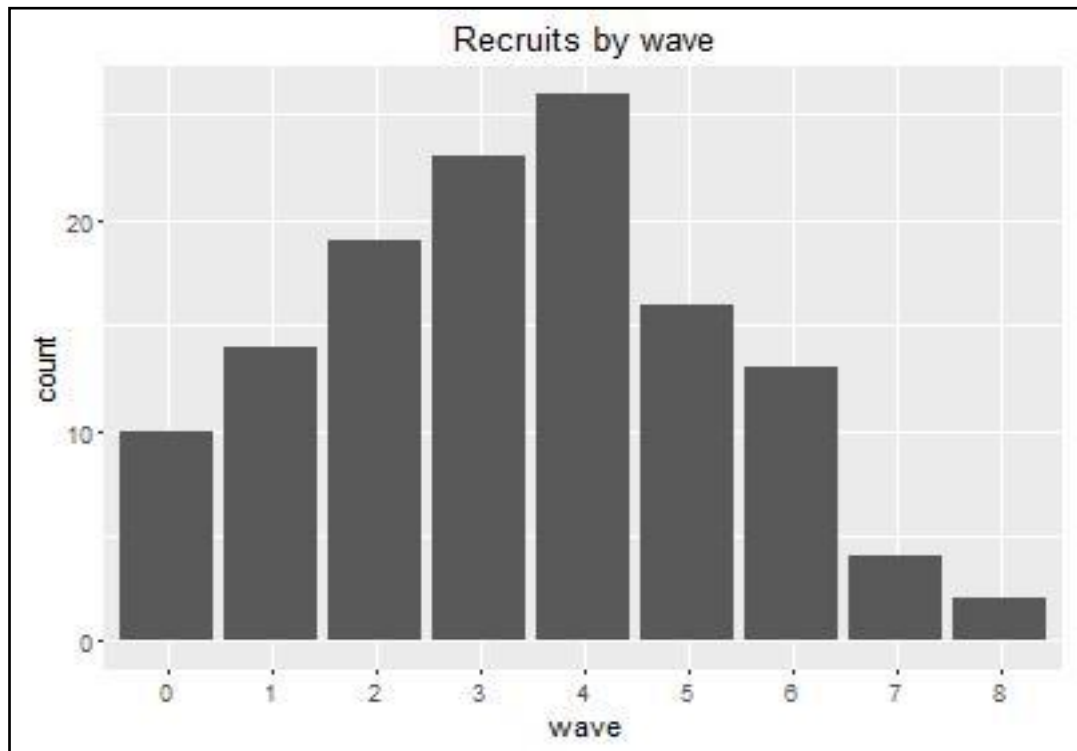


Figura 7 - Distribuição de recrutamentos por pessoas recrutadas por cada onda do Estudo PopTrans, 2014-2015

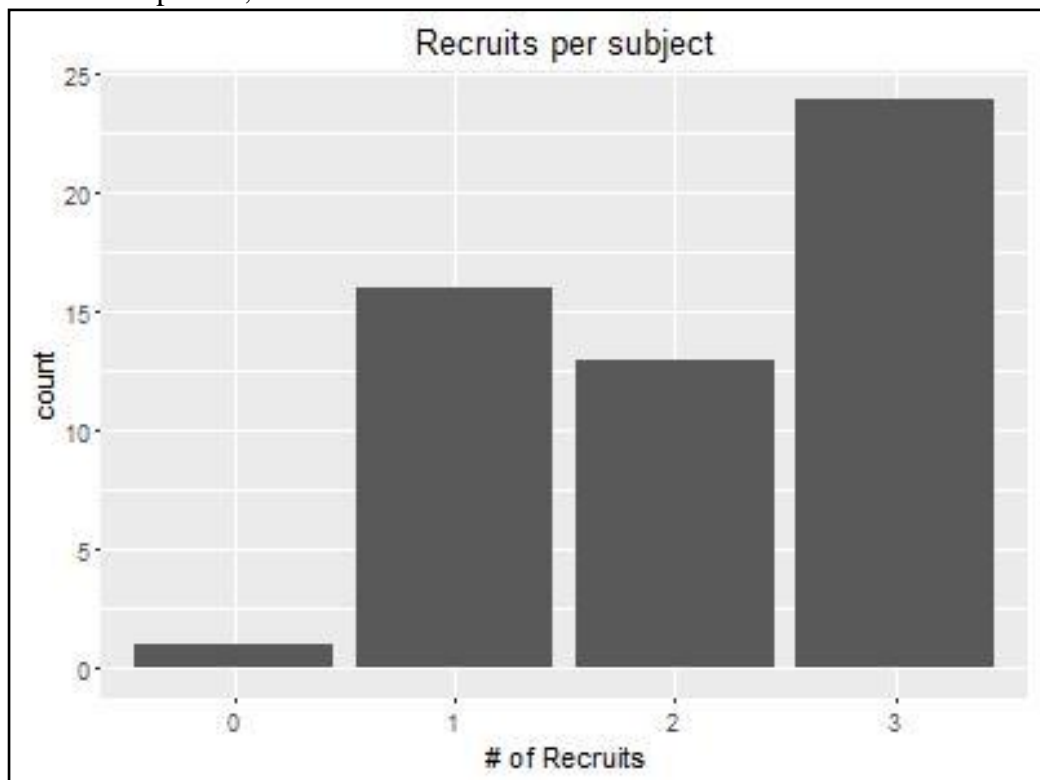


Figura 8 - Distribuição da mediana do tamanho da rede social das TrMT por cada onda do Estudo PopTrans, 2014-2015.

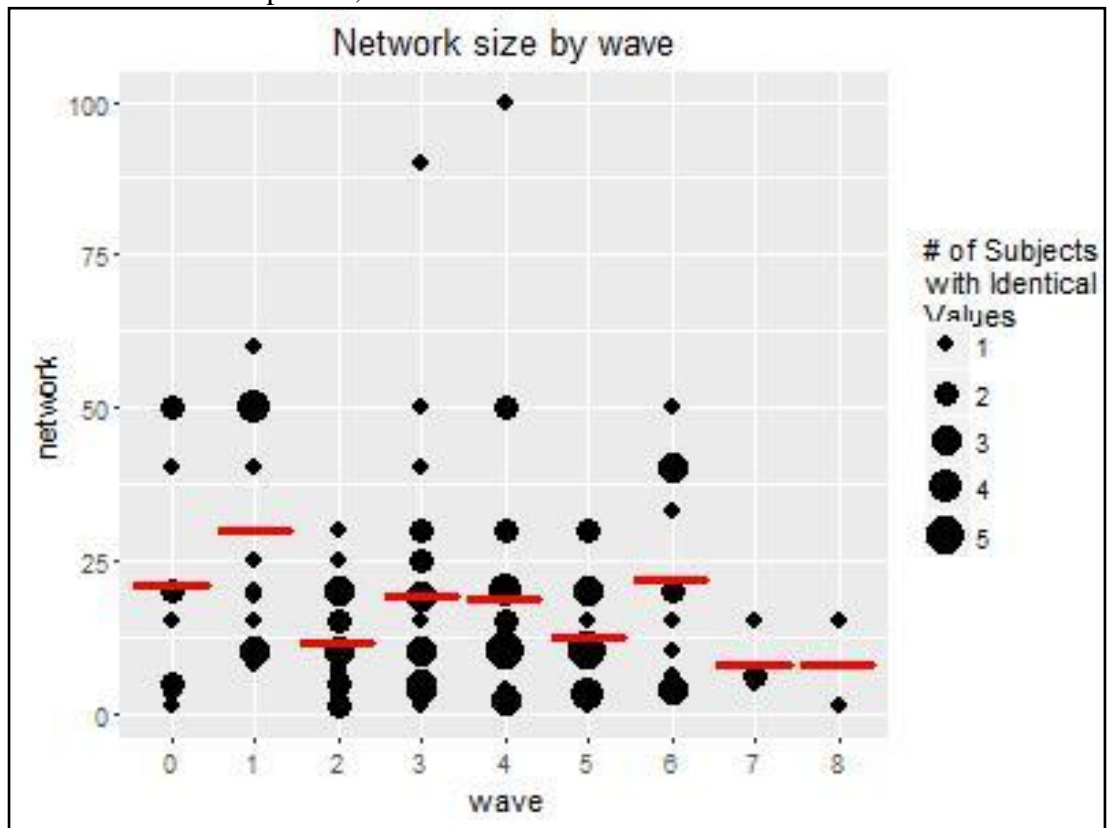


Figura 9 - Distribuição de pessoas recrutadas por cada semente do Estudo PopTrans, 2014-2015.

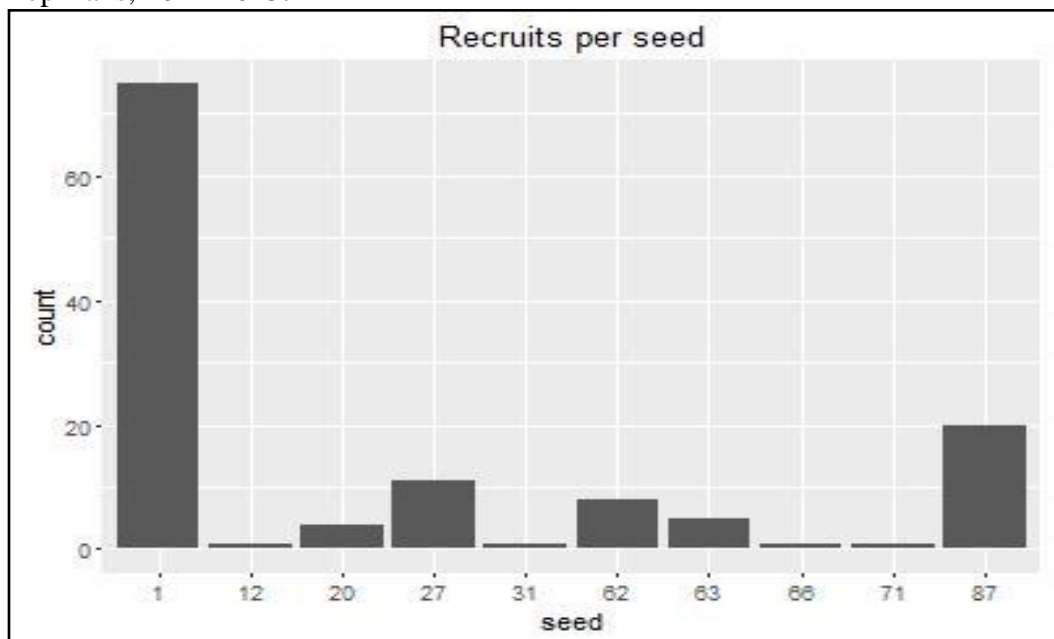
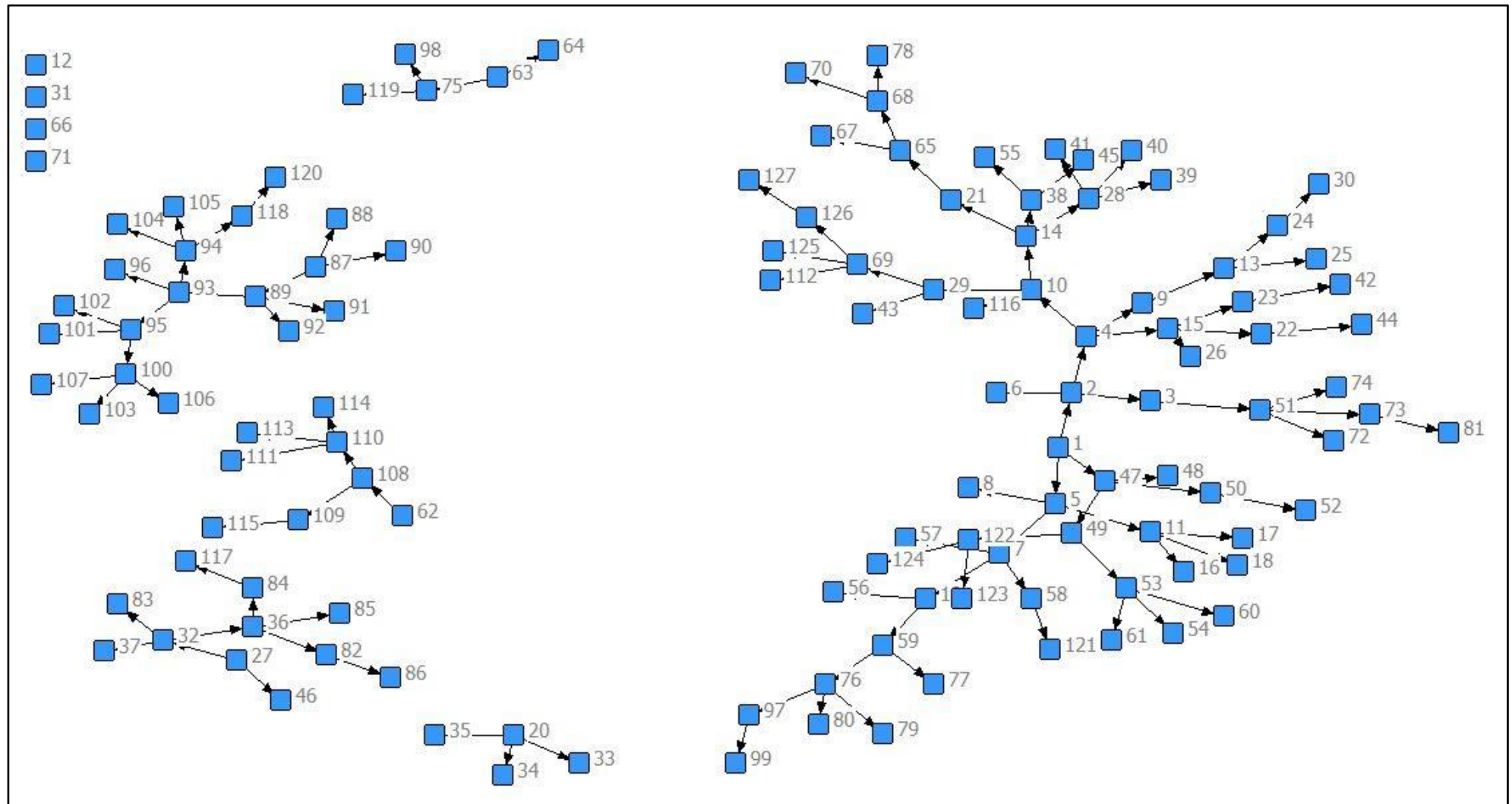


Figura 10 - Rede do Estudo PopTrans, 2014-2015.



4.4.4 Produção de dados qualitativos

A pesquisa qualitativa procura conferir visibilidade e exercitar a reflexividade sobre as relações travadas entre pesquisador e pesquisados. Tal pesquisa pode lançar mão de diversas estratégias de produção de materiais empíricos, na maior parte das vezes, interessadas nos sentidos e significados atribuídos pelas pessoas a objetos e situações presentes em seu cotidiano (DENZIN; LICOLN, 2006).

O método qualitativo é caracterizado pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento visando à compreensão da lógica interna dos grupos ou dos processos em estudo. Dessa forma, a pesquisa qualitativa permite revelar processos sociais insuficientemente conhecidos a respeito de grupos específicos, proporcionando a construção de novas abordagens ou relações com os universos de significado investigados, assim como a revisão e criação de novos conceitos e categorias de análise durante a pesquisa (MINAYO, 2007).

A produção de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade pelas quais os/as entrevistadores/as solicitavam às travestis ou mulheres transexuais que abordassem aspectos de sua história de vida e experiências de suas vivências. Os/as entrevistadores/as eram compelidos pela busca de narrativas das TrMT sobre o cotidiano, através de roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE G), buscando focalizar o processo das modificações corporais, os itinerários do cuidado à saúde e às DST/HIV/aids, as formas de discriminação ou violência vividas no cotidiano, os relacionamentos sócioafetivos, e as expectativas e projetos para o futuro. As entrevistas em profundidade ocorreram simultaneamente durante o processo do inquérito epidemiológico, quando, a partir da indicação da equipe de campo, algumas participantes foram convidadas a produzir suas histórias/narrativas sobre os tópicos supracitados.

O estudo PopTrans partiu de uma reflexão crítica importante sobre a necessidade de maior diálogo da epidemiologia com outros saberes e práticas socioculturais, buscando “focalizar uma prática de pesquisa aberta a novos ‘modelos interpretativos’ do complexo saúde-doença-cuidado, capaz de articular diferentes métodos, estratégias e técnicas de investigação, considerando as indefinições, historicidade e ambiguidades destes fenômenos” (DOURADO *et al.*, 2016, p. 3). Desse modo, a produção dos dados qualitativos na presente análise buscou também inspirar, situar e dar vida às distribuições estatísticas, aos modelos de

regressão, aos modificadores de efeito, às variáveis, enfim, um exercício etnoepidemiológico intenso.

4.5 Considerações sobre a análise dos dados

A análise dos dados quantitativos e qualitativos foi realizada de acordo com a especificidade de cada artigo produzido na seção de resultados. Desse modo, escolhemos limitar a apresentação da análise apenas na seção de metodologia de cada artigo que será apresentado a seguir.

5 RESULTADOS

A comunicação de dados científicos é realizada de diversas maneiras, a forma mais utilizada atualmente pela comunidade científica é a apresentação de artigos para serem avaliados por pares. Desse modo, o Programa de Pós-Graduação do ISC tem incentivado o corpo discente a escrever artigos durante a construção das dissertações de mestrado e teses de doutorado para a rápida divulgação de sua produção. Por isso, optou-se neste trabalho pela apresentação dos dados empíricos através de três artigos que virão a seguir. Desse modo, alertamos ao leitor que alguns trechos da fundamentação teórica e revisão de literatura se repetirão ao longo da introdução e discussão dos três artigos, devido à necessidade de retornarmos a alguns conceitos e argumentos necessários ao encadeamento lógico dos artigos.

A nossa pretensão, ainda que difícil, será apresentar uma articulação lógica entre estes artigos, tendo em vista a defesa da tese que aqui propomos. Os resultados começam através da produção de dados de uma revisão da literatura sobre a relação entre estigma e vulnerabilidade ao HIV/aids. Neste artigo apresentamos o que os estudos têm abordado sobre o estigma na população de mulheres transgênero, travestis e mulheres transexuais e a vulnerabilidade ao HIV/aids. Adicionalmente, fazemos uma reflexão sobre as contribuições do conceito do estigma para a produção de estudos balizados pela perspectiva da vulnerabilidade em saúde.

No artigo seguinte, a pretensão foi esmiuçar o processo de estigmatização através das práticas cotidianas e das histórias de vida das TrMT. Trata-se um estudo qualitativo em que nos perguntamos o porquê do processo de estigmatização se destacar com tanta força na vida dessas pessoas e como ele se manifesta no cotidiano das nossas interlocutoras. E, por fim, apresentamos o artigo que podemos chamar de etnoepidemiológico, pois faz uma articulação e integração de dados epidemiológicos comportamentais com dados qualitativos provenientes das histórias de vida das interlocutoras. Neste artigo, as entrevistas em profundidade guiaram a nossa reflexão desde a escolha das variáveis para os modelos estatísticos até a discussão dos dados. A produção dos três artigos seguiu uma ordem cronológica interessante, que nos permitiu ter importantes *insights* e reflexões sobre os problemas da tese: da revisão e leitura das entrevistas até a análise de dados quantitativos.

5.1 Artigo I – Estigma, discriminação e vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: uma síntese da literatura

Resumo

Introdução: a magnitude do HIV/aids entre mulheres transgênero é muito desproporcional quando comparamos com dados da população geral, e o processo de estigmatização, por conta da expressão de gênero, tem sido comumente associado a uma vulnerabilidade elevada destas mulheres à epidemia. **Objetivo:** descrever e analisar dados dos estudos que abordam a relação entre o estigma e a discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids. **Metodologia:** realizou-se uma revisão da literatura, a partir da seleção de artigos em duas bases de dados: *PubMed* e *LILACS*. Utilizaram-se combinações de palavras-chave para detecção dos artigos. A análise dos dados foi realizada por meio de análise de conteúdo e inspirada pela abordagem teórica dos conceitos de vulnerabilidade e estigma. Os dados foram categorizados de acordo com três dimensões do conceito de estigma: nível intrapessoal, interpessoal e estrutural. **Resultados:** Foram encontrados 33 artigos, publicados no período entre 2004 a 2017 e categorizados nas três dimensões do estigma. Os dados permitem destacar que os efeitos do estigma relacionado à identidade de gênero, como a violência, a discriminação e a transfobia, são elementos estruturantes no processo da vulnerabilidade da população de mulheres transgênero ao HIV. **Conclusão:** os estudos sobre estigma, discriminação e HIV/aids avançam na reflexão sobre a determinação social da transmissão do HIV entre mulheres transgênero por não se restringirem à dimensão dos comportamentos individuais de risco e podem colaborar para o entendimento das complexas relações existentes entre fatores do estigma estrutural, interpessoal e individual, responsáveis pela intensificação da vulnerabilidade ao HIV/aids.

Palavras-chave: estigma; discriminação; HIV/aids; vulnerabilidade em saúde; mulheres transgênero.

Abstract

Introduction: The rate of HIV/AIDS among transgender women is very disproportionate when compared to rates from the general population. Stigma due to the gender expression has been associated with high vulnerability to HIV/AIDS among transgender women. **Objective:** to describe and analyze data from published studies that address the association between stigma and discrimination due to gender identity and the vulnerability of transgender women to HIV/AIDS. **Methodology:** a review of the literature was conducted using key words in *PubMed* and *LILACS*. Content analysis was carried out according to the concepts of stigma and vulnerability. And reports were categorized according to three dimensions of stigma: intrapersonal, interpersonal, and structural. **Results:** 33 articles published between 2004 and 2017, categorized in the three dimensions of stigma, were included in the review, revealing that the effects of stigma due to gender identity, such as violence, discrimination and transphobia, are structuring elements in the process of vulnerability of transgender women to HIV. **Conclusion:** studies on stigma, discrimination and HIV/AIDS may advance the importance of social determinants of HIV transmission among transgender and can contribute to the understanding of the complex relationships between structural, interpersonal and individual factors that contributes to the vulnerability of HIV/AIDS.

Key-words: stigma; discrimination; HIV/AIDS; health vulnerability; transgender women.

Introdução

A magnitude do HIV/aids entre mulheres transgênero é muito desproporcional quando comparamos com dados da população geral (COSTA *et al.*, 2015; FARÍAS *et al.*, 2011; HERBST *et al.*, 2008; MARTINS *et al.*, 2013; RUSSI *et al.*, 2003). A prevalência global de infecção pelo HIV estimada para vários países do mundo é de 19,1%, o que corresponde a uma razão de chances de 85,3 quando comparada com a prevalência entre adultos em idade reprodutiva da população em geral (BARAL *et al.*, 2013).

A vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV pode ser compreendida por meio de quatro principais caminhos elucidativos: biológico, epidemiológico, comportamental e social. No biológico destaca-se o sexo anal (BARAL *et al.*, 2013), uma vez que esta prática possui maior probabilidade de infecção pelo HIV, quando realizada sem proteção (BAGGALEY; WHITE; BOILY, 2010). Uma das explicações epidemiológicas tem indicado que nos países onde se identifica alta prevalência de HIV entre as mulheres transgênero, ocorre simultaneamente uma epidemia também desproporcional entre os HSH, os quais podem ser comumente seus parceiros sexuais (BARAL *et al.*, 2013).

Estudos comportamentais demonstram que as mulheres transgênero têm diversas práticas sexuais de risco para o HIV, como, por exemplo, o sexo comercial (CLEMENS-NOLLE; GUZMAN; HARRIS, 2008; GUADAMUZ *et al.*, 2011; HERBST *et al.*, 2008; NEMOTO *et al.*, 1999; RUSSI *et al.*, 2003; SILVA-SANTISTEBAN *et al.*, 2012; POTEAT *et al.*, 2014) na ausência do uso do preservativo, a múltipla parceria sexual (CLEMENS-NOLLE *et al.*, 2001; GUADAMUZ *et al.*, 2011; HERBST *et al.*, 2008; NEMOTO *et al.*, 1999; RUSSI *et al.*, 2003), o sexo anal receptivo desprotegido e o uso de substâncias psicoativas (CLEMENS-NOLLE; GUZMAN; HARRIS, 2008; GUADAMUZ *et al.*, 2011; HERBST *et al.*, 2008; SILVA-SANTISTEBAN *et al.*, 2012).

No entanto, os três caminhos destacados acima não conseguem elucidar integralmente a problemática apresentada. Os argumentos biológicos, epidemiológicos e comportamentais não bastam para explicar o porquê de muitas mulheres transgênero não utilizarem o preservativo (ou utilizarem de forma inconsistente). A descrição e a análise de práticas de risco são vastas na literatura, mas poucas pesquisas tentaram compreender quais são os fundamentos de tais práticas de risco.

O processo de estigmatização por conta da expressão de gênero, em sociedades heteronormativas, está relacionado comumente a um contexto social, econômico e psicológico

desfavorável às mulheres transgênero (WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015). Apesar disso, as respostas à epidemia do HIV/aids enfatizam medidas biomédicas em detrimento das questões estruturais da vulnerabilidade e do papel dos ativistas membros das populações mais afetadas (AGGLETON; PARKER, 2015).

O estigma tem sido discutido por alguns autores como uma causa fundamental de iniquidades de saúde (HATZENBUEHLER; PHELAN; LINK, 2013). Corroborando com esta ideia, pesquisadores, ativistas e profissionais de saúde, reunidos na Conferência Internacional de aids, realizada em Melbourne, na Austrália, em 2014, indicaram o estigma e a discriminação como um dos principais fatores face à configuração atual da epidemia de aids (LANCET, 2014), fato que tem sido cada vez mais relatado na literatura (KING *et al.*, 2013; NUTTBROCK *et al.*, 2013; STAHLMAN *et al.*, 2015).

A infecção pelo HIV tem sido associada positivamente ao estigma relacionado à identidade transgênero (LOGIE *et al.*, 2016). A violência e a transfobia são apontadas como elementos estruturantes no processo de vulnerabilidade das mulheres transgênero ao HIV. Muitos estudos apontam que estas enfrentam intenso processo de estigmatização, por conta da expressão de suas identidades de gênero, em sociedades predominantemente patriarcais e machistas (CARRARA; VIANNA, 2006; KHAN *et al.*, 2009; POTEAT *et al.*, 2014).

O estigma é relatado como um fator estrutural para a vulnerabilidade desta população ao HIV, como, por exemplo, impedindo a identificação jurídica adequada à identidade de gênero e o acesso aos serviços de saúde que promovam o uso adequado de hormônios para as mulheres transgênero em muitos países (DE HAAN *et al.*, 2015; POTEAT *et al.*, 2014; WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015), que é um potencial risco para a transmissão de HIV por meio de compartilhamento de agulhas, apesar de não ter sido ainda documentado na literatura a transmissão através desta prática (POTEAT *et al.*, 2014). De outra maneira, o estigma também é relatado na literatura como um fator proximal que pode influenciar de forma direta a vulnerabilidade ao HIV por meio da associação a comportamentos de risco, como, por exemplo, a exposição ao sexo anal desprotegido (NEMOTO *et al.*, 2004; SANCHEZ *et al.*, 2010; STAHLMAN *et al.*, 2016; SUGANO; NEMOTO; OPERARIO, 2006).

Neste contexto, o presente artigo pretende descrever e analisar dados dos estudos que abordam a relação entre o estigma e a discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids.

Metodologia

Coleta de dados

A busca de documentos teve início na base de dados *PubMed*, utilizando-se as seguintes combinações de palavras-chave: *discrimination, HIV, transgender*¹⁰ (98 resumos encontrados e 19 artigos elegíveis); *minority stress, HIV, transgender*¹¹ (10 resumos encontrados e 2 artigos elegíveis); *stigma, HIV, transgender*¹² (112 resumos encontrados e 13 elegíveis). Outras combinações também foram realizadas através da palavra “*male-to-female*”¹³. A duplicação de estudos de acordo com cada combinação de palavras-chave foi controlada a partir da manutenção de apenas um estudo na análise. Na base de dados *LILACS* foram utilizadas as seguintes combinações: *stigma, HIV, transgender* (4 resumos encontrados e 2 elegíveis); *discrimination, HIV, travesti*¹⁴ (4 resumos encontrados e nenhum elegível). No final foram analisados 33 artigos publicados (Figura 12)¹⁵.

A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017, e dos trabalhos encontrados, mantivemos os artigos com texto completo, publicados no período entre 2004 a 2017. Foi utilizada uma planilha do Excel® contendo os seguintes termos: autores, ano de publicação, país do estudo, desenho do estudo/metodologia, número de pessoas investigadas, objetivos, população estudada e principais resultados. Foram incluídos os estudos que abordavam a relação entre estigma e discriminação devido à identidade de gênero com a vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids. Todos os desenhos de estudo foram aceitos, incluindo tanto aqueles de base metodológica qualitativa quanto quantitativa. Não foram realizadas exclusões de artigos com base na localização geográfica e temporal, e nem na definição de mulheres transgênero (travesti, mulher transexual, *aravanis, hijras, metis, transgênero* etc.). O estudo incluiu artigos escritos em inglês, português e espanhol.

¹⁰ ((discrimination) AND HIV) AND transgender;

¹¹ ((minority stress) AND HIV) AND transgender;

¹² ((stigma) AND hiv) AND transgender;

¹³ ((male-to-female) AND hiv) AND discrimination;

¹⁴ Por esta base de dados ser latinoamericana preferimos utilizar o termo “travesti” para alcançar trabalhos produzidos em português ou espanhol. Ressaltamos que também utilizamos o termo “transvestite”, porém uma quantidade menor de artigos foi encontrada.

¹⁵ No PubMed foi pesquisada a combinação dos termos “male-to-female, hiv, discrimination” e “male-to-female, hiv, stigma”, porém os poucos artigos encontrados foram repetidos. Além disso, foi pesquisada a combinação dos termos “discrimination-trans-hiv” (com três resumos) e “stigma-travesti-hiv” (com dois resumos), porém nenhum deles foi selecionado.

Análise dos dados

Iniciou-se a seleção dos estudos através da leitura dos resumos, observando-se os critérios de inclusão. Logo após, os artigos selecionados foram lidos na íntegra, dando destaque aos resultados que indicavam a relação do estigma com a vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV, e procedeu-se à análise de conteúdo para a codificação e categorização. Nesta análise, foram encontrados 65 códigos a partir da leitura dos artigos, e estes foram categorizados de acordo com três dimensões do conceito de estigma: nível intrapessoal (questões psicológicas, como o auto-estigma), interpessoal (a discriminação pessoa-a-pessoa) e estrutural (nível de políticas estatais que podem promover diretamente a exclusão social) (HATZENBUEHLER e LINK, 2014). A escolha por essa categorização foi realizada a partir dessa discussão teórica do estigma.

Referencial teórico-conceitual: vulnerabilidade, estigma e discriminação

A análise dos dados foi inspirada pela abordagem teórica dos conceitos de vulnerabilidade, estigma e discriminação.

O conceito de vulnerabilidade aplicado ao campo da saúde, especificamente à discussão sobre a epidemia de HIV/aids, foi resultado de um processo de interseções entre o ativismo político frente à epidemia e o movimento dos direitos humanos, e, por isso, há uma ênfase na responsabilidade das ações dos governos e das políticas públicas como parte integrante dos determinantes do processo de saúde-doença (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012). A vulnerabilidade pode ser compreendida através da análise de três componentes inter-relacionados: a mudança do estado de saúde do indivíduo (vulnerabilidade individual), tendo como objetivo identificar os fatores físicos, mentais ou comportamentais, por meio de avaliações de risco e/ou de outras abordagens; a dimensão social (vulnerabilidade social), que analisa as dimensões da cultura, religião, moral, política, economia e os fatores institucionais, os quais podem determinar os meios de exposição a doenças e/ou agravos; e a dimensão programática (vulnerabilidade programática), que examina as formas pelas quais as políticas, os programas e os serviços interferem nas situações sociais e individuais das pessoas (AYRES *et al.* 2006).

Neste contexto, o estudo sobre o estigma e a discriminação pode contribuir de maneira significativa para as reflexões em torno da vulnerabilidade, pois são relatados pela

literatura como uma das principais fontes de vulnerabilidade à saúde (MECHANIC; TANNER, 2007). Na última década, a produção científica sobre o estigma cresceu de maneira exponencial, englobando diversas áreas de investigação, tornando-se cada vez mais específica e complexa (PESCOSOLIDO, 2015). O termo estigma se refere a um *atributo profundamente depreciativo* de uma pessoa, que é percebido como tal através da interação social. A presença deste *atributo* pode confirmar ou reafirmar a “normalidade” de pessoas ou grupos específicos. O estigma destaca um traço específico do indivíduo e o sujeita à impossibilidade de atenção social para outros atributos seus, imputando-lhes um grande descrédito (GOFFMAN, 2013). Hatzenbuehler e Link (2014) enfatizam a necessidade de se avançar na conceitualização e mensuração do estigma enquanto um fenômeno social com raízes nas estruturas sociais. Estes autores definem o estigma estrutural como condições do nível social mais amplo, normas culturais e políticas institucionais que constroem as oportunidades, recursos e bem estar de pessoas estigmatizadas. Os autores chamam atenção para a intensa interação entre o nível microsocial, o *locus* das relações interpessoais, e o nível macroestrutural. As estruturas referidas não seriam unidirecionais e estáticas, mas sim moldadas pelas interações interpessoais e pelos fatores individuais.

Ressaltamos que entendemos a discriminação como um resultado prático do estigma, como definido por revisão conceitual: o estigma seria um profundo atributo de descrédito, uma “marca” ou “identidade desvalorizada socialmente”; a estigmatização estaria relacionada a um processo social embutido nas relações sociais, que produz desvalorização através de rótulos e estereótipos; o rótulo seria um termo sancionado oficialmente e aplicado a condições, indivíduos, grupos, lugares, organizações, instituições ou outras entidades sociais, enquanto o estereótipo estaria relacionado a atitudes e crenças negativas direcionadas às entidades sociais rotuladas; o preconceito como um endossamento de crenças e atitudes negativas relacionadas ao estereótipo; e a discriminação seriam as ações direcionadas ao endossamento e reforço dos estereótipos para trazer desvantagem às pessoas rotuladas (PESCOSOLIDO, 2015).

Resultados

A maioria dos artigos utilizou métodos qualitativos (21/34) e foram publicados entre 2004 e 2017. Observou-se um crescimento de publicações nos últimos anos, com um pico em

2016 (9/34). Os Estados Unidos da América (EUA) foram o país com maior número de artigos (ou publicações) (11/34), seguido por Índia (3/34) e México (3/34) (Tabela 2).

Estigma estrutural

O estigma estrutural promove um contexto social completamente desfavorável às mulheres transgênero através da transfobia e discriminação (KAPLAN *et al.*, 2015; LOGIE *et al.*, 2011, 2012; MARTINS *et al.*, 2013; MELENDEZ; PINTO, 2007; NEMOTO *et al.*, 2004; POLLOCK *et al.*, 2016). Em alguns países, principalmente naqueles com forte tradição religiosa, a transexualidade e a homossexualidade ainda são legalmente criminalizadas, como, por exemplo, o caso de um dos estudos que foi conduzido na Malásia (GIBSON *et al.*, 2016). No Líbano, o encarceramento policial por conta da identidade ou apresentação de gênero também tem sido relatado (KAPLAN; MCGOWAN; WAGNER, 2016). Em outros países, onde o casamento e a procriação são considerados como critérios-chave para alcançar o respeito, a normatização heterossexual parece justificar o estigma e a violência contra grupos que não se conformam às identidades de gênero hegemônicas (GANJU; SAGGURTI, 2017).

Mesmo em países liberais do ponto de vista legal, como os EUA (BOCKTING *et al.*, 2005; MELENDEZ; PINTO, 2007; PALAZZOLO *et al.*, 2016; WILSON; ARAYASIRIKUL; JOHNSON, 2013), o México (CUADRA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2012), o Japão (DISTEFANO, 2016) e o Brasil (MARTINS *et al.*, 2013), as mulheres transgênero ainda sofrem discriminação em espaços públicos e possuem muita dificuldade em readequar o nome em consonância com a sua identidade de gênero (INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; LOGIE *et al.*, 2012; PALAZZOLO *et al.*, 2016).

O estigma familiar e social foi associado ao trabalho sexual (STAHLMAN *et al.*, 2016). E também reportado como uma barreira importante para o acesso das mulheres transgênero à escolaridade (BOIVIN, 2014; CUADRA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2012; KAPLAN *et al.*, 2015) e ao emprego formal (BOIVIN, 2014; GIBSON *et al.*, 2016; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; KAPLAN *et al.*, 2015; LOGIE *et al.*, 2012; NEMOTO *et al.*, 2004), que as direciona muitas vezes a uma situação de marginalização socioeconômica (BARRINGTON *et al.*, 2017; SALAZAR *et al.*, 2017), e geralmente explica sua entrada no mercado do trabalho sexual (BOIVIN, 2014; GIBSON *et al.*, 2016; KAPLAN *et al.*, 2015).

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, diversos estudos têm documentado que o estigma pode promover severas barreiras para as mulheres transgênero

(BARRINGTON *et al.*, 2017; BEATTIE *et al.*, 2012; BOIVIN, 2014; CHAKRAPANI *et al.*, 2011; GANJU; SAGGURTI, 2017; GIBSON *et al.*, 2016; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; LOGIE *et al.*, 2011, 2012; NEWMAN *et al.*, 2012; PALAZZOLO *et al.*, 2016; RHODES *et al.*, 2015; SEVELIUS *et al.*, 2014; WILSON; ARAYASIRIKUL; JOHNSON, 2013; WOODFORD *et al.*, 2016).

Muitas delas evitam a ida aos serviços de saúde por antecipar a discriminação que sofrerão nestes espaços (REMIEN *et al.*, 2015; WOODFORD *et al.*, 2016), e outras têm o acesso negado mesmo em unidades públicas (BOYCE *et al.*, 2012; GIBSON *et al.*, 2016). Em alguns países com sistema públicos de saúde, os estudos indicam que elas preferem rejeitar este cuidado e pagar por serviços privados ou se automedicar por conta do estigma (BOIVIN, 2014; GANJU; SAGGURTI, 2017; ESTRADA-MONTOYA; GARCÍA-BECERRA, 2010). A ausência de acesso a hormônios (GIBSON *et al.*, 2016; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; PALAZZOLO *et al.*, 2016) e procedimentos cirúrgicos para modificação corporal e adequação de gênero (ESTRADA-MONTOYA; GARCÍA-BECERRA, 2010) também é identificado na literatura como barreiras para uma vida saudável.

O estigma também promove barreiras no acesso aos serviços de cuidado e prevenção de HIV/aids, fazendo com que muitas mulheres transgênero evitem serviços de saúde públicos por conta de experiências anteriores de discriminação e de maus tratos (GIBSON *et al.*, 2016). Nesta perspectiva, muitos estudos relatam dificuldade das mulheres transgênero no acesso a serviços de testagem e aconselhamento de HIV (GIBSON *et al.*, 2016; WOODFORD *et al.*, 2016), falta de acesso às informações de prevenção (LOGIE *et al.*, 2012; RHODES *et al.*, 2015), falta de confidencialidade dos resultados dos testes de HIV em serviços públicos de saúde (GIBSON *et al.*, 2016; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009) e pouco acesso ao preservativo (KAPLAN *et al.*, 2015).

A estigmatização também pode dificultar o processo de cuidado e a retenção das mulheres transgêneros serviços de cuidado ao HIV (BARRINGTON *et al.*, 2017). Estudo mostrou que o estigma relacionado à identidade de gênero era maior entre as que já haviam sido submetidas a um teste de HIV em comparação com aquelas que nunca foram testadas, indicando que talvez seja plausível que as mulheres transgênero sejam mais estigmatizadas ao acessar os serviços de testes e manejo do HIV (LOGIE *et al.*, 2016).

Estigma interpessoal

A experiência das mulheres transgênero tem sido marcada por um intenso contexto de violência e exclusão social em várias regiões do mundo. A violência física (BOCKTING *et al.*, 2005; BOIVIN, 2014; GANJU; SAGGURTI, 2017; ESTRADA-MONTOYA; GARCÍA-BECERRA, 2010; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; KAPLAN *et al.*, 2015; KAPLAN; MCGOWAN; WAGNER, 2016; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009; LOGIE *et al.*, 2016; MELENDEZ; PINTO, 2007; POLLOCK *et al.*, 2016; RHODES *et al.*, 2015), verbal (BOCKTING *et al.*, 2005; BOIVIN, 2014; GANJU; SAGGURTI, 2017; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; KAPLAN *et al.*, 2015; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009; MELENDEZ; PINTO, 2007; POLLOCK *et al.*, 2016), simbólica (BOIVIN, 2014; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009; LOGIE *et al.*, 2011), emocional (INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009) e sexual (BEATTIE *et al.*, 2012; BOCKTING *et al.*, 2005; DISTEFANO, 2016; GANJU; SAGGURTI, 2017; KAPLAN *et al.*, 2015; KAPLAN; MCGOWAN; WAGNER, 2016; LOGIE *et al.*, 2012, 2016; PALAZZOLO *et al.*, 2016; SALAZAR *et al.*, 2017; WILSON *et al.*, 2011; WILSON; ARAYASIRIKUL; JOHNSON, 2013) têm sido vastamente documentadas em diversos estudos. Além disso, assassinatos de mulheres travestis e mulheres transexuais¹⁶ em vias públicas são documentados na literatura como efeito do estigma (BOIVIN, 2014).

A experiência de exclusão e violência das mulheres transgênero geralmente se inicia no seio da família por meio da rejeição familiar (BEATTIE *et al.*, 2012; BOIVIN, 2014; CHAKRAPANI *et al.*, 2011; GANJU; SAGGURTI, 2017; ESTRADA-MONTOYA; GARCÍA-BECERRA, 2010; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; KAPLAN *et al.*, 2015; KAPLAN; MCGOWAN; WAGNER, 2016; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009; LOGIE *et al.*, 2012; POLLOCK *et al.*, 2016; REMIEN *et al.*, 2015; RHODES *et al.*, 2015; SALAZAR *et al.*, 2017; WILSON *et al.*, 2011), agressão física e sexual por membros da família (DISTEFANO, 2016; POLLOCK *et al.*, 2016) e expulsão de casa (GANJU; SAGGURTI, 2017; KAPLAN *et al.*, 2015; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009; RHODES *et al.*, 2015), fazendo com que algumas delas terminem morando nas ruas (GANJU; SAGGURTI, 2017; SALAZAR *et al.*, 2017). O abuso físico e sexual tem sido relatado como fatores associados ao risco de HIV entre mulheres transgênero (LOGIE *et al.*, 2016).

A exclusão social vivenciada por conta do contexto de estigma pode provocar intenso

¹⁶ Este artigo também trabalhou com travestis e mulheres transexuais.

deslocamento geográfico (PALAZZOLO *et al.*, 2016) e o ingresso no trabalho sexual (CHAKRAPANI *et al.*, 2011; CUADRA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2012; GANJU; SAGGURTI, 2017; KAPLAN *et al.*, 2015; LOGIE *et al.*, 2012; NEMOTO *et al.*, 2004; PALAZZOLO *et al.*, 2016; RHODES *et al.*, 2015; SEVELIUS *et al.*, 2014; WILSON *et al.*, 2011; WILSON; ARAYASIRIKUL; JOHNSON, 2013). O trabalho sexual em condições precárias e a troca de sexo desprotegido por mais dinheiro é relatado pela literatura como uma das motivações para o sexo anal desprotegido (KAPLAN *et al.*, 2015).

Estas experiências também se estendem a outras relações interpessoais ao longo da vida de mulheres transgênero, como, por exemplo, a exclusão da comunidade de gays (DISTEFANO, 2016; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; LOGIE *et al.*, 2012), a rejeição de amigos (LOGIE *et al.*, 2012), a agressão de parceiros (GANJU; SAGGURTI, 2017; POLLOCK *et al.*, 2016; SEVELIUS *et al.*, 2014), a agressão policial (BOIVIN, 2014; GANJU; SAGGURTI, 2017; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; POLLOCK *et al.*, 2016; WOODFORD *et al.*, 2016) e a agressão por parte de vizinhos (POLLOCK *et al.*, 2016).

Além disso, muitos estudos relatam a discriminação das mulheres transgênero por profissionais de serviços de saúde (BEATTIE *et al.*, 2012; BOIVIN, 2014; BOYCE *et al.*, 2012; CHAKRAPANI *et al.*, 2011; GANJU; SAGGURTI, 2017; GIBSON *et al.*, 2016; LOGIE *et al.*, 2011, 2012; NEWMAN *et al.*, 2012; RHODES *et al.*, 2015; SEVELIUS *et al.*, 2014; WILSON; ARAYASIRIKUL; JOHNSON, 2013; WOODFORD *et al.*, 2016), que geralmente não utilizam o nome social feminino (BARRINGTON *et al.*, 2017; BOYCE *et al.*, 2012; CHAKRAPANI *et al.*, 2011; LOGIE *et al.*, 2012; SEVELIUS *et al.*, 2014; WOODFORD *et al.*, 2016) e as deixam esperar por longos períodos de tempo pelo atendimento (BOIVIN, 2014; BOYCE *et al.*, 2012).

Estigma individual

A junção da violência interpessoal e da exclusão social pode provocar diversos sintomas negativos na vida das mulheres transgênero. Estudos documentam o isolamento social (GANJU; SAGGURTI, 2017; REMIEN *et al.*, 2015) e medo da discriminação (BEATTIE *et al.*, 2012; BOYCE *et al.*, 2012; CHAKRAPANI *et al.*, 2011; LOGIE *et al.*, 2011; MELENDEZ; PINTO, 2007; SEVELIUS *et al.*, 2014; WILSON; ARAYASIRIKUL; JOHNSON, 2013; WOODFORD *et al.*, 2016).

As experiências de discriminação são relatadas como elementos importantes para a internalização do estigma, que pode provocar uma diversidade de estresse psicossocial (GANJU; SAGGURTI, 2017), como a baixa autoestima (DISTEFANO, 2016; GANJU; SAGGURTI, 2017; KAPLAN *et al.*, 2015), a depressão (BOCKTING *et al.*, 2005; DISTEFANO, 2016; GIBSON *et al.*, 2016; RHODES *et al.*, 2015; SANCHEZ *et al.*, 2010), ideação suicida (GANJU; SAGGURTI, 2017; KAPLAN *et al.*, 2015) e tentativa de suicídio (BOCKTING *et al.*, 2005; GIBSON *et al.*, 2016; KAPLAN *et al.*, 2015).

O uso de álcool (BOCKTING *et al.*, 2005; CHAKRAPANI *et al.*, 2011; DISTEFANO, 2016; LOGIE *et al.*, 2016; RHODES *et al.*, 2015; SEVELIUS *et al.*, 2014) e de outras drogas (BOCKTING *et al.*, 2005; LOGIE *et al.*, 2016; NEMOTO *et al.*, 2004; RHODES *et al.*, 2015; SEVELIUS *et al.*, 2014) é relatado em contextos em que mulheres transgênero vivenciam altos níveis de discriminação. E o uso dessas substâncias antes das relações sexuais (LOGIE *et al.*, 2016), como uma prática que aumenta o risco de infecção pelo HIV, principalmente através do sexo anal desprotegido (GIBSON *et al.*, 2016; OPERARIO *et al.*, 2011; SANCHEZ *et al.*, 2010).

Além disso, o estigma é identificado como um fator que pode influenciar de forma direta a vulnerabilidade ao HIV. Estudo mostra que o estigma relacionado à identidade transgênero era maior entre as mulheres transgênero com HIV do que entre as não infectadas (LOGIE *et al.*, 2016). A relação entre estigma e infecção pelo HIV pode ser explicada pela baixa capacidade de negociação para uso do preservativo e o consequente sexo anal desprotegido (GANJU; SAGGURTI, 2017; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; NEMOTO *et al.*, 2004; SANCHEZ *et al.*, 2010). A baixa autoestima e a depressão, provocadas pela intensa estigmatização das identidades trans, têm sido relatadas como importantes motivos para o sexo desprotegido (KAPLAN *et al.*, 2015).

Alguns estudos sugerem que o sexo anal desprotegido é praticado para validação do *status* feminino diante do parceiro homem (GIBSON *et al.*, 2016; NEMOTO *et al.*, 2004). Estudo qualitativo na Colômbia mostrou que, apesar das mulheres transgênero falarem que usam preservativo em todas as relações, o sexo desprotegido era uma meta de conhecimento e de sucesso com parceiros estáveis ou “maridos”. Neste contexto, o risco seria ainda maior nas relações estáveis, por conta do papel sexual “ativo” (sexo anal insertivo) desempenhado pelo parceiro, que muitas vezes é idealizado por algumas das mulheres transgênero naquele país (ESTRADA-MONTOYA; GARCÍA-BECERRA, 2010).

Discussão

O exame dos artigos identificados aqui permite destacar que os efeitos do estigma e da discriminação relacionados à identidade de gênero, como a violência e a transfobia, têm sido apontadas como elementos estruturantes na determinação da infecção pelo vírus entre mulheres transgênero, reforçando os contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. O estigma e a discriminação foram observados em todos os lugares em que as pesquisas foram realizadas, tanto nos países de média e baixa renda quanto nos países de alta renda. Apesar desse quadro, alguns estudos documentaram formas de resistência das mulheres transgênero através do ativismo social, participação em grupos de apoio e na luta cotidiana contra o estigma e a discriminação (GANJU; SAGGURTI, 2017; KAPLAN *et al.*, 2015).

No que diz respeito às abordagens metodológicas dos estudos encontrados, percebe-se que a maioria dos estudos foi de abordagem qualitativa. Uma hipótese plausível para este fato seja a dificuldade de operacionalização do conceito de estigma em variáveis quantitativas pela complexidade e diversidade de definições. Na última década, a produção científica sobre o estigma cresceu de maneira exponencial, englobando diversas áreas de investigação, tornando-se cada vez mais específica e complexa (PESCOSOLIDO, 2015). Os estudos quantitativos aqui revisados tentaram resolver este problema usando: 1- escores de variáveis relacionadas à discriminação pela identidade de gênero (no trabalho, nos serviços de saúde, dificuldade em conseguir habitação) (SALAZAR *et al.*, 2017), 2- por análise fatorial através da inclusão de variáveis específicas de discriminação (na família, com amigos, nos serviços de saúde, agressão verbal) (STAHLMAN *et al.*, 2016), 3- ou pela adaptação de escalas direcionadas à aferição de homofobia (LOGIE *et al.*, 2016).

Os estudos quantitativos foram marcados pela ênfase na relação entre experiências de estigmatização e comportamentos e práticas de risco para infecção pelo HIV. Vale a pena lembrar que as compreensões iniciais a respeito da epidemia de aids (1981-1984) foram marcadas principalmente pelo enfoque biomédico, epidemiológico e comportamental (MANN, 1996), o que promoveu a identificação e estigmatização de subgrupos populacionais, sugerindo uma maior probabilidade de se encontrar pessoas com a doença, em comparação com a população geral (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012). Todavia, os estudos epidemiológicos aqui revisados parecem se situar para além de uma relação meramente comportamental, pois, ao partir de uma reflexão em torno do conceito de estigma, estão colocando em tela questões estruturais e relacionais que afetam dimensões analíticas do

conceito de vulnerabilidade.

Na história da aids, pode-se observar que os movimentos sociais organizados, como os movimentos pelo direito das mulheres e homossexuais, questionaram categorias comportamentais e individualistas. Esta crítica fundamentou-se na ideia de que o uso do preservativo não se resumiria à simples decisão individual, a partir de informações e da própria vontade das pessoas, mas estaria intrinsecamente relacionado a aspectos de ordem social e interpessoal (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012). O marco teórico-conceitual da vulnerabilidade pretende fazer o deslocamento do foco das questões exclusivamente individuais, tais como comportamentos, atitudes e práticas de risco, para a atenção aos aspectos sociais, tais como o estigma, acesso aos serviços de saúde, pobreza etc. (MANN, 1996).

Os estudos qualitativos de cunho sociocultural destacaram-se por trazer contribuições significativas à análise do estigma e da vulnerabilidade ao HIV, pois não se restringiram à dimensão dos comportamentos individuais, mas ampliaram o leque analítico para questões relacionadas aos processos de rotulagem, distinção e exclusão, que promovem a sustentação do estigma enquanto atributo profundamente depreciativo. Além disso, a partir da análise de relações sociais cotidianas e de narrativas, estes estudos puderam relacionar o processo de estigmatização à vulnerabilidade social e programática de mulheres transgênero ao HIV.

Segundo Link e Phelan (2001), o estigma existe quando os seguintes componentes inter-relacionados convergem. O primeiro deles se refere ao fato de que as pessoas distinguem e rotulam as diferenças humanas através de uma substancial simplificação das diferenças, como se não houvesse uma gradação entre as diversas categorias. Nesse sentido, geralmente o dualismo entre as categorias prevalece: cis/trans, gay/hetero, negro/branco etc. Uma importante característica deste componente é que os atributos considerados proeminentes diferem drasticamente de acordo com o tempo e o lugar. O segundo componente envolve a associação das diferenças humanas – que são rotuladas – com características negativas, a conexão entre estas duas propriedades conforma o que os autores denominam de estereótipo. O terceiro componente do estigma ocorre quando os rótulos sociais promovem a separação entre duas categorias de pessoas: “nós” e “eles”.

Desse modo, observamos através dos estudos revisados que a estigmatização das mulheres transgênero pode produzir discriminação, que se materializa através da exclusão social e das mais variadas formas de violência (sexual, verbal, física, psicológica). Estes efeitos do estigma podem estar relacionados com desfechos psiquiátricos (como ideias

suicidas e depressão) e uso de substâncias psicoativas. Além disso, a exclusão social pode estar relacionada com a baixa escolaridade e com as barreiras no acesso ao mercado de trabalho, que, por sua vez, podem influenciar a entrada dessas pessoas no mercado sexual e a adoção de comportamentos arriscados, como, por exemplo, o uso de substâncias injetáveis sem orientações médicas e o sexo anal desprotegido com parceiros sexuais fixos, casuais ou clientes.

Também verificamos que no nível individual os estudos têm mostrado que as mulheres transgênero enfrentam um grande isolamento social, agravado pelo medo da rejeição e pelo desconforto ou insegurança vivenciada nos espaços públicos, produzindo altos níveis de depressão e suicídio (CLEMENTS-NOLLE, K *et al.*, 2001; CLEMENTS-NOLLE, KRISTEN; MARX; KATZ, 2006; HERBST *et al.*, 2008b; NUTTBROCK *et al.*, 2010). A relação entre saúde mental e risco para a infecção pelo HIV/aids tem sido progressivamente documentada. Estudo realizado nos EUA verificou que entre as mulheres transgênero com baixa autoestima, a chance de usar de forma inconsistente o preservativo durante o sexo anal receptivo no sexo comercial aumentou cerca de três vezes mais do que entre aquelas com boa autoestima (CLEMENTS-NOLLE; GUZMAN; HARRIS, 2008). Estudo realizado em Nova Iorque também produziu fortes evidências de que a discriminação baseada no gênero, entre as jovens mulheres transgênero, aumentava o risco de depressão e de comportamentos sexuais arriscados, os quais, por sua vez, elevavam a probabilidade de infecção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (NUTTBROCK *et al.*, 2013).

O uso de substâncias psicoativas também está muito relacionado aos comportamentos de risco para infecção pelo HIV. As mulheres transgênero que usavam crack e cocaína em São Francisco nos EUA tinham uma chance duas vezes maior de usar inconsistentemente o preservativo durante o sexo anal desprotegido do que aquelas que não os usavam (CLEMENTS-NOLLE; GUZMAN; HARRIS, 2008). E, adicionalmente, aquelas que usavam drogas injetáveis tinham uma chance maior de serem infectadas pelo HIV (CLEMENTS-NOLLE *et al.*, 2001; RAPUES *et al.*, 2013; RUSSI *et al.*, 2003). Estudo no Brasil também mostrou que o uso de cocaína está associado à infecção pelo HIV (GRINSZTEJN *et al.*, 2017).

No nível estrutural, os estudos desta revisão mostram que o estigma, através da discriminação, pode afetar o acesso das mulheres transgênero aos serviços de saúde, bem como aos serviços de testagem e cuidado ao HIV/aids, fato que é corroborado por outros estudos que não focam especificamente a relação HIV e estigma. Na Argentina, estudo

realizado observou que 40,7% das mulheres transgênero relataram evitar o uso dos serviços de saúde por causa de sua identidade de gênero. Este estudo verificou que fatores relacionados ao processo de estigmatização estavam associados com este fenômeno, como, por exemplo, o relato de ter tido experiência de discriminação no serviço de saúde por parte dos profissionais ou por outros pacientes e ter sido agredida pela polícia (SOCIAS *et al.*, 2014).

Outros estudos também têm revelado que as barreiras de acesso estão associadas às atitudes heteronormativas impostas pelos próprios profissionais de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016). No Brasil, documentos governamentais têm retratado que o estigma e a discriminação têm provocado diversos efeitos nocivos para as travestis e transexuais, como dificuldades na sociabilidade, hostilidade nos espaços educacionais e sociais, exclusão do convívio familiar e dificuldades de ingresso no mercado de trabalho (BRASIL, 2007). Segundo Parker (PARKER, 1996), estes elementos têm raízes fincadas na sociedade machista, patriarcal e heteronormativa, ainda hegemônica na América Latina.

O processo de estigmatização toma forma em contextos específicos da cultura e do poder, isto é, o estigma tem história e, portanto, deve ser pensado desta forma. É importante entender como o estigma é usado para produzir e reproduzir iniquidades sociais. A compreensão da história do estigma e de suas consequências para os indivíduos e comunidades afetadas pode nos ajudar a desenvolver melhor medidas para combatê-lo ou reduzir os seus efeitos (PARKER; AGGLETON, 2003)

A complexidade envolvida na epidemia de aids deixa claro que não existe um único caminho para explicar os determinantes e os desdobramentos do processo de saúde-doença-cuidado. A epidemia fez emergir questões importantes no sentido de mostrar que o processo de saúde-doença é mediado por variados determinantes e condicionantes, que vão das intersubjetividades até aos aspectos relacionados à sociedade como um todo. Nesse sentido, pode-se afirmar que não existe um agente agressor em si que seja responsável pela produção da doença, mas diversos agentes que dependem do ambiente cultural e sociopolítico, bem como do contexto intersubjetivo, e que interagem entre si para produzi-la (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012).

Considerações finais

Neste estudo, enfrentam-se limites, tais como palavras-chave na língua inglesa, o que pode ter restringido o acesso a publicações de outras regiões e privilegiado o acesso de algumas outras. O recorte do estigma relacionado à identidade de gênero deixou de fora muitas publicações que abordam o estigma relacionado ao HIV/aids, que também possui importantes implicações para a vulnerabilidade, podendo, inclusive, fortalecer a dinâmica do processo de estigmatização.

O estigma contra as mulheres transgênero tem sido relatado como consequência da expressão da identidade de gênero em sociedades predominantemente patriarcais e machistas (CARRARA; VIANNA, 2006; KHAN *et al.*, 2009; POTEAT *et al.*, 2014). Desse modo, faz-se necessário refletir sobre as questões de gênero que estão envolvidas nesse processo de estigmatização e discriminação.

Ao relembrar a tese de Foucault de que a sexualidade e o poder são coincidentes, Butler reflete que a sexualidade emergente das relações de poder não seria apenas simples cópia da regra masculinista da identidade, mas que a sexualidade produzida pode ultrapassar os “limites da inteligibilidade cultural” e também expandir “as fronteiras do que é de fato culturalmente inteligível” (BUTLER, 2016, p. 63). Nesse caminho, os sujeitos tidos como não apropriadamente generificados não estariam adaptados ao sistema binário de classificação de gênero (homem/mulher, masculino/feminino etc.) e, portanto, são considerados seres *abjetos* e desprovidos de humanidade (BUTLER, 2000), o que justificaria os atos de violência e discriminação.

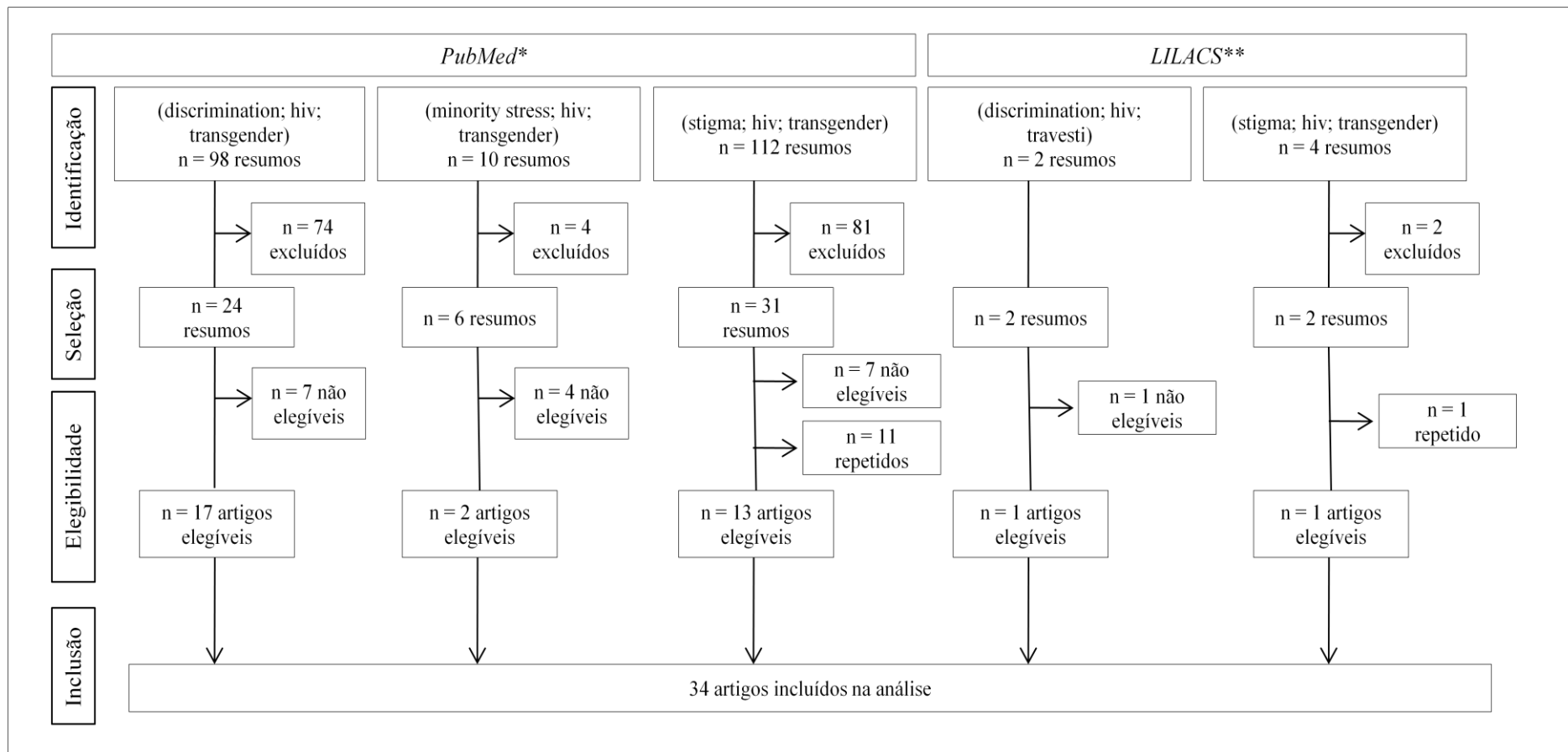
Desse modo, os estudos qualitativos e epidemiológicos sobre estigma e vulnerabilidade aqui revisados parecem avançar na reflexão sobre a determinação da transmissão do HIV em “populações-chave” – leia-se “populações estigmatizadas”, como travestis e mulheres transexuais. No campo de estudos sobre o estigma e a vulnerabilidade de mulheres transegênero ao HIV/aids, os estudos socioculturais e epidemiológicos se destacaram por contribuições significativas à análise da vulnerabilidade, pois não se restringiram à dimensão individual, mas ampliaram o leque analítico para questões da vulnerabilidade social e programática.

Desse modo, acreditamos que o conceito de estigma e vulnerabilidade pode, ainda na

vigência da meta 90-90-90¹⁷ (UNAIDS, 2014), oferecer subsídios para a compreensão da complexidade dos diversos fatores envolvidos no processo de saúde-doença-cuidado. Isso porque tais conceitos oportunizam a integração de diversos conhecimentos de áreas distintas em um grande esforço de compreensão dos quadros mais amplos em que as práticas e realidades sociais especificamente vividas pelos sujeitos em situação de vulnerabilidade se estruturam. Tal esforço poderá colaborar para o entendimento das complexas relações existentes entre fatores do estigma estrutural, interpessoal e individual (compreendo estas categorias como intensamente interrelacionadas nas diversas situações do cotidiano e nas práticas dos sujeitos) que são responsáveis pela intensificação da vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids.

¹⁷Metas da UNAIDS para serem cumpridas até 2020: 90% de pessoas vivendo com HIV, sendo diagnosticadas; 90% das pessoas vivendo com HIV, sendo tratadas; e 90% das pessoas tratadas com carga viral indetectável (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS), 2014).

Figura 12 - Fluxograma para o processo sistemático de seleção dos artigos.



* Foi pesquisado a combinação dos termos “male-to-female, hiv, discrimination” e “male-to-female, hiv, stigma”, porém os artigos poucos artigos encontrados foram repetidos.

**Foi pesquisado a combinação dos termos “discrimination-trans-hiv” (com três resumos) e “stigma-travesti-hiv” (com dois resumos), porém nenhum deles foi selecionado.

Tabela 2. Características da produção de conhecimento sobre a relação entre estigma, discriminação e vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids, 2004-2017.

Indicação da referência	Ano de publicação	País	Desenho do estudo/metodologia	Abrangência do estudo	Objetivos	População estudada	Ano de realização do estudo
Nemoto <i>et al.</i>	2004	EUA	Qualitativo/Grupos focais	48 mulheres transgênero	Explorar o contexto social do uso de drogas e os comportamentos sexuais que colocam mulheres transgênero em risco para infecção pelo HIV.	Mulheres transgênero	1999-2000
Bockting <i>et al.</i>	2005	EUA	Quantitativo/Estudo transversal	181 mulheres transgênero	Apresentar relatório sobre a implementação e avaliação do seminário "All Gender Health" e mostrar dados sobre medidas importantes de saúde sexual que podem ajudar a aumentar a compreensão do contexto de risco de mulheres transgênero ao HIV/DST.	Mulheres transgênero	1998-2002
Melendez; Pinto.	2007	EUA	Qualitativo/entrevista em profundidade	20 mulheres transgênero	Examinar como o estigma e a discriminação interagem com papéis de gênero para colocar as mulheres transgênero numa posição de risco de infecção pelo HIV.	Mulheres transgênero	2003
Koken <i>et al.</i>	2009	EUA	Qualitativo/entrevista semi-estruturada	20 mulheres transgênero	Explorar as experiências das mulheres transgênero com seus pais e familiares próximos e a relação com sua identidade de gênero.	Mulheres transgênero negras	2007-2008
Infante <i>et al.</i>	2009	México	Qualitativo/Observação participante e entrevistas em profundidade	13 travestis, mulheres transgênero e mulheres transexuais profissionais do sexo	Descrever o contexto social em que vivem as/os trabalhadoras/es do sexo, focalizando suas identidades sexuais, práticas sexuais e vulnerabilidade ao HIV.	travestis, mulheres transgênero, mulheres transexuais e homens que fazem sexo com homens (HSH) profissionais do sexo	2006-2007

Sanchez <i>et al.</i>	2010	EUA	Quantitativo/Estudo transversal	60 mulheres transgênero	Comparar características individuais e comportamentos de risco entre HSH e mulheres transgênero na comunidade de House Ball em Nova York.	Mulheres transgênero e HSH	2004
Montoya; Becerra.	2010	Colômbia	Qualitativo/Entrevistas	18 mulheres transgênero	Identificar as formas mais representativas para representar e imaginar a sexualidade dentro da comunidade transgênero na Colômbia.	Mulheres transgênero	não informa
Chakrapani <i>et al.</i>	2011	Índia	Quantitativo/Grupos focais e entrevistas	17 mulheres transgênero (<i>aravanis</i>)	Identificar e entender as barreiras no acesso gratuito aos antirretrovirais e aos centros de tratamento governamentais.	Mulheres transgênero (<i>aravanis</i>) e HSH	2007
Operario <i>et al.</i>	2011	EUA	Quantitativo/Estudo transversal	174 mulheres transgênero	Identificar fatores associados ao sexo anal desprotegido com parceiro sexual primário.	Mulheres transgênero	não informa
Wilson <i>et al.</i>	2011	Nepal	Qualitativo/entrevista em profundidade	14 mulheres transgênero (<i>metis</i>)	Explorar o contexto social de estigma entre <i>Metis</i> no Nepal para melhor entender o risco de infecção por HIV	Mulheres transgênero (<i>metis</i>)	não informa
Logie <i>et al.</i>	2011	Canadá	Quantitativo/Grupos focais	21 mulheres transgênero	Entender as estratégias de estigma e enfrentamento entre mulheres vivendo com HIV	Mulheres transgênero com HIV, mulheres cis lésbicas e bissexuais	2009-2010
Beattie <i>et al.</i>	2012	Índia	Quantitativo/Grupos focais	6 mulheres transgênero (<i>hijras</i>)	Compreender as barreiras e identificar soluções para melhorar a utilização de serviços de HIV	Mulheres transgênero (<i>hijras</i>), mulheres cis profissionais do sexo e HSH (<i>kothis and double-deckers</i>)	2008
Newman <i>et al.</i>	2012	Thailândia	Quantitativo/Estudo transversal	41 mulheres transgênero	Examinar e comparar comportamentos sexuais de risco e dados demográficos entre HSH e mulheres transgênero	Mulheres transgênero e HSH	não informa

Cuadra-Hernández <i>et al.</i>	2012	México	Qualitativo/Entrevista semi-estruturadas	26 entrevistas com mulheres transgênero, gays e outras populações chave (não específica)	Analisar uma intervenção para diminuir o estigma	Mulheres transgênero, gays e outras populações chave	2009-2010
Logie <i>et al.</i>	2012	Canadá	Quantitativo/Grupos focais	16 mulheres transgênero	Explorar desafios da vida cotidiana e experiências de acesso a serviços de cuidado ao HIV entre mulheres LGBT que vivem com HIV	Mulheres transgênero, mulheres cis lésbicas, gays e bissexuais	2009-2010
Boyce <i>et al.</i>	2012	Guatemala	Qualitativo/Entrevista	8 mulheres transgênero	Identificar barreiras para o acesso aos serviços de saúde sexual	Mulheres transgênero, HSH e outros	não informa
Wilson <i>et al.</i>	2013	EUA	Qualitativo/Entrevista em profundidade	10 mulheres transgênero	Identificar barreiras e facilidades para cuidado e suporte em serviços para mulheres transgênero afroamericanas	Mulheres transgênero afroamericanas que vivem com HIV	não informa
Martins <i>et al.</i>	2013	Brasil	Quantitativo/Estudo transversal	304 travestis	Descrever o perfil sociodemográfico e comportamentos de risco para HIV	Travestis	2008
Rhodes <i>et al.</i>	2015	Guatemala	Qualitativo/Grupos focais e entrevista em profundidade	20 mulheres transgênero	Explorar riscos para saúde sexual e para infecção pelo HIV	Mulheres transgênero, homens transexuais, gays e bissexuais	não informa
Boivin.	2014	México	Quantitativo e Qualitativo	150 transgênero, travestis e mulheres transexuais	Descrever as formas, os atores, os lugares de discriminação e estigma sofridos em várias regiões metropolitanas do México	Mulheres transgênero, travestis, transgêneros, lésbicas, bissexuais e gays	2011

Sevelius <i>et al.</i>	2015	EUA	Qualitativo/Grupos focais e entrevista	58 mulheres transgênero	Examinar as barreiras e facilidades para o engajamento e retenção em serviços de cuidado ao HIV	Mulheres transgênero que vivem com HIV	não informa
Remien <i>et al.</i>	2015	EUA	Qualitativo/entrevista em profundidade	20 mulheres transgênero	Analisar as barreiras e facilidades para o envolvimento nos cuidados ao HIV	Mulheres transgênero que vivem com HIV	não informa
Kaplan <i>et al.</i>	2015	Líbano	Qualitativo/Entrevista semi-estruturada	10 mulheres transgênero	Investigar comportamentos de risco de mulheres transgênero	Mulheres transgênero	2011
Palazzolo <i>et al.</i>	2016	EUA	Qualitativo/entrevista em profundidade	8 mulheres transgênero	Explorar fatores contextuais que determinam ou mitigam a vulnerabilidade de mulheres transgênero latinas ao HIV	Mulheres transgênero latinas ou hispânicas	2013
DiStefano <i>et al.</i>	2016	Japão	Qualitativo/Etnografia com observação participante, pesquisa documental e entrevistas em profundidade	3 mulheres transgênero	Identificar como o HIV se cruzou com outros problemas sociais e de saúde no Japão entre mulheres transgênero e HSH	Mulheres transgênero, HSH	não informa
Pollock <i>et al.</i>	2016	Peru	Qualitativo/Entrevistas	50 mulheres transgênero	Explorar a construção da identidade de gênero e os contextos pessoais e sociais de travestis para esclarecer o contexto social de vulnerabilidade ao HIV	Travestis	não informa
Woodford <i>et al.</i>	2016	Índia	Qualitativo/Grupos focais e entrevista com informantes-chave	21 mulheres transgênero	Identificar barreiras e facilidades para o acesso à testagem de HIV entre comunidades em alto risco de infecção.	Mulheres transgênero e outros	não informa
Gibson <i>et al.</i>	2016	Malásia	Qualitativo/Entrevistas	21 mulheres transgênero	Compreender como as identidades de trans profissionais do sexo influencia os padrões de utilização dos cuidados de saúde e comportamentos para redução de danos	Mulheres transgênero profissionais do sexo e outros	2013-2014
Barrington <i>et al.</i>	2016	Guatemala	Qualitativo/Entrevistas	11 mulheres transgênero	Descrever fatores que determinam o momento do diagnóstico, o processo de ligação aos serviços e experiências de pessoas vivendo com HIV	Mulheres transgênero e outros	não informa

Kaplan <i>et al.</i>	2016	Líbano	Quantitativo/Estudo transversal	53 mulheres transgênero	Mensurar e interpretar determinantes demográficos, prevalência de HIV e comportamentos de risco	Mulheres transgênero	2012
Logie <i>et al.</i>	2016	Jamaica	Quantitativo/Estudo transversal	137 mulheres transgênero	Examinar fatores associados à infecção pelo HIV e testagem para HIV	Mulheres transgênero	2015
Stahlman <i>et al.</i>	2016	Costa do Marfim, Togo and Burquina Faso	Quantitativo/Estudo transversal	453 mulheres transgênero	Analisar os fatores que influenciam comportamentos sexuais arriscados e a infecção pelo HIV	Mulheres transgênero e HSH	2012-2015
Ganju; Saggurti.	2017	Índia	Qualitativo/Entrevistas	68 mulheres transgênero	Descrever experiências de estigma e violência, e explorar estratégias de enfrentamento	Mulheres transgênero	não informa
Salazar <i>et al.</i>	2017	EUA	Quantitativo/Estudo transversal	92 mulheres transgênero	Estimar a prevalência de auto-relato de infecção pelo HIV e fatores associados	Mulheres transgênero	2014-2015

5.2 Artigo II - Histórias de estigmatização e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil.

Resumo

Trata-se de um estudo qualitativo, a partir da análise de narrativas produzidas por travestis e mulheres transexuais em Salvador-BA, com o objetivo de analisar suas experiências de estigmatização, descrevendo acontecimentos, atores e contextos que marcam as suas trajetórias de vida, e também compreender a relação entre o estigma e suas performances femininas. Nosso estudo mostra que a distinção da performance de gênero das travestis e mulheres transexuais é identificada desde muito cedo. As performances de gênero são apresentadas como uma insubordinação ao poder estabelecido pelo sistema jurídico de uma sociedade heteronormativa. Notamos que, quando as expectativas sociais sobre os papéis de gênero são frustradas, o processo de estigmatização começa a operar por meio da distinção de atributos profundamente depreciativos, os quais são identificados neste estudo como as performances de gênero não normativas. Observou-se que o processo de estigmatização é operado por meio do poder exercido pelas leis da heterossexualidade compulsória sobre os corpos e relações de pessoas transgênero. Entretanto, durante suas trajetórias de vida, formas ou estratégias de resistência contra o estigma são produzidas, possuindo potencial de transformação dos quadros já estabelecidos.

Abstract

This is a qualitative study, based on the analysis of narratives produced by *travestis* and transsexual women in Salvador-Bahia-Brazil, in order to analyze their experiences of stigmatization, describing events, actors and contexts that mark their life trajectories, as well as also understand the relationship between stigma and their female performances. Our study shows that the gender performance distinction of transvestites and transsexual women is identified early on. Gender performances are presented as an insubordination to the power established by the legal system of a heteronormative society. We note that when social expectations about gender roles are thwarted, the stigmatization process begins to operate by distinguishing deeply depreciative attributes, which are identified in this study as non-normative gender performances. It has been observed that the process of stigmatization is operated through the power exercised by the laws of compulsory heterosexuality on the bodies and relations of transgender people. However, during their life trajectories, forms or strategies of resistance against stigma are produced, with potential for transformation of established frameworks.

Introdução

O interesse sobre a divulgação das iniquidades vivenciadas por travestis e mulheres transexuais tem aumentado constantemente a visibilidade desta população na sociedade brasileira. Suas performances femininas, em sociedades hegemonicamente machistas, podem ser identificadas nas relações sociais como um *atributo profundamente depreciativo*, tal como Goffman (2013) conceituou o estigma. A psiquiatria, por exemplo, tem rotulado as pessoas transexuais com o diagnóstico de Disforia de Gênero, patologizando as performances que fogem ao padrão binário heteronormativo.

De um modo geral, as histórias de vida dessas pessoas trans têm sido narradas por diversos/as autores/as como sendo marcadas por uma diversidade de experiências de estigmatização e violência, tanto em países desenvolvidos quanto em países pobres e em desenvolvimento. Em países com forte tradição religiosa, a transexualidade e a homossexualidade ainda são legalmente criminalizadas, como é o caso da Malásia (GIBSON *et al.*, 2016). No Líbano, por exemplo, o encarceramento policial por conta da identidade ou apresentação de gênero tem sido relatado (KAPLAN; MCGOWAN; WAGNER, 2016). Em outros países, onde o casamento e a procriação são considerados como critérios-chave para alcançar o respeito, a normatização heterossexual parece justificar o estigma e a violência contra grupos que não se conformam às identidades de gênero hegemônicas (GANJU; SAGGURTI, 2017).

Mesmo em países liberais do ponto de vista legal, como os Estados Unidos (BOCKTING *et al.*, 2005; MELENDEZ; PINTO, 2007; PALAZZOLO *et al.*, 2016; WILSON; ARAYASIRIKUL; JOHNSON, 2013), o México (CUADRA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2012), o Japão (DISTEFANO, 2016) e o Brasil (MARTINS *et al.*, 2013), as mulheres transgênero ainda sofrem discriminação em espaços públicos e possuem muita dificuldade em readequar o nome em consonância com a sua identidade de gênero (INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; LOGIE *et al.*, 2012; PALAZZOLO *et al.*, 2016).

A estigmatização é relatada como um elemento importante de restrição de oportunidades de acesso à educação e ao mercado de trabalho formal, que pode gerar exclusão social, marginalização e baixo status socioeconômico. Por sua vez, esta falta de oportunidade muitas vezes influencia sua entrada no serviço sexual em ruas de grandes cidades (HERBST *et al.*, 2008; POTEAT *et al.*, 2014).

A estigmatização tem sido associada a diversos desfechos negativos de saúde, como,

por exemplo, ao sofrimento mental e aos comportamentos de risco para HIV/IST. Estudos têm mostrado também que pessoas trans enfrentam um grande isolamento social, agravado pelo medo da rejeição e pelo desconforto ou insegurança vivenciada nos espaços públicos, produzindo altos níveis de depressão e suicídio. Além disso, elas convivem com os abusos físicos e sexuais na idade adulta por conta da transfobia, e com a violência dentro de casa por seus parceiros sexuais (HERBST *et al.*, 2008).

A estigmatização de pessoas trans produz discriminação, que se materializa através da exclusão social e das mais variadas formas de violência (sexual, verbal, física, psicológica) (WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015). Estes efeitos do estigma podem estar relacionados com desfechos psiquiátricos (como ansiedade e depressão) (BOCKTING *et al.*, 2005; DISTEFANO, 2016; GIBSON *et al.*, 2016; RHODES *et al.*, 2015; SANCHEZ *et al.*, 2010) e uso de substâncias psicoativas (BOCKTING *et al.*, 2005; CHAKRAPANI *et al.*, 2011; DISTEFANO, 2016; LOGIE *et al.*, 2016; RHODES *et al.*, 2015; SEVELIUS *et al.*, 2014), que já foram associados na literatura com a infecção pelo HIV ou com comportamentos de risco (GIBSON *et al.*, 2016; OPERARIO *et al.*, 2011; SANCHEZ *et al.*, 2010).

Além disso, o estigma pode estar relacionado com a exclusão social, a baixa escolaridade (BOIVIN, 2014; CUADRA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2012; KAPLAN *et al.*, 2015) e com as barreiras no acesso ao mercado de trabalho (BOIVIN, 2014; GIBSON *et al.*, 2016; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; KAPLAN *et al.*, 2015; LOGIE *et al.*, 2012; NEMOTO *et al.*, 2004), que, por sua vez, podem influenciar a entrada dessas pessoas no mercado sexual (BOIVIN, 2014; GIBSON *et al.*, 2016; KAPLAN *et al.*, 2015) e a adoção de comportamentos de risco para doenças e agravos, como, por exemplo, o uso de substâncias injetáveis sem orientações médicas e o sexo anal desprotegido com parceiros sexuais fixos, casuais ou clientes (GIAMI; LE BAIL, 2011).

Estudo em São Francisco, nos EUA, mostrou que 62% das mulheres trans entrevistadas tinham depressão e 32% já tentaram suicídio (CLEMENTS-NOLLE *et al.*, 2001). Além disso, os autores verificaram que a discriminação baseada no gênero foi independentemente associada à tentativa de suicídio entre as mulheres transgênero investigadas (CLEMENTS-NOLLE; MARX; KATZ, 2006). Corroborando estes achados, estudo longitudinal realizado entre 2004 e 2007, que acompanhou 230 mulheres transgênero em Nova Iorque, verificou que aquelas que sofreram recentemente discriminação baseada no gênero estavam três vezes mais em risco de ter sintomas de depressão do que aquelas que não

sofreram discriminação (NUTTBROCK *et al.*, 2010), e também que a discriminação baseada no gênero, entre as mulheres jovens transgênero, aumentou o risco de depressão e de comportamentos sexuais arriscados (NUTTBROCK *et al.*, 2013).

O papel do estigma tem sido explorado em três níveis explicativos (estrutural, interpessoal e individual) por Hatzenbuehler e Link (2014) e foi sintetizado por White Hughto, Reisner e Pachankis (2015) em um quadro explicativo para a compreensão do fenômeno entre as pessoas trans. As autoras mostraram que, no nível estrutural, a partir de estudos realizados até então, a população trans enfrenta a medicalização de suas expressões de gênero, em não conformidade com o padrão binário, o que reforça a percepção da transexualidade como um desvio social, acarreta a ausência de políticas de acesso aos serviços de saúde, restringindo, por exemplo, o acesso ao uso seguro de hormônios e silicone, do ponto de vista biomédico; e a violência simbólica através de dispositivos de leis, políticas e costumes culturais.

No “nível interpessoal”, as autoras identificam atos de violência por conta da não conformidade de gênero (geralmente os agressores são homens cisgêneros, membros familiares e profissionais de saúde). Já no “nível individual”, existem estudos que relatam o efeito psicológico do estigma em vários desfechos, como na adoção de comportamentos de risco para a saúde, na produção de sofrimento mental e estresse psicossomático. Estas experiências podem também impedir a busca das pessoas trans por cuidados e serviços de saúde, principalmente em decorrência do medo da discriminação. Adicionalmente, a internalização do estigma também pode impactar na habilidade de enfrentamento dos indivíduos aos estressores externos e diminuir a habilidade de resiliência frente a eventos negativos (WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015).

Os diversos estudos têm descrito o estigma e seus efeitos na população de travestis e mulheres transexuais, porém não têm analisado os mecanismos de poder que estão presentes na experiência de estigmatização contra estas performances de gênero em sociedades hegemonicamente heteronormativas. No sistema da heterossexualidade compulsória, existe uma tentativa constante de defesa da coerência entre sexo, gênero e desejo dentro de um “sistema de gênero binário oposicional”. Neste sistema, o masculino se diferenciaria do feminino através de práticas do desejo heterossexual, dadas pela coerência entre sexo, gênero e desejo, ou seja, pela seguinte ordem causal e “natural”: macho/masculino/gosta de mulher e fêmea/feminina/gosta de homem. Desse modo, a heterossexualização do desejo instituiria “a produção de oposições discriminadas e assimétricas entre ‘feminino’ e ‘masculino’, em que

estes são compreendidos como atributos expressivos de ‘macho’ e de ‘fêmea’”, separando, portanto, o gênero do sexo (BUTLER, 2016, p. 44). Nesta perspectiva, a categoria “sexo” seria uma criação discursiva violenta produzida por meio da heterossexualidade compulsória, que seria uma linguagem que forma e modela os corpos físicos. Desse modo, “a discriminação linguística do sexo” asseguraria “a operação cultural e política da heterossexualidade compulsória” (BUTLER, 2016, p. 196-197).

Neste artigo, portanto, pretendemos analisar narrativas sobre experiências de estigmatização entre travestis e mulheres transexuais, descrevendo acontecimentos, atores e contextos que marcam as suas trajetórias de vida, e também compreender a relação entre o estigma e suas performances femininas, considerando o processo de produção de corpos que borram as fronteiras ou “inteligibilidade” de gênero, ou seja, “a continuidade entre sexo, gênero, práticas sexuais e desejos, por intermédio dos quais a identidade é reconhecida e adquire efeito de substância” (ARÁN; MURTA, 2009, p. 33).

Metodologia

O presente artigo é resultado de um estudo *etnoepidemiológico* com travestis e mulheres transexuais, denominado estudo PopTrans, com o objetivo de estimar a prevalência de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, e também conhecer histórias e modos de vida desta população na cidade de Salvador. A etnoepidemiologia se constitui em um espaço de saber que busca superar algumas lacunas deixadas pelo método epidemiológico clássico. A principal lacuna observada é a dificuldade de lidar com as fragilidades singulares humanas, o sujeito e sua história. Tal fato dificulta a construção de um objeto que analise em profundidade as determinações ampliadas das enfermidades que operam em contextos específicos (ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2011; FERNANDES, 2003). Assim, o estudo PopTrans foi concebido e desenhado para obtenção tanto de dados epidemiológicos quanto de dados qualitativos, como se pode observar em Dourado *et al.* (2016).

O estudo foi realizado entre 2014 e 2015, e a população foi constituída por pessoas que se autoidentificaram como travestis e/ou mulheres transexuais, com idade igual ou superior a 15 anos e que moravam em Salvador ou região metropolitana no período do estudo. Durante o inquérito epidemiológico, os/as entrevistadores/as de campo, juntamente com a equipe de coordenação do estudo, indicavam travestis e mulheres transexuais e as convidavam

para uma entrevista em profundidade. A indicação ocorria a partir da percepção dos/as próprios/as entrevistadores/as, mas mediante a disposição que algumas pareciam ter mais para contar suas histórias de vida, ou mesmo mediante alguma característica que até então não tinha sido explorada por outras, por exemplo, experiência de viver fora do país, ou com outras atividades que não a prostituição, buscando, assim, produzir uma heterogeneidade de histórias. Esta heterogeneidade e a disposição para uma nova conversa foram os pontos centrais deste recrutamento. Aquelas que concordavam eram convidadas para a entrevista, que ocorreu em uma sala reservada na sede do estudo PopTrans ou em outro lugar, de acordo com a indicação da própria entrevistada.

As narrativas que foram utilizadas no presente artigo são provenientes de 19 (dezenove) entrevistas em profundidade realizadas ao longo do inquérito epidemiológico. As histórias de vida que emergiram do campo foram transcritas e analisadas sob uma perspectiva teórica narrativa. Partimos do pressuposto de que uma narrativa é uma “forma de estabelecimento do sentido de ser-no-mundo, na medida em que situa os eventos e as ações em ‘dramas’ instituídos na ordem temporal do vivido”, isto é, como “modos de elaboração da experiência social” (CASTELLANOS, 2014, p. 171). A narrativa não é apenas a transmissão de uma informação, mas é uma “reapresentação” ou “reprise”, isto é, “um relato expresso a partir da perspectiva pessoal de um participante real ou potencial, situado de tal forma que desse ponto de partida procede um certo desenvolvimento temporal e dramático do acontecimento relatado” (GOFFMAN, 2012, p. 610).

Uma característica fundamental das narrativas é a particularidade intrínseca a cada história, ainda que possamos encontrar conexões com outras histórias, considerando os contextos sócio-culturais em que foram produzidas, permitindo lançar luz sobre aspectos outrora ignorados por outras abordagens metodológicas. As narrativas não admitem generalizações e previsões, mas contribuem e enriquecem a discussão científica através da transferibilidade, que é a possibilidade de relação de narrativas provenientes de diferentes contextos, a partir de conexões que possam garantir novas formas de compreensão. Outro aspecto importante das narrativas é a potencialidade de enfatizar fenômenos muito distintos entre si, a exceção, que poderia ser ocultada ou excluída de outras análises e que oferece uma reflexão importante acerca das rupturas e descontinuidades das histórias de vida dos sujeitos (SQUIRE, 2014).

As narrativas se apresentam quase sempre de forma performática, situacional, relacional e sem neutralidade. Desse modo, alguns pontos devem ser considerados na análise:

as partes devem ser interpretadas no contexto geral da narrativa; a coerência da narrativa não é dada pela ausência de contradições, mas pela continuidade da narração, com possibilidade de início (situação inicial), meio (fase de transformação) e fim (situação final); os juízos de valor podem ser acessados através das narrativas expressas pelo/a narrador/a na interação não neutra com o/a entrevistador/a; duas perguntas sempre devem ser feitas no processo da análise: por que a história foi contada dessa maneira e qual a posição do/a narrador/a em relação à narrativa? (CASTELLANOS, 2014).

As entrevistas realizadas no campo foram orientadas por um roteiro prévio que explorou a produção de narrativas sobre as experiências e modos de vida das travestis e mulheres transexuais na cidade de Salvador. De forma dialógica, a entrevista foi tida como um “ato conversacional” e como espaço de “negociação” e de múltiplos posicionamentos e “vozes” (SILVA, 2003), buscando mobilizar acontecimentos (e atores) diversos sobre o cotidiano. No que diz respeito à produção dessas narrativas, os/as entrevistadores/as buscavam focalizar os processos de construção de si e das modificações corporais, formas de interação com outras pessoas, os itinerários de cuidados à saúde, incluindo as dificuldades e formas de acesso aos serviços de saúde, as formas de discriminação ou violência vividas no cotidiano, e as expectativas e projetos para o futuro.

A postura analítica diante das narrativas foi inspirada pelo conceito de gênero como uma “estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância” (BUTLER, 2016, p. 69), que pode traduzir a ideia de performatividade do gênero como uma repetição de atos corporais que estão sendo regulados juridicamente, ainda que essa performatividade, paradoxalmente, possa possibilitar “a própria desestabilização das normas” (SILVA, LOPES, 2014, p. 26). Desse modo, a identidade de gênero que os atos, gestos e atuações que o corpo “quer” expressar seria uma “fabricação” manufaturada e sustentada por meio de “signos corpóreos e outros meios discursivos” (BUTLER, 2016, p. 235) com o objetivo de regular a sexualidade através das regras da heterossexualidade reprodutora.

Também utilizamos o conceito goffmaniano de estigma como um atributo profundamente depreciativo, que confirma ou reafirma a “normalidade” de pessoas ou grupos específicos em detrimento de outros. A presença do estigma destaca um traço específico do indivíduo e o sujeita à impossibilidade de atenção social para outros atributos seus, imputando-lhes um grande descrédito (GOFFMAN, 2013). Levamos em consideração as

principais repercussões do processo de estigmatização sobre a experiência de travestis e mulheres transexuais e os meios cotidianos de resistência ao estigma. Neste estudo qualitativo, partimos do pressuposto de que a experiência e as práticas não podem ser dadas por fora do “eu”, bem como o “eu” não pode ser separado do ambiente e das relações com outros seres.

Todas as participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e nós garantimos o anonimato e confidencialidade das entrevistas por meio da adoção de nomes fictícios. O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

“Homem brinca é de bola. Me dê essa boneca!”. “Isso é coisa de mulher” - distinção performática de gênero

A história de vida de muitas das travestis e mulheres transexuais que foram entrevistadas parece indicar que a performance “afeminada” esteve presente nos corpos e nos objetos utilizados desde a tenra infância, como uma marca de distinção das demais crianças, e coincide com outras histórias relatadas em outros estudos (ANDRADE, 2012; GIBSON *et al.*, 2016). Esta performance parece envolver um conjunto de elementos que interagem entre si para rotulá-las e distingui-las do restante dos outros meninos.

Diversos estudos mostram também que a experiência de exclusão e violência de mulheres transgênero geralmente se inicia no seio da família por meio da rejeição familiar (BEATTIE *et al.*, 2012; BOIVIN, 2014; CHAKRAPANI *et al.*, 2011; GANJU; SAGGURTI, 2017; ESTRADA-MONTOYA; GARCÍA-BECERRA, 2010; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; KAPLAN *et al.*, 2015; KAPLAN; MCGOWAN; WAGNER, 2016; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009; LOGIE *et al.*, 2012; POLLOCK *et al.*, 2016; REMIEN *et al.*, 2015; RHODES *et al.*, 2015; SALAZAR *et al.*, 2017; WILSON *et al.*, 2011), da agressão física e sexual por membros da família (DISTEFANO, 2016; POLLOCK *et al.*, 2016) e da expulsão de casa (GANJU; SAGGURTI, 2017; KAPLAN *et al.*, 2015; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009; RHODES *et al.*, 2015), fazendo com que algumas delas morem nas ruas (GANJU; SAGGURTI, 2017; SALAZAR *et al.*, 2017).

No nosso estudo, o corpo foi visto como um agente que promove distinção através dos “trejeitos de menina”, “boiola”, “viado”, que muitas vezes são identificados por

integrantes da família ou por pessoas próximas que chamam atenção para a diferença corporal. Os objetos utilizados para brincadeiras na infância possuem um agenciamento importante, principalmente os brinquedos e as roupas, que são classificadas como “de mulher”, como, por exemplo, as bonecas e os vestidos, que são repetidamente usados nas narrativas como objetos que interagem com a construção da infância travesti ou transexual e constituídos como objetos importantes do processo de distinção.

Depois quando eu fui crescendo, já com 10 todos já perceberam um jeito e aí já começou aquela história: “Esse menino é *boiola*”. (Beatriz, 23 anos, mulher transexual, educadora social)

Desde pequenininha eu sempre brincava de boneca. (...) Antigamente eu usava aquela camisa na cabeça, pra dizer que era meu cabelo. (Laura, 19 anos, travesti, prostituta)

Eu lembro que meu pai falou comigo (...) que ele sempre soube, desde pequeno, que ele percebia que eu tinha trejeitos, que ele sempre soube. (Júlia, 28 anos, travesti, prostituta)

E minha tia chegou um dia lá, viu uma boneca, eu brincando. Disse “Tá errado, homem brinca é de bola. Me dê essa boneca”. (Sofia, 50 anos, travesti, profissional do sexo)

Cheguei a namorar com umas 3 e 4 meninas, para agradar papai e mamãe, e meus irmãos também ficava muito no meu pé, tinha muito preconceito comigo, todos jogavam futebol e eu nunca gostei, nunca gostei de futebol. Dizia “Não. Só quero brincar de boneca com minhas irmãs”. Queria ter roupa de mulher, tudo de mulher eu queria ter. (Larissa, 31 anos, transexual, servidora pública)

O papel de agentes não humanos tem um papel importante na ação humana (LATOURE, 1995) e em suas performances (RACE, 2012). As bonecas, o cabelo, os “trejeitos” femininos são identificados como marcadores da distinção de suas performances em relação a dos demais meninos e frustra a expectativa de muitos atores, a começar pelos membros da família. Esta distinção binária entre masculino *versus* feminino esteve muito presente nas narrativas, porém algumas narrativas chamam atenção para a marcação fluída dessas fronteiras desde a infância. Lucília, por exemplo, chama atenção para o fato de ter nascido “trans”, e não menino ou menina: “Eu acho que eu sempre nasci trans”. Ao lembrar uma foto antiga de quando era criança com apenas 2 anos, ela brinca com uma mistura da gramática generificada para se referir a si própria: “porque eu tenho uma foto com 2 anos, que descobri recentemente, e realmente eu era *todo uma menina*”. A sua infância é relatada também como uma “oscilação”, às vezes conflitante, entre os papéis de gênero, como podemos observar:

Os meninos não queriam que jogasse bola com eles. Então assim, era um espaço fechado, machista, mas que eu tentava quebrar. Pra que fosse aceita tanto por esse segmento, e aí ficava na oscilação, também, com as meninas. Brincava com as meninas. Só que era e não era aceita, ficava sempre nesse conflito de “onde é que eu me posiciono, no lado masculino ou no lado feminino?” (Lucília, 49 anos, mulher transexual, cozinheira)

Com 17 eu passei a usar (calcinha). Escondia minhas calcinhas. Eu me achava mulher, me sentia mulher, começava a mostrar o ladinho da calcinha pros meninos. A partir disso os meninos passaram a me desejar. Mostrando a lateral da calcinha, depois surgiu fazer marca de biquíni. Aí a gente começou a fazer marca de biquíni (Larissa, 31 anos, transexual, servidora pública).

A performance “afeminada” das travestis e transexuais durante a infância relatada parece ser caracterizada pelas pessoas que estão à sua volta como um certo atributo depreciativo, que as distingue da normalidade de outras crianças. Este atributo parece destacar uma performance específica (“afeminada”) e coloca estas travestis e mulheres transexuais na impossibilidade de atenção social para outros atributos (como, por exemplo, a inteligência, o carinho, o amor) e imputa sobre elas um grande descrédito (“afeminado”, “boiola”, “viado”). Assim, durante a infância, quase sempre a distinção performática provocou atos de discriminação e atos de violência contra as travestis e mulheres transexuais no ambiente da família, da escola e entre outras crianças:

Eu não falava muito, eu não interagia, não tinha amigo na escola, não tinha nada. Com 6, 7 anos de idade, eu comecei a criar tudo isso, foi quando veio essa deficiência, minha timidez, insegurança. Sou muito insegura. Por causa das agressões da infância. (...) Eu apanhava, não sabia o que era (...) Eu dizia: “Porque eu estou apanhando?” Eu lembro que na época ele (o irmão) dizia: “Isso é coisa de mulher!”. Tudo que eu fazia era coisa de mulher (Vanessa, 40 anos, travesti, faz shows e “programas”).

Histórias semelhantes e peculiares também são mostradas em um estudo realizado com travestis matriculadas em escolas no Ceará. Muitas delas retratam o cotidiano familiar de repressão à performance feminina de seus corpos, discriminação e violência por membros da família, mas, por outro lado, narram importantes exemplos de aceitação e acolhimento. Neste estudo, o ambiente escolar foi considerado por uma das interlocutoras como um dos locais com maior repressão na sociedade, enquanto outra, apesar de atualmente viver bem melhor no colégio, retratou abertamente o sofrimento de ter enfrentado humilhações por parte de colegas, professores e gestores escolares (ANDRADE, 2012). Outro estudo realizado no México mostrou que a estigmatização por conta da identidade de gênero ou orientação sexual entre travestis, pessoas transexuais, gays e bissexuais se inicia na família – principal espaço de abuso – e na escola. O autor destaca a “cultura sexista e uma série de normas e valores

tradicionais que guiam as condutas dos pais em relação à homossexualidade, as quais implicariam uma grande frustração das expectativas familiares, ao romper com os mecanismos tradicionais da reprodução social” (BOIVIN, 2014, p. 96).

Rubin (1993) enfatiza que a “identidade de gênero exclusiva” (...) ¹⁸ “requer repressão: nos homens, da versão local das características ‘femininas’; nas mulheres, da definição local das características ‘masculinas’” (p. 12). Nesse sentido, a autora completa que o “mesmo sistema social que oprime as mulheres nas suas relações de troca, oprime todo mundo pela sua insistência numa divisão rígida da personalidade” (p. 12). Como descreve uma de nossas interlocutoras:

Passei a apanhar muito mais ainda porque eu era pego também quando criança (...) brincando com meninos de ousadia, aí pegava me batia. Me pegavam brincando de boneca. Aí começou todos os maus tratos. Fui vestindo roupas femininas aos poucos e sofrendo, apanhando, deixava o cabelo crescer, meus tios pegava e cortava meus cabelos (Beatriz, 23 anos, mulher transexual, educadora social)

Entretanto, nem todas tiveram uma trajetória semelhante. A história de Yasmin (mulher transexual e cabeleireira), uma garota de 21 anos, proveniente de uma cidade interiorana, que possui corpo e rosto com contornos e detalhes muito femininos, é marcada por algumas dissonâncias. Inicia sua narrativa alertando ao interlocutor o quão foi difícil construir seu corpo: “pra eu chegar a essa Yasmin que eu sou hoje, só eu sei o que eu passei”. A sua infância com a família, diferentemente das outras travestis e mulheres transexuais, foi considerada por ela como “maravilhosa”. Apesar do esforço do entrevistador questionar repetidamente sobre a discriminação na infância, Yasmin repetidamente respondeu: “minha infância foi maravilhosa, com a família. Minha família era sempre maravilhosa. (...) Todo mundo na minha família é muito unida. Primo, tio, todo mundo. Minha família se relaciona muito bem”.

Histórias de envolvimento e de não envolvimento no mercado sexual

Apesar de Yasmin assumir ao longo da entrevista que tinha uma performance

¹⁸ Aqui preferimos ocultar “similaridades naturais” (p. 12) por entender que o sexo é tão culturalmente construído quanto o gênero (BUTLER, 2016). Como ressalta a própria Gayle Rubin em entrevista a Judith Butler: “‘*Thinking Sex*’ fez parte de um movimento que se afastava da visão de um estruturalismo de primeira hora centrado nos aspectos binários da linguagem, como as oposições binárias tão presentes em Lévi-Strauss e Lacan, orientando-se para os modelos posteriores, mais discursivos, do pós-estruturalismo ou do pós-modernismo.” (RUBIN; BUTLER, 2003)

feminina na infância (“Eu era uma criança muito afeminada. Todos falavam”), a entrevistada relata que somente na sua adolescência, a partir dos 15 anos, passou a vivenciar problemas com sua mãe por conta dessa performance. Neste mesmo período, ela narra a morte da avó, pessoa que parece ter sido muito importante na sua criação – que recorreu ao apoio psicológico para ajudá-la, como podemos observar a seguir:

Eu acho que ela (mãe) já via já que eu era diferente. (...) Ela via meu comportamento que não era normal, igual ao de menino, na minha rua tinha vários amigos meus e dizia que não era normal. Era um comportamento tipo de menina que eu andava. Então, a partir daí, ela começou a ver essas diferenças e começou a me levar pro psicólogo. (...) Eu tinha uns 16 anos. (Yasmin, 21 anos, mulher transexual, cabeleireira)

Neste ínterim, ainda na adolescência, nossa interlocutora começa a tomar comprimidos de hormônios femininos, obtidos por meio de amigas e conforme informações provenientes de outras trans da sua cidade. Começou a vestir roupas femininas, também ofertadas por amigas. Então, ao completar 18 anos (maioridade civil), ela embarcou para Salvador para tentar sua independência financeira e realizar sua modificação corporal (“colocar minha prótese” e “silicone industrial”). Pelúcio (2005a; 2005b) destaca que a construção de uma travesti é um processo contínuo e que nunca termina (talvez como a construção de qualquer pessoa humana), pois está calcado na construção permanente de uma performance feminina com o auxílio de hormônios, injeções de silicone, roupas e acessórios.

Todavia, a ausência de acesso a hormônios (GIBSON *et al.*, 2016; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; PALAZZOLO *et al.*, 2016) e tecnologias cirúrgicas para modificação corporal (ESTRADA-MONTOYA; GARCÍA-BECERRA, 2010) para as mulheres transgênero, tal como é relatada em outras regiões, impacta de forma importante a vida de Yasmin. Assim, para atingir seu objetivo de transformação corporal, tal como muitas outras travestis e mulheres trans, nossa interlocutora, ao chegar à capital baiana, foi morar com outras pessoas trans e fazer programa no bairro da Pituba, orla de Salvador, um dos circuitos importantes de interação/mercado sexual.

Outros estudos indicam que o estigma relacionado à identidade de gênero pode ser uma barreira importante para o acesso das mulheres transgênero à escolaridade (BOIVIN, 2014; CUADRA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2012; KAPLAN *et al.*, 2015) e ao emprego formal (BOIVIN, 2014; GIBSON *et al.*, 2016; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; KAPLAN *et al.*, 2015; LOGIE *et al.*, 2012; NEMOTO *et al.*, 2004), que as direciona muitas vezes a uma situação de marginalização socioeconômica (BARRINGTON *et al.*, 2017; SALAZAR *et al.*,

2017), e que geralmente justifica sua entrada no trabalho sexual (BOIVIN, 2014; GIBSON *et al.*, 2016; KAPLAN *et al.*, 2015). O trabalho sexual muitas vezes é realizado por conta dos poucos recursos financeiros, necessidade e falta de opções laborais, também é geralmente feito em condições precárias de segurança e expostas a uma diversidade de riscos (sexuais, abusos, roubos etc.) (BOIVIN, 2014).

Entretanto, este não foi o caso de Larissa, que, apesar de ter sofrido também discriminação de alguns atores (cunhados, irmão), narra uma história de acolhimento emocional e financeiro pelos pais, mesmo depois da sua transformação corporal, que foi fundamental para sua não entrada no mercado sexual:

Não (me prostituía) porque não tinha necessidade. Minha família... Nunca passei nenhuma dificuldade como as outras meninas passam, que o pai e a mãe rejeita. Eu tenho hormônio, tenho o que comer. Eu pelo menos não tenho esse problema. Meu pai sempre me dava dinheiro final de semana. Quando eu não tinha pedia a minha mãe, minha mãe me dava. (...) Aí minha mãe abriu um bar, eu fui trabalhar no bar com minha mãe. (...) Aí minha irmã abriu uma loja. Aí eu ficava no bar e na loja. Aí comecei a trabalhar, aí eu tinha dinheiro pra comprar meu hormônio e pra final de semana sair. (Larissa, 31 anos, transexual, servidora pública)

O mercado sexual também não foi o destino de Lívia (35 anos, mulher transexual, não informou a ocupação), apesar de ter cursado apenas o ensino fundamental e de ter sofrido muita discriminação em sua cidade de origem, uma pequena e pacata cidade do interior da Bahia, e da sua família. Ela também saiu cedo de casa e foi morar na capital baiana:

Quando cheguei aqui (em Salvador) eu me enturmei, vi o mundo. Não era o mundo preso que eu vivia no interior, que não podia nem dizer e nem me expressar como homossexual. Porque era uma cidade pacata, era aquela coisa miúda, todo mundo sabia de tudo, comentava, era uma cidade muito violenta pro lado do homossexualismo, elas apanhava. Porque na nossa cidade, além da gente sofrer o preconceito da sociedade, a gente sofre o preconceito da família. Porque ninguém queria: “sujou a família.” (...)

Ela compartilha que, apesar de tudo, ainda na infância em sua cidade, fazia pequenas modificações corporais e performáticas, como o uso de “salto alto” e se “vestir de mulher”, numa festa chamada de “festa de Reis”. Nesta festa, como em tantas outras festas baianas e brasileiras, os meninos tinham o passe livre para assumir papéis de gênero diferentes do normativo. As festas populares são narradas como momentos importantes em sua vida, pois permitia o “melhor momento” de felicidade no qual ela podia assumir a “verdade” feminina de sua pessoa:

Fazia (modificações corporais) na festa de Reis, de Judas, que tem na cidade, onde

os homens se vestia de mulher... Ali era o melhor momento de minha vida, onde eu me sentia mais feliz, que eu botava aquele salto alto e pra mim ficava ótima. Ali era Livia, ali era minha pessoa. Nasceu no corpo errado. (Livia, 35 anos, mulher transexual, profissional do sexo)

Muitas festas populares brasileiras e baianas permitem aberturas e abrem brechas para recriação ou novos posicionamentos identitários. O antropólogo Roberto Damatta (1997) coloca que a vida cotidiana brasileira é marcada por normas rígidas, hierarquia e papéis de gênero definidos, porém nas festas populares, como o carnaval e o entrudo, estas posições possuem o passe livre para se inverter. No carnaval, por exemplo,

as distâncias são eliminadas precisamente porque o mundo está de cabeça para baixo, perdendo temporariamente a sociedade os seus centros regulares de poder e hierarquização. Há, pois, no carnaval, a possibilidade do surgimento de muitas vozes e de muitos diálogos, numa fragmentação e pulverização dos esquemas dominantes que se fundam em um controle jurídico- religioso-político ancorado no Estado. (...) No modelo da carnavalização é a possibilidade do diálogo entre as categorias divergentes, rigidamente subordinadas pelas hierarquias no mundo diário. E dialogar é relacionar, é criar um espaço ambíguo, tanto mais assim quanto mais distante estiverem as categorias entre si. Em outras palavras, carnavalizar é formar triângulos, é relacionar pessoas, categorias e ações sociais que normalmente estariam soterradas sob o peso da moralidade sustentada pelo Estado (DAMATTA, 1997, p. 78-79).

Entretanto, quando passam as festividades, nossa interlocutora precisa encarar a realidade de discriminação no seu cotidiano dentro de casa com sua mãe. A mãe e a tia de Livia são dois atores importantes desta narrativa, pois são figuras contrastantes que a impulsionam para a realização de modificações importantes em sua vida. Ela muda de sua cidade natal depois de uma briga com a mãe. A narrativa sobre esta briga de Livia com sua mãe tem como pano de fundo a publicidade de sua orientação sexual. Ela nos conta que queria contar para a mãe sobre sua “homossexualidade” desde cedo, porém sentia medo e não encontrava oportunidade para a revelação:

Foi uma discussão que eu tive com minha mãe e eu disse a ela que eu ia sair de casa. Ela dizia que eu não ia, que só saia da casa dela quando ela quisesse. E a discussão piorou a situação. E ela disse assim pra mim: “seu viado!” E a vontade que eu tinha era dizer pra minha mãe que eu era homossexual. Só que eu tinha medo e faltava oportunidade. E aquele foi o momento, que ela disse “seu viado”, na hora do ódio, na hora da confusão que eu achei pra dizer “Sou mesmo. Sou homossexual mesmo. Falei na bucha. Quando ela disse “Seu viado”, eu disse... “sou mesmo”. E ela disse “Quem não sabe ? Todo mundo sabe que você é.” Passou os dias, a gente ficou zangado um com o outro, e eu chamei ela e disse “eu vou embora, eu não quero ficar aqui. Eu vou embora pra Salvador.” E a minha tia estava lá em Cruz das Almas. E minha tia disse “se você quiser eu levo.” Ela perguntou se isso mesmo que eu queria e eu disse que sim. Queria vir embora, queria sair de lá. Ela me deu conselho, então eu vim pra casa de minha tia, que eu devo muito. Graças a Deus cuidou muito bem de mim. Nunca foi preconceituosa, nem ela, nem os filhos, nem o marido. Tanto que

sempre eu chamei ela de mãe. Eu tenho como uma mãe também.

Nesse contexto, a mãe é tida como uma personagem que não aceita a orientação inicial do (até então) “filho homossexual”, enquanto a tia é um ator que abre caminhos para Lívia tanto para a recepção dela em sua própria casa, quanto para o seu processo de transformação corporal. Quando Lívia chega a Salvador é amparada na casa de sua tia, que a recebe de braços abertos. Nesta casa, ela possui um ambiente favorável a sua modificação corporal, sendo até mesmo incentivada por sua tia: “foi meu aniversário. (a tia) Comprou e me deu (...) três calcinhas. (...) Na verdade eu nem sabia como usar calcinha. Estava com 18 pra 19 anos”. É assim que ela vai transformando o corpo e se tornando uma “travesti”. Apesar de estar numa cidade maior, considerada melhor para a performance feminina, nossa interlocutora nos narra tipos de discriminação mais sutis:

Eu nunca sofri uma violência física, mas a piadinha... Pior do que a piada é você ver a pessoa sair de perto. De você sentar e a pessoa levantar e ir em pé. O banco ficar vazio. A pessoa vir louco pra sentar, só tem aquela vaga ali e a pessoa não sentar. Eu levo na esportiva. Aí eu digo: “Que bom que eu vou bem folgada aqui, bem espaçosa.” Eu sempre brinco. (...) Uma vez, indo pra Salvador, Cruz das Almas, quando eu sentei o rapaz levantou. Ele levantou, eu disse “Ah meu senhor, graças a deus, o senhor estava com a respiração fedendo. É bom que eu não tenho que respirar o seu ar podre.” E a mulher que estava atrás sorriu e depois ela falou assim “Boa. Adorei.” (Lívia, 35 anos, mulher transexual, profissional do sexo)

Embora ela sofra estes atos sutis de discriminação, estas ações não são absorvidas de forma passiva, como pudemos observar nas respostas que Lívia dá às pessoas que não querem sentar ao seu lado. Ela também se envolve na militância dos movimentos sociais na cidade de Salvador em defesa dos direitos LGBT e recruta novas “trans” para o movimento: “Os que não era eu fiz virar (militante). Porque tinha umas que ‘ah viado, (...) fica falando nos protestos que você faz, mas não resolve nada.’ E depois comecei a botar na cabeça “olha, bicha, tá vendo essa lei que saiu? Foi com muito trabalho de todas nós junto”. Outra estratégia de enfrentamento é o que ela chama de “adaptação” aos ambientes em que está inserida no cotidiano. Lívia chega à conclusão de que o fato de ser “trans” é uma “cruz que vai carregar pelo resto da vida” e que, portanto, ela deve ser como um “camaleão”, que se adapta a todos os espaços possíveis, com o objetivo de diminuir a possibilidade de conflitos com as pessoas que frequentam estes locais:

A partir desse momento eu disse “Eu vou ser um camaleão, ou me adaptar a todos os ambientes”. Então se eu vou a uma festa de pagode, eu vou adaptada a uma festa de pagode, se eu vou a uma baile funk, eu vou adaptada a um baile funk. Uma baixaria, eu vou vestida como um baile funk, eu vou como piriguete. Se eu for pro

casamento da alta sociedade, eu vou vestida digna de um casamento, eu mudo meu vocabulário, eu deixo tudo lá, eu vou vestida do jeito. Eu sei me adaptar onde eu chego. (...) E, além de você ser criticada, ser condenada, se você dá motivo... Porque nós os travestis somos tratadas como viadinho, povo baixo, baixaria. (Lívia, 35 anos, mulher transexual, não informou a ocupação)

Embora não seja o foco da discussão do presente artigo, vale a pena ressaltar que um aspecto importante da vivência de travestis e mulheres transexuais são as categorias identitárias. Algumas se referem a si mesmas como “travesti” e outras como “mulher transexual”, com amplas variações de espectro, a depender de circunstâncias específicas, de “viado” (como na “churria” – brincadeira – entre elas) à “mulher”¹⁹. Uma etnografia brasileira mostrou que os termos “travesti” e “transexual” são categorias performáticas, que se articulariam com as convenções de gênero, sexualidade, classe, geração e cor/raça. De modo geral, o termo “transexual” – influenciado pela biomedicina – estaria relacionado às “transexuais” que fizeram (ou querem) a cirurgia de transgenitalização, enquanto o termo “travesti” estaria relacionado àquelas pessoas que não fizeram a cirurgia – consideradas como pessoas “mais masculinas” (BARBOSA, 2010). Em algumas situações, enquanto transexuais buscam a normatização a partir da patologização, ou seja, pela cirurgia de redesignação sexual, as travestis são mais afetadas pelo processo de estigmatização e dependem de modificações corporais nos sistemas de sexo-gênero hegemônicos. A transexualidade é apontada como uma forma de “purificação” desassociada da prostituição e do desvio por meio da patologização. Por outro lado, a travestilidade tem sido comumente associada à prostituição e ao engano de se fazer passar por “mulher” (SANTOS, 2014). Todavia, nosso estudo e muitos outros têm demonstrado a fluidez destas identidades, como também que nem todas as mulheres transexuais demandam/desejam a cirurgia de transgenitalização (BENTO, 2006). Em algumas situações, politicamente, é importante posicionar-se como travesti como contraponto ao discurso biomédico.

¹⁹ A narrativa de Lívia é um exemplo interessante para refletirmos as possibilidades de fluidez destas “categorias”: no questionário do PopTrans, quando indagamos a ela de forma estruturada como ela se identifica, ela respondeu “transexual” (tínhamos cinco possibilidades de respostas: travesti, transexual, transgênero, mulher e “outra”); porém, em sua narrativa, ela se refere a si mesma tanto como “travesti” quanto “transexual”: “eu queria ser a travesti”, “quando a gente passa a se transformar em travesti, muda totalmente. “eu sempre falo no meu seminário que eu vou, que é uma cruz dizer “Eu sou transexual, sou travesti”. Muitas dessas “categorias” aparecem misturadas, intercambiadas, ao longo das falas. Nesse sentido, não é estranha a utilização do prefixo “trans”, às vezes, como uma categoria mais abrangente.

“A morte dela não foi em vão”: narrativa de violência e resistência

As experiências de discriminação e violência são marcantes na vida de todas as travestis e mulheres transexuais na cidade de Salvador, participantes do nosso estudo. Muitas delas sofreram um processo de estigmatização que se prolongou desde a infância e adolescência à vida adulta, prejudicando o desempenho escolar e profissional de muitas delas. Assim como o ambiente familiar, a escola também foi destacada como um espaço importante de discriminação, fazendo com que muitas delas desistissem dos estudos, situação pela qual, geralmente, impulsionava-as ao comércio sexual nas ruas e avenidas da capital baiana, como podemos observar na história de Manuela:

Eu parei de estudar, não foi nem tanto, eu desisti mesmo. Desisti de estudar pelos preconceitos também. Eu pedia aos professores pra me chamar pelo nome feminino, eles me chamavam pelo masculino. Na hora de (...) aí começavam a me jogar bolinha de papel, me chamar disso, daquilo, aí fui tomando raiva mais. Não foi nem dos estudos, mas dos tipos de alunos e professores. (...) Eu não me sentia normal dentro da sala de aula. Todo mundo ficava pianinho, mas quando fazia a chamada já se preparava todo mundo. Eu já cheguei até a mudar de sala, pra mesma série. E mudei, só que eu não... era o mesmo jeito, a mesma coisa. Ainda pior. (Manuela, 26, mulher transexual, prostituta)

Estudo etnográfico realizado em Bangladesh descreveu o processo de exclusão social vivenciados pelas *hijra* (nome dado às mulheres trans naquela região). Os autores mostram que desde cedo as *hijras* são humilhadas na escola por professores, que às vezes as violentam sexualmente, e rejeitadas pelos colegas de classe por serem *maigyapola* (“garotos efeminados”). Este processo desencoraja a continuação dessas pessoas no processo educacional, diminuindo, portanto, as futuras oportunidades no mercado de trabalho. Neste local, muitas *hijras* também são excluídas do círculo social familiar e, com pouco apoio social e sem emprego, engajam-se no sexo comercial para lutarem pela sobrevivência (KHAN et al., 2009).

O estudo etnográfico realizado por Larissa Pelúcio (2005a; 2005b; 2007) sobre a prostituição travesti em São Carlos no estado de São Paulo, no início dos anos 2000, mostra o cotidiano das travestis, a interação entre elas e com os seus clientes e a importância dos territórios de prostituição como espaços para a construção da pessoa travesti. A prostituição é tida pelas travestis como uma “atividade desprestigiada” motivada pela “necessidade” de recursos financeiros, uma forma de ascensão social que se materializa em conquistas simbólicas e de bens materiais e, também, como uma forma de trabalho e de interação social com uma diversidade de sujeitos que compõem estes territórios. Nos espaços da rua, no

contexto da prostituição, também não são raros os relatos de violência contra travestis. Neste estudo, quando as envolviam danos físicos, as travestis denominavam-nos de “curra”, sendo praticados por clientes, policiais ou mesmo pessoas de seu convívio cotidiano.

A violência física e o assassinato de travestis e mulheres transexuais também foram relatados por algumas de nossas interlocutoras. A narrativa mais marcante foi de Lucília, que nos contou a história de sua amiga “Laleska D’Capri”, uma transformista muito conhecida na cidade de Salvador. Lucília (49 anos, mulher transexual, cozinheira) inicia sua narrativa após falar de sua dificuldade de frequentar a escola, por causa da discriminação e violência sofrida. Ela nos garante que se “Laleska D’Capri” estivesse viva nos dias atuais, ela certamente se autoidentificaria como uma mulher transexual, argumentando que naquela época não havia diferenças muito claras entre essas categorias de travestis, transexuais e transformistas, e indicando como essas categorias são fluidas e construídas socialmente:

Abandonei várias vezes a escola. Evitava de sofrer uma agressão física ou de causar uma agressão física (...). E aí isso ficou muito mais nítido a partir do momento que uma amiga minha foi assassinada. Eu entendi que esse foi o caminho que eu deveria seguir, realmente. Se eu queria permanecer neste mundo. Ela era ator transformista, como na época era o que se tinha e o que se era permitido, ela, com certeza, se tivesse viva hoje, seria uma transexual. Porque ela tinha trejeitos, da mesma forma usava roupas, oscilava entre o masculino e o feminino. (...) Seria uma trans porque hoje não é o tempo de antigamente. Era um espaço na Amaralina onde todas se reuniam, pra dá uma churria uma na outra. (...) Houve uma discussão com um homofóbico lá. Ela era uma pessoa que era dessas trans que usava as palavras como uma forma de defesa. E que nessa situação ele saiu, e quando voltou, retornou, voltou armado e disparou três tiros nela. (...) Ela morreu na posição de Cristo. (...) Eu lembro da posição dela com as duas pernas cruzadas, com mãos abertas, os braços abertos e com a mão fechada. (...) E aí resolveu morrer como se estivesse sido crucificada.

Benedetti (2005), a partir de pesquisa etnográfica com travestis no Sul do Brasil, chama atenção também para a violência existente nesse universo, tanto a violência física quanto a simbólica direcionada contra elas. O autor chega a relatar que quatro informantes foram assassinadas durante o seu trabalho de campo, evento narrado como mortes extremamente “violentas e mesmo aterrorizante”. A partir de sua experiência etnográfica, o autor aborda a violência no mundo da noite das travestis como um “código legítimo e possível”, chegando a ser banalizada.

A história do assassinato narrado por Lucília é um ponto de inflexão na narrativa da violência gerada pelo estigma. Foucault (1977) postula que “onde há poder há resistência e, no entanto (ou melhor, por isso mesmo) esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder” (p. 91). Levando em consideração a ideia deste autor, poderíamos dizer

que na experiência do estigma (que é permeada por intensas relações de poder entre indivíduos, famílias, desconhecidos, instituições etc.), sempre existe possibilidade de resistência, que é co-existente ao poder. É isso que também podemos identificar na narrativa de Lucília, a qual entende que, para permanecer no mundo, deverá seguir um certo “caminho”. O ponto culminante da narrativa é a criação de uma associação de defesa dos direitos humanos de travestis e mulheres transexuais na cidade de Salvador, como podemos observar a seguir:

Ela morreu, claro, muito mais por ser um trans. Se fosse uma mulher, jamais seria assassinada. Ao contrário, seria cortejada. Então, foi muito mais um ato de transfobia. E eu lembro que a partir desse momento alguns amigos em comum, gays e algumas trans, resolveram fundar uma associação chamada “Laleska D’Capri”, que era o nome dela de show, de artista transformista, e nós resolvemos montar uma associação justamente pra visibilizar. Tínhamos pretensão, de ainda muito timidamente, fazer uma parada gay na região do Vale das Pedrinhas. E que tomou outras proporções, (...) foi um sucesso na época. (...) E aí, a partir daí, fui convidada a fazer parte do Fórum LGBT Baiano. E no primeiro ano de existência, nós saímos enquanto Colegiado, a Laleska D’Capri saiu como Colegiado. E o mais interessante de tudo é que eu senti a presença dela quando a gente venceu. (...) Então assim, naquele ato eu acho que eu percebi que, assim, ela estava feliz da morte dela. Poderia ter sido um descanso pra ela, saber que a morte dela não foi em vão (...) já que ela foi crucificada por ser quem ela era, por não ter tido a oportunidade de hoje não estar aqui.

Não é raro expressões de resistência por meio dos movimentos sociais e grupos de apoio às travestis e mulheres transexuais. Por exemplo, no Brasil, em estudo realizado no Ceará, houve um relato de desistência escolar de uma travesti por conta da discriminação vivenciada no cotidiano da escola, mas que foi acompanhada de reintegração ao colégio, a partir da luta desenvolvida por uma associação local de travestis (ANDRADE, 2012). Neste mesmo estudo, a autora descreve muitas histórias individuais e coletivas (incluindo a sua própria enquanto travesti professora e experta na área da educação) de luta contra o estigma e resistência. No Líbano, estudo mostrou que a família e a comunidade trans podem ser importantes grupos de apoio social para as mulheres trans (KAPLAN et al., 2015). Na Índia, estudo mostra que mulheres transgênero possuem o envolvimento em redes comunitárias e em ONGs como estratégias de enfrentamento ao estigma. (GANJU; SAGGURTI, 2017). Desse modo, observamos que as travestis e mulheres transexuais não estão fadadas passivamente à estigmatização, mas que muitas conseguem se organizar em coletivos, ou até mesmo individualmente, para enfrentar o estigma e quebrar barreiras na escola, no trabalho e nos espaços da vida cotidiana, mostrando que o processo de estigmatização possui fissuras que permitem a movimentação de sujeitos.

Considerações finais

A distinção da performance de gênero das travestis e mulheres transexuais é identificada, por elas e por outros, desde muito cedo, como uma percepção de que algo diferente estava acontecendo com o corpo, as preferências, o desejo sexual, com o sujeito “menino” dado pela “natureza”, que se constrói e se impõe ao seu redor. As experiências de estigmatização são narradas em torno desta distinção binária: homem/mulher, masculino/feminino.

As performances de gênero de nossas interlocutoras nesse estudo são apresentadas como uma verdadeira insubordinação ao poder estabelecido pelo sistema jurídico de uma sociedade heteronormativa. Butler (2016) chama atenção que este sistema jurídico – como um conjunto de normas e leis sociais – seria responsável não apenas pela regulação das identidades dos sujeitos, mas, também, pela construção, formação, definição e reprodução das identidades, que se adaptariam às exigências das leis. Nesse sentido, os sujeitos tidos como não apropriadamente generificados – como as travestis e mulheres transexuais – não estariam adaptados ao sistema binário de classificação de gênero (homem/mulher, masculino/feminino etc.) e, portanto, seriam considerados seres abjetos e desprovidos de humanidade (BUTLER, 2000), pois poderiam ameaçar a matriz heterossexual compulsória, justificando, portanto, os atos de violência e discriminação praticados contra essas pessoas.

Como vimos nas narrativas, os “meninos” e as “meninas” teriam objetos, brincadeiras e performances corporais de gênero definidas, esperadas e legisladas pela sociedade heteronormativa, durante as interações com as pessoas que as cercam desde a mais tenra idade. Quando estas expectativas são frustradas, o processo de estigmatização começa a operar por meio da distinção de atributos profundamente depreciativos, os quais são identificados neste estudo como as performances de gênero não normativas, e pela rotulagem. O processo de estigmatização é operado por meio do poder exercido pelas leis da heterossexualidade compulsória sobre os corpos e relações de travestis e mulheres transexuais.

Goffman (2013) argumenta que a presença deste atributo pode confirmar ou reafirmar a “normalidade” de pessoas ou grupos específicos – na nossa análise, a heterossexualidade compulsória –, destacando um traço específico do indivíduo – a transexualidade ou a travestilidade – e o sujeita à impossibilidade de atenção social para outros atributos seus, imputando-lhes um grande descrédito. Este autor também chama

atenção para o caráter relacional do estigma, argumentando que um atributo em si mesmo não é nem honroso nem desonroso, pois ele só é percebido como tal nas relações interpessoais, no caso de pessoas trans, primeiramente com a família e depois com os demais sujeitos, como professores, amigos, vizinhos e outros.

Travestis e mulheres trans, por questionarem corporalmente e performaticamente as fronteiras de gênero impostas, são consideradas “seres abjetos”, pois colocam em cheque a categoria “sexo”, dada naturalmente como o real, e mostra em seus próprios corpos como esta categoria é “um ato de dominação e coerção, um ato performativo institucionalizado que cria e legisla a realidade social pela exigência de uma construção discursiva/perceptiva dos corpos” (BUTLER, 2016, p. 200), isto é, uma construção social. É nesse ponto que a abjeção pode ser encarada não apenas como uma sujeição passiva, mas como uma manifestação clara de possibilidades de empoderamento e de resistência ao poder heteronormativo, pois denuncia a “essencialidade” da categoria sexo.

As histórias de vida dessas nossas interlocutoras são diversas e marcadas por singularidades importantes. Durante o processo de estigmatização, pudemos observar que existe espaço para a construção de resistência contra o estigma. Foucault (2013) chama atenção de que as relações de poder são produtivas, e sempre que há uma relação de poder, existe uma possibilidade de resistência. Esta resistência é exatamente como o poder, “tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele” (p. 360), vem de baixo e se distribui estrategicamente. O movimento de resistência foi observado por meio de interações com outros sujeitos afetados pelo mesmo estigma através da construção de organizações sociais de luta contra a discriminação e dos espaços da micropolítica cotidiana através do “uso” ou performance de seus próprios corpos.

O nosso estudo indica também a importância do empreendimento de novas pesquisas que possam discutir e problematizar algumas das tensões e deslocamentos identitários, movimentos de resistência ao processo de estigmatização (principalmente aqueles que estão ocorrendo no cotidiano das intersubjetividades), considerando os aspectos da violência, discriminação e patologização das identidades subversivas às normatizações de gênero.

5.3 Artigo III – Discriminação e sexo anal desprotegido receptivo entre travestis e mulheres transexuais no nordeste do Brasil

Resumo

Introdução: o estigma e a discriminação relacionados à identidade de gênero são relatados na literatura como fatores que pode influenciar de forma direta a vulnerabilidade ao HIV por meio da maior exposição ao sexo anal desprotegido receptivo (SADER). **Objetivo:** investigar a associação entre a discriminação e o SADER com parceiros fixos entre travestis e mulheres transexuais (TrMT). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com métodos mistos. Os dados quantitativos foram provenientes de um inquérito epidemiológico de corte transversal, realizado entre 2014 e 2015 com travestis e mulheres transexuais em Salvador-Bahia-Brasil. Foi utilizada a amostragem dirigida pelo participante (RDS) para recrutamento da população de estudo. A discriminação foi definida através da Análise de Classes Latentes. Outras análises incluíram descritiva, bivariada e multivariada. Dezenove entrevistas em profundidade com as participantes foram transcritas e analisadas através de análise de conteúdo temática. **Resultados:** Observou-se uma proporção de SADER com parceiros fixos de 36,9%. A discriminação associou-se positivamente à prática de SADER com parceiros fixos (OR=6,47; IC 95%: 1,67-25,02). E esta associação pode ser ainda mais forte quanto maior a confiança no parceiro e pela presença de sintomas de depressão. A análise das entrevistas pôde ilustrar experiências concretas de discriminação e elementos envolvidos na decisão de não utilizar o preservativo com parceiros fixos, bem como contextos cotidianos de discriminação. **Conclusão:** os dados indicam a necessidade de construção de políticas públicas de proteção à integridade moral e física desta população, considerando o estigma e a discriminação não apenas como um efeito da sociedade patriarcal, mas como produtor de desfechos negativos em saúde.

Palavras-chave: Comportamento Sexual; HIV; Estigma; Discriminação; Sexo anal desprotegido receptivo.

Abstract

Introduction: stigma and discrimination related to gender identity is reported as a factor that can directly influence vulnerability to HIV through increased exposure to unprotected anal sex. **Objective:** to investigate an association between gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse (URAI) with fixed partners between *travestis* and transsexual women. **Methodology:** This is a research with mixed methods. The quantitative data came from a cross-sectional epidemiological survey conducted between 2014 and 2016 with *travestis* and transsexual women (TrTW) in Nothesth of Brazil. Respondent driving sampling (RDS) was used for recruitment of the study population. Gender-based discrimination was defined through Latent Class Analysis. Other analyzes included descriptive, bivariate and multivariate. Nineteen in-depth interviews with the participants were transcribed and analyzed through thematic content analysis. **Results:** A proportion of URAI with fixed partners of 36.9% was observed. Gender-based discrimination was positively associated with URAI practice with fixed partners (OR=6,47; IC 95%: 1,67-25,02). And this association can be even stronger the greater the confidence in the partner and the presence of symptoms of depression. And the analysis of the interviews could illustrate concrete experiences of discrimination and elements involved in the decision not to use the condom with fixed partners, as well as daily contexts of interpersonal stigma.

Key-words: Sexual Behavior; HIV; Stigma; Discrimination; Unprotected receptive anal intercourse.

Introdução

A prevalência de infecção pelo HIV entre mulheres transgênero estimada para vários países do mundo é bastante elevada (19,1%), assim como a estimativa de chance de infecção entre elas em 85,3 vezes maior, quando comparada com a prevalência de infecção entre adultos em idade reprodutiva da população em geral (BARAL *et al.*, 2013). Esses dados demonstram a desproporcionalidade da infecção nesta população. A estimativa da prevalência de infecção entre mulheres transgênero para o Brasil é de 33,1% (BARAL *et al.*, 2013), porém com variações importantes a depender da região geográfica e do desenho do estudo (COSTA *et al.*, 2015; SOUSA; FERREIRA; DE SA, 2013; GRANDI *et al.*, 2000; GRINSZTEJN *et al.*, 2017; MARTINS *et al.*, 2013).

Os principais fatores de risco para a infecção pelo HIV entre mulheres transgênero, descritos na literatura, são os fatores sociais, como o estigma, a discriminação, a violência decorrente da identidade de gênero (transfobia), a constante migração, a exclusão social e as condições socioeconômicas desfavoráveis, gerando situações de desassistência dessas pessoas e também pela ausência de políticas públicas. Além disso, observa-se a presença de fatores de risco comportamentais, tais como o sexo desprotegido (sobretudo entre as trabalhadoras sexuais), as práticas de transformações corporais sem acompanhamento médico (uso de hormônio e silicone), e o uso de drogas lícitas e ilícitas (GIAMI; LE BAIL, 2011).

Dentre as muitas explicações para a desproporcionalidade das taxas de infecção por HIV, identifica-se o processo de estigmatização por conta da expressão de gênero, em sociedades heteronormativas, o que tem sido destacado principalmente por promover um contexto social, econômico e psicológico desfavorável às mulheres trans (KHAN *et al.*, 2009; WINTER *et al.*, 2016; WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015). Quando se comparam homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transgênero, observa-se que elas vivenciam mais estigma (STAHLMAN *et al.*, 2016) e experimentam mais eventos psicossociais estressores do que os HSH, sofrendo discriminação mesmo dentro da comunidade LGBT (INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009).

Apesar disso, as recentes medidas de prevenção enfatizam a biomedicalização, principalmente com o advento de novas tecnologias, como a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), e dão menos ênfase a questões estruturais da vulnerabilidade e ao papel comunitário das populações mais afetadas, como, por exemplo, o

ativismo que marcou os esforços de controle do vírus no início da epidemia (AGGLETON; PARKER, 2015).

O estigma também tem sido discutido por alguns autores como uma causa fundamental de iniquidades em saúde (HATZENBUEHLER; PHELAN; LINK, 2013). Corroborando com esta ideia, pesquisadores, ativistas e profissionais de saúde, desde 2014, na 20ª Conferência Internacional de AIDS realizada em Melbourne, na Austrália, indicam o estigma e a discriminação como um dos principais fatores que explicam o perfil atual da epidemia de aids (LANCET, 2014), fato que tem sido cada vez mais relatado na literatura (KING *et al.*, 2013; LOGIE *et al.*, 2016a; NUTTBROCK *et al.*, 2013; STAHLMAN *et al.*, 2015).

Especificamente para as mulheres transgênero, estudos têm mostrado que os serviços de cuidado e prevenção de HIV são afetados pelo estigma (GIBSON *et al.*, 2016; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; LOGIE *et al.*, 2012; RHODES *et al.*, 2015; WOODFORD *et al.*, 2016), fazendo com que muitas delas evitem os serviços de saúde públicos por conta de experiências anteriores de discriminação e de maus tratos (GIBSON *et al.*, 2016).

O estigma e a discriminação são também relatados na literatura como um fator que pode influenciar de forma direta na vulnerabilidade ao HIV por meio da maior exposição ao sexo anal desprotegido (NEMOTO *et al.*, 2004; SANCHEZ *et al.*, 2010; STAHLMAN *et al.*, 2016; SUGANO; NEMOTO; OPERARIO, 2006). Estudos também demonstram que o preservativo é mais usado no trabalho sexual, enquanto no sexo com os parceiros fixos (namorados e maridos) o uso é menor (GANJU; SAGGURTI, 2017; GIBSON *et al.*, 2016; NEMOTO *et al.*, 2004). Desse modo, o presente estudo objetiva investigar a associação entre o SADER com parceiros fixos e a discriminação relacionada à identidade de gênero, numa população de travestis e mulheres transexuais (TrMT), bem como compreender situações concretas de discriminação a partir de histórias de vida produzidas por elas na cidade de Salvador-Bahia.

Metodologia

População do estudo e coleta de dados

Esta investigação integra o estudo PopTrans, uma pesquisa com metodologia mista, que coletou dados quantitativos e qualitativos. A população total do estudo foi constituída por

pessoas que se autodeclaravam travesti ou mulher transexual (TrMT), com idade igual ou superior a 15 anos e que moravam em Salvador ou região metropolitana no período do estudo. O inquérito comportamental caracterizou-se por um estudo epidemiológico do tipo corte transversal de base populacional. O recrutamento das participantes ocorreu entre setembro de 2014 a abril de 2016, em um espaço organizado para este fim, localizado no centro da cidade de Salvador, das 13hs às 17hs, de segunda a sexta-feira. O estudo qualitativo foi realizado através da realização de 19 entrevistas que exploravam narrativas sobre as histórias e modos de vida das TrMT na cidade de Salvador. Durante o inquérito, as participantes eram convidadas para uma entrevista em profundidade, que ocorreu em sala reservada na sede do estudo ou em outro lugar que a entrevistada escolhesse (DOURADO *et al.*, 2016).

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, para as menores de 18 anos. Além disso, foi respeitada a dignidade e autonomia das participantes, assegurando sua vontade de permanecer, ou não, na pesquisa, além da garantia de que todos os danos previsíveis seriam evitados. Foi mantido também o anonimato dos relatos, por meio de nomes fictícios.

Processo amostral

Para a seleção das participantes, utilizou-se o *Respondent Driven Sampling* (RDS), uma metodologia mais adequada para o recrutamento de populações de difícil acesso, em comparação aos métodos de amostragem por conveniência, uma vez que essas populações não podem ser amostradas pelos métodos probabilísticos tradicionais. O RDS combina a lógica de seleção do método “bola de neve” com a teoria matemática das Cadeias de Markov, e permite a obtenção de estimativas de interesse do estudo com menos vieses de seleção (BARBOSA JÚNIOR *et al.*, 2011; HECKATHORN, 1997).

Inicialmente foi realizada uma pesquisa formativa, que consistiu na realização de dois grupos focais e, posteriormente, foram escolhidas pelos pesquisadores 10 sementes com redes de contatos sociais relativamente grandes, e com base na diversidade etária e socioeconômica. Cada uma das “sementes” recebeu três convites para convidar três outras pessoas da sua rede social. Estas novas convidadas recebiam mais três convites e o mesmo processo se repetiu até se atingir o tamanho final da amostra: 127 TrMT. O monitoramento da conexão recrutadora-recrutada foi feita através de um programa específico (“gerenciador de

cupons”). As participantes receberam o incentivo em tickets de alimentação: o primário de R\$ 30,00 (US\$ 10,60) e o secundário de R\$ 30,00 (US\$ 10,60) para cada participante recrutada. As cadeias de recrutamento chegaram até oito ondas, que são as sequências de recrutamento (Figura 6).

Variáveis

Exposição principal: discriminação

Goffman (2013) refere-se ao estigma como um atributo profundamente depreciativo de uma pessoa, que é percebido como tal através da interação social. A discriminação é considerada como um comportamento de endossamento e reforço de estereótipos que leva as pessoas à desvantagem (PESCOSOLIDO, 2015). Neste artigo, analisamos a discriminação como uma ação contra a identidade de gênero de TrMT, verificando este fenômeno através de relatos de discriminação e violência perpetradas por pessoas da interação social das participantes do estudo.

A análise de classes latentes (LCA) é um método estatístico utilizado para a classificação de indivíduos em classes latentes (não observadas), quando existe um conjunto de variáveis categóricas observadas que são altamente relacionadas. O objetivo principal desta análise é encontrar um conjunto de classes que representem os padrões de resposta dos dados e identificar a frequência de cada classe latente, bem como a estimativa do seu erro associado (COLLINS; LANZA, 2010).

Desse modo, a LCA foi utilizada para definir padrões de discriminação a partir das seguintes variáveis selecionadas do questionário do PopTrans: (1) agressão por policiais, (2) agressão física, (3) agressão verbal, discriminação por (4) policiais ou seguranças, (5) por familiares, (6) por amigos e (7) por vizinhos.

Outras variáveis do estudo

A variável de desfecho SADER com parceiros fixos, foi estabelecida a partir da questão “você costuma usar camisinha com seus parceiros fixos (namorado/marido) durante o sexo anal sendo penetrada pelo parceiro?”. A variável foi categorizada em “usa sempre/na maioria das vezes/poucas vezes usa” e “nunca usa”. As demais co-variáveis do estudo foram

selecionadas para ajuste da associação principal (associação entre discriminação e SADER com parceiros fixos) a partir da revisão de literatura: identidade de gênero, idade, anos de escolaridade, cor de pele, renda, trabalho sexual e histórico de sexo forçado. A variável “sintomas depressivos” foi constituída a partir do escore do instrumento PHQ-9, já validado para rastreamento de sintomas depressivos pela atenção primária à saúde na população adulta brasileira (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014; GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 2013; OSÓRIO et al., 2009) e utilizado em diferentes populações. A pontuação máxima da PHQ-9 é de 27 pontos. A categorização utilizada a partir do escore do PHQ-9 foi a seguinte: ausência de depressão (0 a 9 pontos), depressão leve (10 a 14 pontos), depressão moderada (15 a 19 pontos) e depressão severa (20 a 27 pontos) (OSÓRIO et al., 2009). Esta variável foi posteriormente recategorizada em “ausência de depressão” e “depressão leve, moderada e severa”. “Confiança no parceiro” foi construída a partir da pergunta: “você acharia desnecessário o uso de camisinha quando você confia no seu parceiro?”, categorizada em “sim” e “não”.

Análise

As estimativas da análise descritiva foram ponderadas pelo inverso do tamanho da rede de contato social das participantes e pelo grau de homofilia (pesos), com o fim de levar em conta o desenho amostral (SALGANIK; HECKATHORN, 2004). Os pesos foram calculados no programa RDS Analyst 0.42 (HANDCOCK; FELLOWS; GILE, 2014). Os parâmetros da análise de classes latentes (LCA) - prevalências de classes e probabilidades de respostas ao item - foram utilizados para descrição das classes latentes do modelo final selecionado. Como critérios para seleção do melhor modelo usou-se o critério de informação bayesiano (*Bayesian Information Criterion, BIC*) e o critério de informação de Akaike (*Akaike Information Criterion, AIC*), com menores valores indicando melhor ajuste. Uma medida que sumariza a incerteza da classificação a posteriori e fornece uma indicação de discriminação das classes definidas pelo modelo foi a entropia (quanto mais próximo de 1 melhor) (CELEUX; SOROMENHO, 1996). A escolha do modelo também foi baseada na interpretabilidade das classes latentes. LCA foi implementada no software Mplus 5.21 (MUTHÉN; MUTHÉN, 1998-2009).

A variável latente “discriminação” e os pesos do RDS foram utilizados no programa

STATA 12.1 (StataCorp, College Station, TX, USA) para realização das análises descritiva e multivariada. Regressão logística múltipla foi ajustada para estimação dos efeitos da variável exposição principal no SADER com parceiros fixos, permitindo avaliação de confundimento e modificação de efeito. Para seleção das variáveis a serem mantidas no modelo final para SADER, considerou-se o procedimento *forward* baseado na revisão de literatura. As variáveis consideradas como modificadores de efeito da associação principal foram escolhidas a partir da análise bivariada e também da revisão de literatura, que indicou que tanto a confiança no parceiro quanto os sintomas depressivos podem influenciar o uso do preservativo no contexto de parcerias fixas.

As entrevistas em profundidade, orientadas por tópicos sobre a história de vida, modificação corporal, cuidados à saúde, experiências de violência/discriminação, relacionamentos sociais, afetivo-sexuais e projetos para o futuro, foram transcritas e analisadas através de análise de conteúdo temática, dando destaque para as experiências de discriminação relacionadas às variáveis da LCA, ao SADER, sintomas depressivos e confiança no parceiro. A análise do conteúdo das entrevistas pretendeu contextualizar os resultados epidemiológicos com histórias e narrativas das vidas de algumas participantes do estudo, bem como aprofundar estes achados permitindo a compreensão de aspectos concretos da vida das pessoas, principalmente em contextos de estigmatização e vulnerabilidade ao HIV.

Resultados

Caracterização da população

A amostra deste estudo foi composta por 127 TrMT majoritariamente jovem (78% com menos de 35 anos), de baixa renda (52% ganhavam menos que dois salários mínimos) e com cor de pele preta ou parda (78%). A maioria delas tinha entre nove a onze anos de escolaridade (64,1%), quase todas já trabalharam ou ainda trabalham como profissionais do sexo (92%) (Tabela 3).

Os resultados indicam que as participantes sofrem com um alto nível de discriminação por conta da identidade de gênero (41,5%). As pessoas que mais discriminaram foram os vizinhos (76%) e os policiais ou seguranças (66,9%), seguido dos amigos (49,9%) e pela própria família (42,5%). No que diz respeito ao histórico de violência, mais da metade

declarou ter sofrido agressão física (59,1%) e agressão verbal (91,1%). Também houve relato de violência sexual (37,4%), chantagem ou extorsão de dinheiro (27,2%) (Tabela 3).

Poucas delas (12,9%) fizeram mudança do nome no documento de identificação nacional de saúde – nome social no cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), um direito adquirido pelo ativismo trans no Brasil (BRASIL, 2009) –, e apenas quatro delas (1,8%) fizeram a mudança do nome no documento de identificação nacional no Brasil (RG), pois enfrentam um longo processo judicial para obtê-lo. Quase a metade relatou ter sido discriminada em serviços de saúde (48,1%), e muitas não foram bem tratadas em espaços do serviço público (30%) (Tabela 3).

Discriminação

Foram comparados modelos com 2 a 6 classes latentes usando AIC e BIC. O modelo escolhido para descrever estigma pessoal foi aquele com 2 classes latentes (entropia = 0,878) (Tabela 4). Na Classe 1 (N=53), denominada “maior discriminação”, as TrMT reportaram alta proporção para todas as variáveis que compuseram as classes latentes: agressão por policiais (94,1%), agressão física (85,5%), agressão verbal (94,9%), discriminação por policiais ou seguranças (100%), por familiares (65,4%), por amigos (52,6%) e por vizinhos (77,5%). Na Classe 2 (N=74), denominada “menor discriminação”, as TrMT reportaram menor proporção para todas as variáveis (Tabela 5).

Associação entre discriminação e SADER com parceiros fixos

A maioria (81,1%) relatou ter relação sexual somente com homens; 95,2% indicaram o uso constante do preservativo com os parceiros casuais, e com clientes esta prática foi reportada por 99,7% delas. A proporção do SADER com parceiros fixos foi de 36,9%. Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre discriminação e SADER com parceiros fixos (OR=4,55; IC 95%: 1,29-15,98). Esse efeito foi mais forte quando a associação foi ajustada por idade, renda, cor de pele, anos de escolaridade, histórico de sexo forçado e identidade de gênero (OR=6,47; IC 95%: 1,67-25,02) (Tabela 6). Entre as TrMT com sintomas depressivos leves, moderados e severos, a associação entre discriminação e SADER com parceiros fixos foi muito mais forte (OR=23,90; CI 95%: 1.15-496.56) do que entre aquelas que não relataram sintomas depressivos (OR=1.40; CI 95%: 0.22-8.62), porém

os IC de 95% são bem amplos e imprecisos (Tabela 7). E entre aquelas que confiavam no parceiro, a associação entre discriminação e SADER com parceiros fixos foi muito maior (OR=23.06; IC 95%: 1.49-355.28) em comparação com a associação entre aquelas que não confiam no parceiro (OR=3.43; IC 95%: 0.81-14.53) (Tabela 8).

Histórias de discriminação e práticas sexuais

As entrevistas em profundidade mostraram muitas experiências que exemplificam as histórias de discriminação narradas pelas participantes da pesquisa ao longo de suas trajetórias de vida em Salvador, Bahia. A maioria delas relatou começara vivência de discriminação no espaço da família, acompanhada geralmente de atos de violência (física, verbal e simbólica) perpetrada por pais, mães, irmãos e parentes próximos.

Meu pai quando chegava às vezes e dizia: “Não quero afeminado dentro de casa” Ai eu já com 13, 14 anos. (...) Então, eu fugi com uma travesti pra o Rio de Janeiro. (Angélica, travesti, 26 anos, prostituta)

Meu irmão me batia muito, me agredia muito, eu tenho várias ocorrências de registros (na polícia), pois ele me batia muito, e teve uma última vez que ele me bateu e colocou para fora. Me chama com o nome masculino. (Beatriz, 23 anos, mulher transexual, educadora social)

Eu sempre fui afeminado desde criança e fui crescendo assim (...) quis sair da companhia da minha mãe, mas ela também mandava eu ir me embora. (...) Então, eu desde catorze anos que eu vivo só pelo mundo afora... (Adélia, 61 anos, travesti, não tem ocupação no momento)

A partir da discriminação sofrida na família, muitas delas saem de casa, às vezes, de suas cidades de origem (principalmente quando se trata de cidades pequenas), e vão viver em outros lugares (cidades maiores, casas de amigas trans, casas de cafetinas), muitas vezes adentrando no mercado sexual. Desse modo, o estigma parece ser uma barreira para o crescimento profissional de muitas delas, reforçando mecanismos de exclusão social.

As entrevistas mostraram também que muitas delas desistem dos estudos por conta da discriminação sofrida no ambiente escolar, perpetrada por professores e colegas. Talvez, por isso, poucas consigam adentrar no mercado formal de trabalho, que também se constitui como um local de discriminação e, conseqüentemente, de exclusão, como podemos observar nos seguintes relatos:

Desisti de estudar pelos preconceitos. Eu pedia aos professores pra me chamar pelo nome feminino e eles me chamavam pelo masculino. Aí começavam a me jogar

bolinha de papel (...). Não foi nem dos estudos, mas dos tipos de alunos e professores. (Manuela, 26 anos, mulher transexual, prostituta)

A maioria [das Trans que fazem trabalho sexual] são profissionais, mas não tem oportunidade na formação delas. Tem umas que têm faculdade, têm cursos profissionalizantes, mas a sociedade não dá oportunidade porque elas têm uma prática de ser feminina. (Angélica, travesti, 26 anos, prostituta)

As relações com as pessoas próximas também são afetadas pelo estigma relacionado à identidade de gênero. Algumas das participantes relatam que depois que iniciaram seu processo de transformação corporal e afirmação identitária, os amigos começaram a se afastar, fato que pode provocar intenso sofrimento mental.

As pessoas dizem que aceitam e porque não me convidam para ir na sua casa? Depois que eu me vestir de trans, né? Que eu assumir minha identidade, eu nunca mais fui chamada pelos amigos para sair, para ir na casa, numa praia ou no cinema. (Beatriz, 23 anos, mulher transexual, educadora social)

Esta entrevistada, por exemplo, relatou intensos sintomas depressivos, como podemos observar no trecho a seguir: “eu pensava em me matar. Eu não aceitava quem eu era. Sabe por que eu não aceitava? Eu não tenho família pra me aceitar. Não tenho ninguém. Para mim o mundo fica desprovido de prazer. Eu cheguei a tomar remédios para tentar me matar e tudo”. Apesar disto, não foram raros também os relatos de superação e resistência durante as mais diversas trajetórias das entrevistadas. Beatriz, por exemplo, finaliza sua narrativa com uma história de engajamento na luta social e êxito profissional.

Os tipos das agressões praticadas contra essas pessoas são os mais diversos, variando desde a violência simbólica, percebidas por meio de gestos, olhares e situações, passando por violência verbal (através de xingamentos, brincadeiras etc.) e violência física (estupro, brigas etc.), chegando até mesmo ao assassinato de muitas delas. Os relatos mostram certa banalidade da violência, que é justificada pela performance corporal ou pela identidade feminina, como podemos observar a seguir:

Uma amiga minha foi assassinada. (...) Ela tinha trejeitos, da mesma forma usava roupas, oscilava entre o masculino e o feminino. O cabelo dela era bem maior do que o meu, ela tinha o rosto feminino. (...) Houve uma discussão com um homofóbico. (...) Nessa situação ele saiu e, quando voltou, voltou armado e disparou três tiros nela. (Lucília, 49 anos, mulher transexual, cozinheira)

Mataram uma amiga minha (trans) (...) lá em Petrolina. O cara levou ela pro mesmo lugar que me levou e matou ela lá de facada. (...) Deixou ela pelada e jogou ela num canavial. (Elba, 27 anos, mulher transexual, prostituta)

Fui estuprada na Pituba. Fui obrigada a fazer sexo com usuário de droga que colocou uma faca em minha barriga. O cara veio por de trás, colocou uma faquinha

no meu pescoço e disse "Vumbora, eu vou enfiar no seu pescoço, nem corra, sua desgraça..." E aí eu desci para areia da praia, mandou eu baixar e me comeu. Gozou dentro de mim. (...) Sofri assédio também de clientes, que me estupraram. Com risco de pegar HIV, sexo com a arma a minha cabeça. (Beatriz, 23 anos, mulher transexual, educadora social)

No que diz respeito às práticas sexuais, notamos algumas diferenças importantes no uso de preservativo a depender dos parceiros sexuais. Diferentemente das relações com parceiros comerciais, algumas das participantes relataram esse comportamento de risco para HIV com parceiros fixos, como maridos e namorados, como podemos observar nesse trecho: “na rua também com os clientes tenho me cuidado pra não fazer sem camisinha. Já fiz sem camisinha, só que não foi com clientes, foi com namorado. Os clientes da rua eles ficam querendo fazer sem camisinha, eu digo “não” (Elba, 27 anos, mulher transexual, prostituta). A relação de confiança entre maridos e namorados pode ser um dos motivos para o sexo sem preservativo, que reforça a decisão a analisar a variável “confiança no parceiro” como potencial modificadora de efeito:

Se for um namorado meu, não tenho nenhum conhecimento com ele, não transo sem camisinha. No começo assim, se for (...) não faço. Primeiro vou ter confiança nele, conversando com ele, ver a situação dele, o estado dele de saúde. Aos poucos eu vou, eu vejo praticamente eu não tenho nada, quase certeza. Mas aquela coisa, pelo menos o boquete rola sem camisinha. O oral rola, às vezes. (...) O meu marido mesmo era sem camisinha. (Manuela, 26 anos, mulher transexual, prostituta)

Discussão

As experiências de discriminação relatadas nas entrevistas ilustram a realidade cruel de discriminação enfrentada pelas TrMT na quarta maior cidade do Brasil, evidenciando altos níveis de relato de agressão e discriminação por policiais, discriminação pela família, amigos, vizinhos e de agressão física e verbal.

Em várias regiões do mundo, a experiência das mulheres transgênero também é marcada por um intenso contexto de violência e exclusão social, com relato de violência física (BOCKTING *et al.*, 2005; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009; MELENDEZ; PINTO, 2007; POLLOCK *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2015), verbal (BOCKTING *et al.*, 2005; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009; MELENDEZ; PINTO, 2007; POLLOCK *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2015), simbólica (KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009; LOGIE *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2015), emocional (INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009), e sexual (BEATTIE *et al.*, 2012; BOCKTING *et al.*, 2005; DISTEFANO, 2016; LOGIE *et al.*, 2012;

PALAZZOLO *et al.*, 2016; WILSON *et al.*, 2011; WILSON; ARAYASIRIKUL; JOHNSON, 2013).

É importante lembrar que o Brasil não possui leis específicas de criminalização à transexualidade, travestilidade e homossexualidade, como ocorre com outras populações vulneráveis, a exemplo das mulheres. Entretanto, a formação da cultura brasileira é marcada pelo machismo e patriarcalismo (PARKER, 1996), que, em muitas situações, submete as travestis e pessoas trans ao estigma, à discriminação e à violência.

A discriminação na família aumenta a vulnerabilidade à infecção pelo HIV para as TrMT, no nosso estudo, por significar o primeiro passo para a exclusão social dessas pessoas, fato que pode influenciar a expulsão de muitas delas do espaço do lar, a baixa escolaridade e o consequente engajamento de muitas no mercado sexual, como pudemos observar em nossas entrevistas em profundidade e, no estudo etnográfico de Souza *et al.* (2015) com travestis do sul do Brasil. Corroborando com esses achados, estudo realizado nos EUA com mulheres transgênero mostrou que um dos motivos para elas entrarem no trabalho sexual foi a necessidade de sobrevivência financeira, atribuída principalmente à discriminação contra pessoas trans no mercado de trabalho formal (NEMOTO *et al.*, 2004). Estudo realizado no Rio de Janeiro com travestis e mulheres trans mostrou que aquelas que estavam engajadas no sexo comercial tinham uma chance 30 vezes maior de ser infectada pelo HIV do que aquelas que não estavam (GRINSZTEJN *et al.*, 2017)

Estudo qualitativo realizado na Cidade do México com travestis, transgêneros e mulheres transexuais identificou vários relatos de abuso físico, incluindo o abuso por membros da família e violência enquanto vendiam sexo na rua. Houve também relato de rejeição, estigma e discriminação mesmo dentro da comunidade gay (INFANTE; SOSARUBI; CUADRA, 2009), o que pode indicar pouco apoio social nesta população.

A infecção pelo HIV tem sido associada positivamente ao estigma relacionado à identidade transgênero, o sexo forçado e a agressão física (LOGIE *et al.*, 2016). Outro estudo realizado com mulheres transgênero em três países africanos mostrou uma associação positiva entre o estigma social e o último episódio de sexo anal desprotegido, embora os autores não tenham indicado o tipo de parceria sexual (STAHLMAN *et al.*, 2016). Estudo em São Francisco nos EUA mostrou que entre as mulheres transexuais com idade entre 18 e 25 anos, aquelas que relataram níveis mais altos de exposição à transfobia (estigmatização de indivíduos que não estão em conformidade com as normas tradicionais de gênero) tiveram

uma chance 3,2 vezes maior de se envolverem com SADER em comparação com aquelas com menores níveis de exposição (SUGANO; NEMOTO; OPERARIO, 2006).

A discriminação e o estigma podem afetar o acesso aos serviços de saúde em geral no Brasil (TAGLIAMENTO; PAIVA, 2016), e o acesso a serviços de testagem e aconselhamento de HIV (WOODFORD *et al.*, 2016), falta de acesso a informações de prevenção de HIV (LOGIE *et al.*, 2012; RHODES *et al.*, 2015) e falta de confidencialidade dos resultados dos testes de HIV em serviços públicos de saúde em outros lugares do mundo (GIBSON *et al.*, 2016; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009). As travestis, transgêneros e mulheres transexuais na Cidade do México relataram não ter informações sobre prevenção do HIV ou preservativos gratuitos por meio dos serviços de saúde pública ou ONGs, de modo que elas tinham que comprar seus próprios preservativos e achavam que a informação era insuficiente (INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009).

Observamos a prática de SADER com parceiros fixos em alta proporção e que a discriminação está associada a essa prática. Uma hipótese baseada nos dados qualitativos é que o estigma possa fragilizar a capacidade de negociação do preservativo em contextos que envolvem uma relação sentimental mais intensa. De outro ponto de vista, devido à discriminação e violência sofrida em outros contextos interativos, e diante de alguém em que há possibilidade de um vínculo mais duradouro, ou algum indicativo de “confiança”, é possível haver retirada ou ausência do preservativo. Nesse caminho, uma das explicações para o não uso do preservativo é a validação de gênero, descrita em um estudo qualitativo nos EUA (NEMOTO *et al.*, 2004), como sentir-se mais mulher durante o sexo anal desprotegido. Esta pesquisa mostrou também muitas diferenças na negociação do preservativo no contexto do trabalho sexual e no contexto das relações românticas regulares, indicando que o preservativo é mais utilizado no trabalho sexual, pois é conceituado como um negócio de regras bem definidas, pelo qual o preservativo é inegociável; enquanto o sexo com os parceiros fixos é imbuído de significado pessoal e emocional, sendo menos influenciado por pensamentos sobre sexo seguro.

Uma etnografia no Sul do Brasil mostrou que a relação afetiva e as práticas sexuais das travestis modificam-se a depender do “tipo” dos seus parceiros (BENEDETTI, 2005). Nesse estudo, ter um “marido” foi imbuído de um significado de feminilidade necessário para a performance de gênero das travestis. A figura deste “marido” é muito desejada pelas travestis, pois é uma forma de afirmação de seu *status* feminino, fazendo com que elas se sintam “mulher”. Este parceiro estável precisa ser “homem”, ou seja, aquele sujeito que é

exclusivamente “ativo” (aquele que faz sexo anal insertivo) nas relações sexuais, sendo que esta prática pode aumentar o risco à infecção pelo HIV via SADER (BAGGALEY; WHITE; BOILY, 2010). No trabalho sexual, o papel sexual varia a depender dos clientes, existem aqueles que são os “mariconas”, que são passivos (aquele que faz sexo anal receptivo), e os “home” que são ativos na relação (BENEDETTI, 2005).

Os resultados do nosso estudo mostraram que, apesar do pequeno tamanho amostral para avaliar interação, a confiança no parceiro pode ser um potencial modificador de efeito da associação entre discriminação e SADER com parceiros fixos. Algumas delas também relataram a confiança nos maridos e namorados como responsáveis por tal comportamento. Estudo conduzido na Índia mostrou que a confiança no parceiro fixo/regular foi relatada como um dos motivos para o sexo desprotegido (BEATTIE *et al.*, 2012). E estudos brasileiros com pessoas cisgênero têm demonstrado largamente o uso inconsistente do preservativo nas relações consideradas estáveis (GELUDA *et al.*, 2006; MADUREIRA; TRENTINI, 2008; MAIA, GUILHEM; FREITAS, 2008; MARTINS *et al.*, 2006; RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011; VILLARINHO *et al.*, 2002).

Os sintomas depressivos também podem ser um possível modificador de efeito da discriminação na prática do SADER com parceiros fixos. Estudos têm mostrado que o estigma pode ser prejudicial para saúde mental das mulheres transgênero na medida em que as fazem enfrentar abusos físicos e sexuais na idade adulta por conta da transfobia, violência dentro de casa por seus parceiros sexuais, isolamento social, medo da rejeição, desconforto e insegurança nos espaços públicos, que podem produzir altos níveis de depressão e suicídio (HERBST *et al.*, 2008).

A relação entre saúde mental e risco para a infecção pelo HIV/aids tem sido progressivamente documentada. Estudo transversal conduzido em São Francisco nos Estados Unidos da América (EUA) mostrou que 62% das mulheres trans entrevistadas tinham depressão e 32% já tentaram suicídio (CLEMENTS-NOLLE *et al.*, 2001). E que entre aquelas com baixa autoestima, a chance de usar de forma inconsistente o preservativo durante o sexo anal receptivo comercial aumentou cerca de três vezes mais do que entre aquelas com boa autoestima (CLEMENTS-NOLLE; GUZMAN; HARRIS, 2008).

Estudo qualitativo conduzido com mulheres transgênero na Índia também mostrou que as entrevistadas que se achavam desvalorizadas e com baixa autoestima, por conta do estigma vivenciado, diziam não usar o preservativo com seus maridos, principalmente porque

o preservativo se apresentava como uma barreira para a intimidade com o parceiro (GANJU; SAGGURTI, 2017).

Corroborando estes achados, estudo longitudinal realizado em Nova Iorque nos EUA, entre 2004 e 2007, estimou uma prevalência de depressão de 54,7% e 52,4% entre as mais jovens e as mais velhas, respectivamente (NUTTBROCK *et al.*, 2010). Além disso, demonstrou fortes evidências de que a discriminação baseada no gênero aumentava o risco de depressão e de práticas sexuais arriscadas, que, por sua vez, elevaram a probabilidade de infecção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis entre mulheres trans mais jovens (19-30 anos). Este estudo também mostrou que a combinação entre o abuso de gênero com os sintomas depressivos eram preditores importantes para as relações sexuais anais receptivas desprotegidas (NUTTBROCK *et al.*, 2013).

Limites do estudo

Algumas limitações estão presentes neste estudo, entre elas, o desenho transversal que não permite verificar uma relação de temporalidade entre a exposição e o desfecho. Além disso, o RDS não permite que os resultados possam ser generalizados para a população de travestis e mulheres transexuais de Salvador por não ser uma amostra probabilística. Por outro lado, fornece informações sobre a rede social da qual as participantes foram recrutadas. O RDS também pode ter gerado possível viés de seleção por termos atraído pessoas com condições econômicas desfavoráveis.

O tamanho amostral não atingiu o número mínimo de unidades para estimar as relações de interesse, sobretudo para realização de análise de modificação de efeito. Entretanto, artigos têm sido publicados com tamanho amostrais semelhantes ou menores do que o nosso (KAPLAN; MCGOWAN; WAGNER, 2016; LOGIE *et al.*, 2016; SALAZAR *et al.*, 2017). Apesar de não mostrar dados estatisticamente significantes, apresentamos os dados da associação por estratos destas variáveis por apresentar grande diferença na medida e pela revisão de literatura (BEATTIE *et al.*, 2012; CLEMENTS-NOLLE, KRISTEN; GUZMAN; HARRIS, 2008; GANJU; SAGGURTI, 2017; NUTTBROCK *et al.*, 2013). De qualquer modo, consideramos relevante a análise exploratória realizada, que aponta um potencial efeito de fatores da vulnerabilidade individual e social ao HIV na associação entre discriminação e SADER com parceiros fixos.

Outra limitação em relação à análise realizada diz respeito ao uso da variável latente

estigma como uma variável observada (sem incorporação dos erros de mensuração) nos modelos de regressão logística. Existe discussão na literatura que este tipo de abordagem, também denominada "naive", pode resultar em subestimação dos efeitos (BRAY; LANZA; TAN, 2015). No entanto, métodos mais sofisticados para incorporação dos erros de mensuração geralmente requerem o uso de amostras grandes.

A categorização das entrevistas a partir de categorias definidas *a priori* limitou a análise de dinâmicas êmicas de interesse para a discussão da vulnerabilidade desta população ao HIV. Também, privilegiamos algumas facetas a respeito das práticas sexuais das mulheres trans com parceiros fixos, principalmente por conta dos dados epidemiológicos, o que também pode ser um limite do presente estudo. Certamente, novos estudos serão necessários para aprofundar aspectos dessas dinâmicas relacionais, considerando os diferentes arranjos de parcerias (estáveis e casuais), bem como as dimensões simbólicas implicadas nesses relacionamentos e nos comportamentos tidos como de “risco”, “seguros” ou de “confiança”, do ponto de vista dos próprios atores que vivem essas situações, inclusive para se pensar formas possíveis de proteção negociada.

Considerações finais

Apesar das limitações descritas, o presente estudo apresenta uma importante contribuição na construção de evidências sobre a tese de que o estigma é um fator importante nas práticas sexuais de risco para a infecção pelo HIV de TrMT que participaram do estudo. O relato de discriminação na amostra estudada foi alta, consonante com a literatura internacional e nacional. Os efeitos desse fenômeno podem gerar danos à saúde das travestis e mulheres transexuais, como desfechos negativos para saúde sexual e mental, embora não seja possível generalizar estes resultados para a população.

Embora a luta dos movimentos sociais LGBT seja antiga, o Brasil ainda não apresenta dispositivos legais de combate à discriminação e nem políticas públicas efetivas que promovam a equidade cultural e social entre as diversas identidades de gênero (BEYRER; MALTA; BEYRER, 2013). E vários movimentos políticos, religiosos e sociais caminham, recentemente, numa direção que pode levar ainda mais ao aumento da discriminação e do estigma em relação a esta população estudada (como, por exemplo, a recente proibição de vídeos de prevenção e cartilhas educativas sobre sexualidade nas escolas brasileiras).

Desse modo, o debate a respeito do estigma de mulheres trans no Brasil e seus

impactos nas práticas de risco para a infecção pelo HIV/aids faz-se necessário para a mobilização da sociedade civil em busca da defesa dos direitos humanos e na construção de políticas públicas de proteção à integridade moral e física desta população, considerando o estigma não apenas como um efeito da sociedade patriarcal, mas como produtora de desfechos negativos em saúde.

Figura 6. Distribuição de pessoas recrutadas por cada onda do Estudo PopTrans, 2014-2015

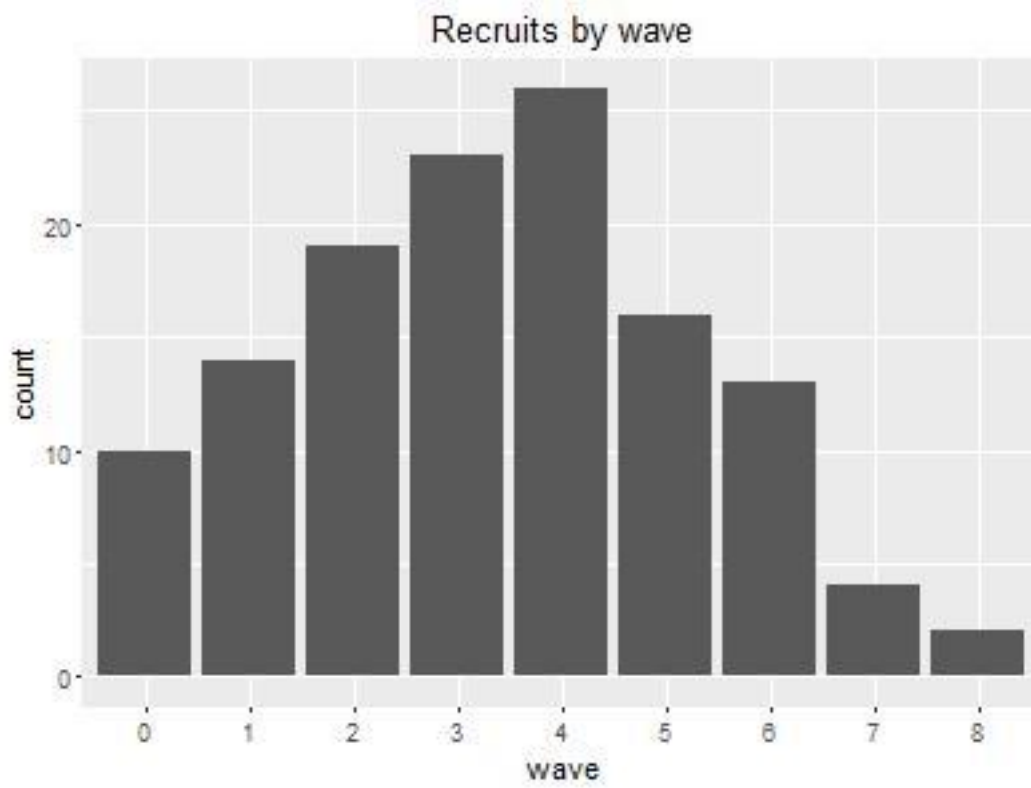


Tabela 3. Descrição da população de TrMT em Salvador-BA, 2014-2016.

Variáveis	N	% ponderado*
Dados sócio demográficos		
Idade		
≤ 20	39	34,6
21-34 anos	54	43,4
≥ 35 anos	34	22
Anos de estudo		
≤ 8 anos	49	27,2
8-12 anos	66	64,1
≥ 12 anos	12	8,7
Cor de pele		
Branca	22	18,8
Preta	38	28,6
Parda	67	52,6
Renda		
≤ 1 salário mínimo (740 R\$)	45	38,9
1-2 salários mínimos	23	14
≥ 2 salários mínimos	59	47,1
Já fez ou faz trabalho sexual		
Não	16	8
Sim	111	92
Direitos humanos		
Ter sido forçada a fazer sexo		
Não	82	62,6
Sim	45	37,4
Ter sofrido chantagem ou extorsão de dinheiro		
Não	89	72,83
Sim	38	27,2
Ter sido bem tratada na última vez que foi a algum serviço de saúde		
Não	12	9,5
Sim	115	90,5
Ter sido bem tratada na última vez que foi a algum serviço público		
Não	21	30
Sim	106	70
Mudança de nome no documento de identificação nacional		
Não	114	98,2
Sim	4	1,8
Mudança de nome no cartão SUS		
Não	101	87,1
Sim	14	12,9

Continuação da tabela 3.

História de discriminação em serviços de saúde		
Não	63	51,9
Sim	43	48,1
Discriminação pela polícia		
Não	48	45,3
Sim	58	54,7
Agressão pela polícia		
Não	72	46,9
Sim	55	53,1
Discriminação na família		
Não	43	57,5
Sim	63	42,5
Discriminação pelos amigos		
Não	61	50,1
Sim	45	49,9
Discriminação pelos vizinhos		
Não	35	24
Sim	71	76
Agressão física		
Não	52	40,9
Sim	75	59,1
Agressão verbal		
Não	17	0,9
Sim	110	91,1
Comportamento sexual		
Sexo anal receptivo com parceiros fixos		
Sempre/Na maioria das vezes/Poucas vezes	83	63,1
Nunca usa	33	36,9
Sexo anal receptivo com parceiros casuais		
Sempre/Na maioria das vezes/Poucas vezes	119	95,2
Nunca usa	8	4,8
Sexo anal receptivo com clientes		
Sempre/Na maioria das vezes/Poucas vezes	110	99,7
Nunca usa	1	0,3
Prática sexual nos últimos 6 meses		
Só com homens	104	81,1
Com homens e mulheres	16	17,7
Com mulheres/travestis/transexuais	4	1,2

*ponderado pelo estimador RDS-II.

Tabela 4. Critérios para comparação de modelos com diferentes números de classe para discriminação usando LCA.

Critérios	2 classes	3 classes	4 classes	5 classes	6 classes
AIC	941.141	936.526	938.159	935.809	945.395
BIC	983.804	1.001.942	1.026.329	1.046.732	1.079.072
Sample-Size Adjusted BIC	936.368	929.206	928.294	923.398	930.438
Entropy	0,878	0,868	0,836	0,800	0,848

Tabela 5. Análise de Classes Latentes para discriminação, considerando-se 2 classes.

Variáveis indicadoras	% global	Discriminação	
		Maior discriminação % (N= 53; 41,5%)	Menor discriminação % (N=74; 58,5%)
Agressão por policiais	47,2	94,1	7,2
Discriminação por policiais ou seguranças	54,7	100,0	15,2
Discriminação pela família	59,4	65,4	54,2
Discriminação pelos amigos	42,5	52,6	33,6
Discriminação pelos vizinhos	67,0	77,5	57,8
Agressão física	59,1	85,5	40,3
Agressão verbal	86,6	94,9	80,7

Tabela 6. Odds ratios da associação entre discriminação e SADER com parceiros fixos estimados pela regressão logística

Modelos	OR* (IC 95%)
Modelo 1	
Discriminação	4.55 (1.29-15.98)
Modelo 2	
Discriminação (ajustado por idade)	4,82 (1.27-18.29)
Modelo 3	
Discriminação (ajustado por idade e renda)	4.91 (1.25-19.24)
Modelo 4	
Discriminação (ajustado por idade, renda e cor de pele)	5.11 (1.27-20.55)
Modelo 5	
Discriminação (ajustado por idade, renda, cor de pele e escolaridade)	4.97 (1.23-19.94)
Modelo 6	
Discriminação (ajustado por idade, renda, cor de pele, escolaridade e sexo forçado)	6.24 (1.48-26.30)
Modelo 7	
Discriminação (ajustado por idade, renda, cor de pele, escolaridade, sexo forçado e identidade de gênero)	6.47 (1.67-25.02)

*ponderado pelo estimador RDS-II

Tabela 7. Estratificação da associação entre discriminação e SADER com sintomas depressivos.

Modelos*	Com Depressão	Sem Depressão
	OR* (IC 95%)	OR* (IC 95%)
Modelo 1 - Bruto		
Discriminação	44.37 (5.43--362.28)	1.97 (0.43-8.83)
Modelo 2**		
Discriminação	23.90 (1.15-496.56)	1.40 (0.22-8.62)

* ponderado pelo peso estimador RDS-II.

** Ajustado por idade, renda cor de pele e escolaridade.

Tabela 8. Estratificação da associação entre discriminação e SADER com parceiros fixos por confiança no parceiro.

Modelos*	Com confiança no parceiro	Sem confiança no parceiro
	OR* (IC 95%)	OR* (IC 95%)
Modelo 1 - Bruto		
Discriminação	25.42 (1.82-353)	3.26 (0.82-12.92)
Modelo 2		
Discriminação**	23.06 (1.49-355.28)	3.43 (0.81-14.53)

* ponderado pelo estimador RDS-II.

**Ajustado por idade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do nosso estudo demonstram que o processo de estigmatização entre TrMT dificulta a vivência e o bem-estar dessas mulheres em sociedades hegemonicamente marcadas pelo machismo e pela heterossexualidade compulsória. Confirmamos a hipótese de associação entre maior discriminação e comportamentos sexuais arriscados, e contextualizamos esta associação ao apresentar dados sobre o cotidiano das TrMT do nosso estudo, demonstrando como o estigma e a discriminação pode impactar a negociação do preservativo em relações desiguais de poder.

Desse modo, os achados empíricos deste trabalho fortalecem a tese de que o estigma e a discriminação são fatores importantes no processo de determinação social da vulnerabilidade das TrMT ao HIV/aids, pois pode fragilizar a decisão pelo uso do preservativo, principalmente em relações sexuais estáveis.

O nosso estudo não esgota a discussão entre estigma e infecção pelo HIV, mas lança algumas importantes pistas para a compreensão do fenômeno da vulnerabilidade de TrMT ao HIV. Portanto, recomendamos novos estudos, epidemiológicos e qualitativos, que possam compreender melhor os diversos aspectos envolvidos nas práticas e interações afetivo-sexuais das TrMT, considerando as dificuldades e/ou estratégias utilizadas para a proteção negociada entre parceiros/as. A hipótese que temos para futuros estudos é que o estigma e a discriminação podem diminuir a capacidade de negociação do preservativo por conta da distribuição desigual de poder nas relações entre pessoas estigmatizadas e não estigmatizadas, sejam elas trans ou mesmo cis.

Outra questão importante da nossa tese foi mostrar uma importante capacidade heurística dos conceitos de gênero, estigma e vulnerabilidade para compreensão do fenômeno em tela. De fato, acreditamos não ser possível entender a complexidade desta epidemia, sobretudo no Brasil, sem realizar uma reflexão acerca destes três conceitos. Desde o começo, a epidemia se mostrou estigmatizada e generificada, porém muitos pesquisadores ignoraram este fato, produzindo caminhos explicativos exclusivamente biológicos ou comportamentais. Por outro lado, muitos/as outros/as pesquisadores/as e ativistas, imbuídos de uma concepção dos direitos humanos e da vulnerabilidade, entenderam outras dimensões da epidemia e produziram estudos importantes a partir dos conceitos de estigma e gênero. Portanto, acreditamos que nossa pesquisa se ancora nesta última tradição.

Recomendamos especialmente aos movimentos sociais e aos serviços de saúde que passem a discutir e problematizar a importância do uso do preservativo no contexto dos relacionamentos estáveis, desmistificando a figura do “marido” ou “namorado” e, assim, rompendo barreiras da tradição patriarcal de submissão sexual das “mulheres” pelos “homens”. Certamente, essa discussão/problematização não pode ocorrer sem a devida atenção às práticas e modos de vida das pessoas trans, como também sem reconhecer sua participação (ativa) nestes processos. Através de uma perspectiva dialógica, de reconhecimento da diversidade de práticas, contextos e sentidos, será possível encontrar também novas possibilidades de prevenção e cuidado à saúde, incluindo as estratégias que as pessoas trans já utilizam em seu cotidiano.

Adicionalmente, levantamos a necessidade de fortalecer os mecanismos de resistência já utilizados pelas travestis e mulheres transexuais, como os movimentos sociais organizados, instâncias governamentais e não-governamentais de luta pelos direitos humanos das TrMT para o combate ao estigma por conta da identidade de gênero na sociedade brasileira, porque, como vimos, esta é uma potencial causa de iniquidades de saúde nesta população. Evidentemente, são lutas e conquistas que devem ser produzidas com outras instituições e atores (dos governos e sociedade civil). São com essas lutas diárias, incluindo as diversas formas de “performar” os corpos, que podemos pensar em “agenciamentos” possíveis frente às normas de gênero e outras identidades.

REFERÊNCIAS

AGGLETON, P.; PARKER, R. Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. **American journal of public health**, v. 105, n. 8, p. e1–e7, 2015.

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. **BMC international health and human rights**, v. 16, n. 1, p. 2, 2016.

ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Construindo a Etnoepidemiologia. In: Almeida Filho N, Barreto M. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011. p. 386-395.

ANDRADE, L. N. **Travestis na escola: assujeitamento e resistência à ordem normativa**. 2012. 278 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2012.

ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: Uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, v. 19, n. 1, p. 15–41, 2009.

ARAÚJO, M. D. F.; SCHRAIBER, L. B.; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, v. 15, n. 38, p. 805–818, 2011.

AUGÉ, M. **Não lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade**. Campinas: Papirus, 2012.

AYRES, JR; PAIVA, V; FRANÇA-JR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA V; AYRES JR; BUCHALLA, C. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde: livro I, da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

AYRES, J. R. D. C. M. *et al.* Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **American journal of public health**, v. 96, n. 6, p. 1001–1006, jun. 2006.

BAGGALEY, R. F.; WHITE, R. G.; BOILY, M.-C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention.

International Journal of Epidemiology, v. 39, n. 4, p. 1048–1063, 2010.

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. 214–22, mar. 2013.

BARBARÁ, A.; SACHETTI, V.; CREPALDI, M. Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 331-339, 2005.

BARBOSA JÚNIOR, A. *et al.* Transfer of sampling methods for studies on most-at-risk populations (MARPs) in Brazil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 27, Suppl 1, p. 36–44, 2011.

BARRINGTON, C. *et al.* HIV Diagnosis, Linkage to Care, and Retention among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Guatemala City. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 27, n. 4, p. 1745–1760, 2017.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, C. M. D. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 4, p. 256–263, 2014.

BEATTIE, T. S. H. *et al.* Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. **Journal of epidemiology and community health**, v. 66, Suppl 2, p. 42-48, 2012.

BENEDETTI, M. **Toda feira: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. 2009. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, esp. 2, p. 1326-1330, 2009.

BEYRER, C.; MALTA, M.; BEYRER, C. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. **Journal of the International AIDS Society**, v. 16, p. 10–12, 2013.

BOCKTING, W. O. *et al.* Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risk in the transgender community. **AIDS care**, v. 17, n. 3, p. 289–303, 2005.

BOIVIN, R. R. “Se podrían evitar muchas muertas”: discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista**

Latinoamericana, n. 16, p. 86–120, 2014.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BOYCE, S. *et al.* Facilitating access to sexual health services for men who have sex with men (MSM) and transgender persons in Guatemala city. **Sexually Transmitted Infections**, v. 14, n. 3, p. 313–327, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis**. Brasília, 2007.

_____. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820**, de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. nº 155, seção 1. Brasília: Diário Oficial, 2009.

BRAY, B. C.; LANZA, S. T.; TAN, X. Eliminating Bias in Classify-Analyze Approaches for Latent Class Analysis. **Struct Equ Modeling**, v. 22, n. 1, p. 1–11, 2015.

BUTLER, J. **Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo**. In: LOURO, G. L (Org.). **O corpo educado**. 2ª edição. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2000. p. 151–168.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CARRARA, S.; VIANNA, A. R. B. “ Tá lá o corpo estendido no chão ...”: a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 233–249, 2006.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1065–1076, 2014.

CELEUX, G.; SOROMENHO, G. An entropy criterion for assessing the numbers of clusters in a mixture model. **Journal of Classification**, v. 13, n. 2, p. 195–212, 1996.

CERQUEIRA-SANTOS, E. *et al.* Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **R. Interam. Psicol.**, v. 44, n. 2, p. 235–245, 2010.

CHAKRAPANI, V. *et al.* Barriers to free antiretroviral treatment access among kothi-identified men who have sex with men and aravanis (transgender women) in Chennai, India. **AIDS Care**, v. 23, n. 12, p. 1687–1694, 2011.

CLEMENTS-NOLLE, K. *et al.* HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. **American journal of public health**, v. 91, n. 6, p. 915–921, 2001.

CLEMENTS-NOLLE, K.; GUZMAN, R.; HARRIS, S. G. Sex trade in a male-to-female transgender population: Psychosocial correlates of inconsistent condom use. **Sexual Health**, v. 5, n. 1, p. 49–54, 2008.

CLEMENTS-NOLLE, K.; MARX, R.; KATZ, M. Attempted Suicide Among Transgender Persons. **Journal of Homosexuality**, v. 51, n. 3, p. 53–69, 2006.

COLLINS, L. M.; LANZA, S. T. **Latent Class and Latent Transition Analysis: with applications in the social, behavioral, and health sciences.** New Jersey: John Wiley & Sons, 2010.

CONNEL, R. W.; LECTURE, C. Understanding Men: Gender Sociology and the New. **Social Thought & Research**, v. 34, p. 13–31, 2002.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. **Gender & Society**, v. 19, n. 6, p. 829–859, 2005.

CORRÊA, S. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (Org.). **Mito Vs Realidade: Sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS.** Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

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. 44, p. 521–524, 2015.

CUADRA-HERNÁNDEZ, S. M. *et al.* La organización de las poblaciones clave ligadas a la transmisión del VIH: Una intervención para abatir el estigma; México, 2005-2009. **Salud**

Colectiva, v. 8, n. 2, p. 191–204, 2012.

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão**: Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DAMATTA, R. **A casa & a rua**: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5^o edição ed. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1997.

DE HAAN, G. *et al.* Non-Prescribed Hormone Use and Barriers to Care for Transgender Women in San Francisco. **LGBT Health**, v. 2, n. 4, p. 313–323, 2015.

SOUSA, P. J.; FERREIRA, L. O.; DE SA, J. B. Descriptive study of homophobia and vulnerability to HIV/Aids of the transvestites in the Metropolitan Region of Recife, Brazil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2239–2251, 2013.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of “vulnerability”. **Social Science & Medicine** (1982), v. 50, n. 11, p. 1557–70, jun. 2000.

DENZIN, N. K; LICOLN, Y. S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K; LICOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. São Paulo: Artmed, 2006.

DISTEFANO, A. S. HIV’s syndemic links with mental health, substance use, and violence in an environment of stigma and disparities in Japan. **Qualitative Health Research**, v. 26, n. 7, 2016.

DONIEC, K.; DALL’ALBA, R.; KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **The Lancet**, v. 388, n. 10047, p. 867–868, 2016.

FARÍAS, M. S. *et al.* First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. **International journal of infectious diseases**, v. 15, n. 9, p. 635-640, 2011.

DOURADO, I. *et al.* Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade . Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. 1–11, 2016.

FERNANDES, R. C. P. F. Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 765–774, 2003.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I: a vontade de saber**. 3^o edição. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, M. **A Microfísica do Poder**. 26^o edição ed. São Paulo: Graal, 2013.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 8, p. 1533–1543, 2013.

GAMSON, J.; MOON, D. The Sociology of Sexualities: Queer and Beyond. **Annual Review of Sociology**, v. 30, n. 1, p. 47–64, 2004.

GANJU, D.; SAGGURTI, N. Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. **Culture, Health & Sexuality**, p. 1–15, jan, 2017.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: Iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, v. 19, Suppl. 2, p. 9–20, 2010.

GELUDA, K. et al. “Quando um não quer, dois não brigam”: um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1671–1680, 2006.

GIAMI, A; LE BAIL, J. HIV infection and STI in the trans population: a critical review. **Revue d'épidémiologie et de santé publique**, v. 59, n. 4, p. 259–68, ago. 2011.

GIBSON, B. A. *et al.* Gender identity, healthcare access, and risk reduction among Malaysia's *mak nyah* community. **Global Public Health**, v. 11, n. 7–8, p. 1010–1025, 2016.

GOFFMAN, E. **Os quadros da experiência social**: uma perspectiva de análise. Petrópolis: Vozes, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade manipulada. 4^o ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GRANDI, L. *et al.* HIV Infection , Syphilis , and Behavioral Risks in Brazilian Male Sex Workers. **AIDS and Behavior**, v. 4, n. 1, 2000.

GRINSZTEJN, B. *et al.* Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. **The Lancet HIV**, v. 3018, n. 17, p. 1–8, 2017.

GROSSI, M. P.; HEILBORN, M. L.; RIAL, C. Entrevista com Joan Wallach Scott. **Revista de Estudos Feministas**, v. 6, n. 1, 1998.

GUADAMUZ, T. E. *et al.* HIV Prevalence, Risk Behavior, Hormone Use and Surgical History Among Transgender Persons in Thailand. **AIDS and Behavior**, v. 15, n. 3, p. 650–658, 2011.

HANDCOCK, M. S.; FELLOWS, I. E.; GILE, K. J. **RDS Analyst: Software for the Analysis of Respondent-Driven Sampling Data, Version 0.42**, 2014. Disponível em: <<http://hpmrg.org>>

ESTRADA-MONTOYA, J.; GARCÍA-BECERRA, A. Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 9, n. 18, p. 90–102, 2010.

HATZENBUEHLER, M. L.; LINK, B. G. Introduction to the special issue on structural stigma and health. **Social Science and Medicine**, v. 103, p. 1–6, 2014.

HATZENBUEHLER, M. L.; PHELAN, J. C.; LINK, B. G. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 813–821, 2013.

HECKATHORN, D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. **Soc Probl**, v. 44, n. 2, 1997.

HEILBORN, M. L. Gênero, Sexualidade e Saúde. In: SILVA, D. P. M. (Org.). **Saúde , Sexualidade e Reprodução**: compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: Reditora da UERJ, 1997, p. 101-110.

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, 2008.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses. **Physis: Revista de Saude Coletiva**, v. 15, suppl, p. 71–101, 2005.

INFANTE, C.; SOSA-RUBI, S. G.; CUADRA, S. M. Sex work in Mexico: vulnerability of male, travesti, transgender and transsexual sex workers. **Culture, health & sexuality**, v. 11, n. 2, p. 125–137, 2009.

KAPLAN, R. L. *et al.* Forms of Safety and Their Impact on Health: An Exploration of HIV/AIDS-Related Risk and Resilience Among Trans Women in Lebanon. **Health care for women international**, v. 36, n. 8, p. 917-935, 2015.

KAPLAN, R. L.; MCGOWAN, J.; WAGNER, G. J. HIV prevalence and demographic determinants of condomless receptive anal intercourse among trans feminine individuals in Beirut , Lebanon. v. 19, suppl. 2, p. 1–9, 2016.

KHAN, S. I. *et al.* Living on the extreme margin: Social exclusion of the transgender population (Hijra) in Bangladesh. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 27, n. 4, p. 441–451, 2009.

KIMMEL, M.. **Global masculinities**: restoration and resistance, paper presented at the XI Congress of Sociology, International Sociological Association, held in Brisbane, Australia, 2002. Disponível em:
<<http://www.ucm.es/info/rqtr/biblioteca/masculinidad/Global%20Masculinities.pdf>>. Acesso: 04/03/2017

KING, R. *et al.* Men at risk: a qualitative study on HIV risk, gender identity and violence among men who have sex with men who report high risk behavior in Kampala, Uganda. **PLoS ONE**, v. 8, n. 12, 2013.

KOKEN, J. A.; BIMBI, D. S.; PARSONS, J. T. Experiences of familial acceptance–rejection among transwomen of color. **Journal of Family Psychology**, v. 23, n. 6, p. 853–860, 2009.

KULICK, D. **Travesti**: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LANCET. HIV: science and stigma. **Lancet**, v. 384, n. 9939, p. 207, 2014.

LATOURE, B. Os objetos têm história? Encontro de Pasteur com Whitehead num banho de ácido láctico. **Hist. cienc. saude -Manguinhos**, v. 2, n. 1, p. 7-26, 1995.

LEITE, M.; SCHLESNER, A. H. Hegemonia: considerações acerca do pensamento de Gramsci. **Anais do VII Congresso Nacional de Educação**, 2007. Disponível em:
<<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-467-01.pdf>>. Acesso em 07 de março de 2017.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. **Annu. Rev. Sociol**, v. 27, p. 363–385, 2001.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 11–21, 2008.

LOGIE, C. H. *et al.* HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: A qualitative study of

intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada. **PLoS Medicine**, v. 8, n. 11, 2011.

LOGIE, C. H. *et al.* “We don’t exist”: A qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. **Journal of the International AIDS Society**, v. 15, n. 2, p. 1–11, 2012.

LOGIE, C. H. *et al.* Prevalence and Correlates of HIV Infection and HIV Testing Among Transgender Women in Jamaica. **AIDS patient care and STDs**, v. 30, n. 9, p. 416-424, 2016.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1807–1816, 2008.

MAIA, C. S.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista de Saude Publica**, v. 42, n. 2, p. 242–248, 2008.

MANN, J.; TARANTOLA, D. From epidemiology to vulnerability to human rights. In: MANN, J.; TARANTOLA, D. (Org.). **AIDS in the world II**. New York: Oxford University Press, 1996. p. 427-476.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. W (Org.). A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993.

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. 1–7, 2013.

MECHANIC, D.; TANNER, J. Vulnerable people, groups, and populations: Societal view. **Health Affairs**, v. 26, n. 5, p. 1220–1230, 2007.

MELENDEZ, R. M.; PINTO, R. “It’s really a hard life’: love, gender and HIV risk among male-to- female transgender persons. **Culture, health & sexuality**, v. 9, n. 3, p. 233–245, 2007.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MISKOLCI, R. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**, p. 150–182, 2009.

MONTEIRO, S. *et al.* A produção acadêmica recente sobre estigma, discriminação, saúde e aids no Brasil. In: Monteiro, S.; Villela, W. (Org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MONTEIRO, S. S.; VILLELA, W. V.; SOARES, P. S. The interaction between axes of inequality in studies on discrimination, stigma and HIV/AIDS: contributions to the recent international literature. **Global public health**, v. 8, n. 5, p. 519–533, 2013.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 3, p. 647–654, 2006.

NEMOTO, T. *et al.* HIV risk behaviours among male-to-female transgenders in comparison with homosexual or bisexual males and heterosexual females. **AIDS care**, v. 11, n. 3, p. 297–312, 1999.

NEMOTO, T. *et al.* Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. **Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv**, v. 16, n. 6, p. 724–735, 2004.

NEVES, M. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 157–172, 2006.

NEWMAN, P. A. *et al.* Demographic and behavioral correlates of HIV risk among men and transgender women recruited from gay entertainment venues and community-based organizations in Thailand: implications for HIV prevention. **Prevention Science**, v. 13, n. 5, p. 483–492, 2012.

NUNES, E. D. Goffman: contribuições para a Sociologia da Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 173–187, 2009.

NUTTBROCK, L. *et al.* Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. **Journal of sex research**, v. 47, n. 1, p. 12–23, 2010.

NUTTBROCK, L. *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**, v. 103, n. 2, p. 300–307, 2013.

OPERARIO, D. *et al.* Unprotected sexual behavior and HIV risk in the context of primary partnerships for transgender women. **AIDS and Behavior**, v. 15, n. 3, p. 674–682, 2011.

OSÓRIO, F. DE L. *et al.* Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 45, n. 3, p. 216–227, 2009.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PAIVA, V *et al.* The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. **Cad Saude Publica**, v. 31, n. 3, p. 477-486, 2015.

_____. Psicologia na Saúde: Sociopsicológica ou Psicossocial? Inovações do Campo no Contexto da Resposta Brasileira à Aids. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, 531-549, 2013.

_____. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: PAIVA V; AYRES JR; BUCHALLA, C. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde: livro I, da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

PAIVA, V; ZUCCHI. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/AIDS. In: PAIVA V; AYRES JR; BUCHALLA, C. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde: livro I, da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

PALAZZOLO, S. L. *et al.* Documentation Status as a Contextual Determinant of HIV Risk Among Young Transgender Latinas. **LGBT health**, v. 3, n. 2, p. 132–8, 2016.

PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, n. 1, p. 164–9, 2012.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 1, p. 13–24, 2003.

PARKER, R. G. Behaviour in Latin American men: implications for HIV/AIDS interventions. **International journal of STD & AIDS**, v. 7, suppl 2, p. 62–65, 1996.

PENNA, M. L. F. Reflexões sobre a epidemiologia atual. **Physis**, , v. 7, n. 1, p. 109-121, 1997.

BARBOSA, B. C. **Nomes e diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual**. 2010. 121 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São

Paulo, São Paulo. 2010.

PELÚCIO, L. Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. **Cadernos Pagu**, n. 25, p. 217–248, 2005a.

PELÚCIO, L. “Toda quebrada na plástica”: corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. **Campos**, v. 6, n. 1–2, 2005b.

PELÚCIO, L. **Nos nervos, na carne, na pele**: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS. 2007. 312 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2007.

PEREIRA, P. P. G. A teoria queer e a Reinvenção do corpo. **Cadernos Pagu**, n. 27, p. 469–477, 2006.

PESCOSOLIDO, B. A. The Stigma Complex. **Annual Review of Sociology**, v. 41, n. 1, p. 97-116, 2015.

PHELAN, J. C. *et al.* Stigma, Status, and Population Health. **Social Science & Medicine**, v. 103, p. 15–23, 2014.

POLLOCK, L. *et al.* “You should build yourself up as a whole product”: transgender female identity in Lima, Peru. **Global public health**, v. 11, p. 981-993, 2016.

POTEAT, T. *et al.* HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. **The Lancet**, v. 6736, n. 14, jul. 2014.

POTEAT, T.; GERMAN, D.; KERRIGAN, D. Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. **Social Science & Medicine**, v. 84, p. 22–29, 2013.

RACE, K. Framing Responsibility: HIV, Biomedical Prevention, and the Performativity of the Law. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 9, n. 3, p. 327–338, 2012.

RAPUES, J. *et al.* Correlates of HIV Infection Among Transfemales, San Francisco, 2010: Results From a Respondent-Driven Sampling Study. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 8, p. 1485–92, ago. 2013.

REMIEN, R. H. *et al.* Barriers and facilitators to engagement of vulnerable populations in HIV primary care in New York City. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**,

v. 69, n. 0 1, p. 16–24, 2015.

RHODES, S. D. *et al.* The ecology of sexual health of sexual minorities in Guatemala City. **Health Promotion International**, v. 30, n. 4, p. 832–842, 2015.

RIBEIRO, K. C. S.; SILVA, J. DA; SALDANHA, A. A. W. Querer é Poder? A Ausência do Uso de Preservativo nos Relatos de Mulheres Jovens. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 23, n. 2, p. 84–89, 2011.

RICH, A. C. Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence (1980). **Journal of Women's History**, v. 15, n. 3, p. 11–48, 2003.

RISHER, Kathryn *et al.* Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. **Journal of the International AIDS Society**, v. 16, n. 3, suppl 2, p. 1–9, 2013.

RODRIGUES, C. Butler e a desconstrução do gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 179-183, 2005.

ROCHA, Kátia Bones. La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros. In: **Anais do Forum Qualitative Social Research**, vol. 10, n.º 2, artigo 28, maio de 2009

RUBIN, G. **O tráfico de mulheres**: notas sobre a 'Economia Política' do sexo. Tradução de Christine Rufino Dabat. Recife: SOS Corpo, 1993.

RUBIN, G.; BUTLER, J. Tráfico sexual – entrevista*. **Cadernos Pagu**, n. 21, p. 157–209, 2003.

RUSSI, J. C. *et al.* Sexual transmission of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus type 1 infections among male transvestite commercial sex workers in Montevideo, Uruguay. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 68, n. 6, p. 716–20, 2003.

SAFFIOTI, H. I. B. Primórdios do conceito de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 12, p. 157–163, 1999.

SALAZAR, L. F. *et al.* Contextual, experiential, and behavioral risk factors associated with HIV status: a descriptive analysis of transgender women residing in Atlanta, Georgia. **International Journal of STD & AIDS**, v. 0, n. 0, p. 1–8, 2017.

SALGANIK, M. J.; HECKATHORN, D. D. Sampling and estimation in hidden populations

using respondent-driven sampling. **Sociological methodology**, v. 34, n. 1, p. 193–240, 2004.

SANCHEZ, A. M. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319–324, 2007.

SANCHEZ, T. *et al.* Risk behaviors and psychosocial stressors in the New York City house ball community: A comparison of men and transgender women who have sex with men. **AIDS and Behavior**, v. 14, n. 2, p. 351–358, 2010.

SANTANA, V. S.; CUNHA, S. Estudos transversais. In: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. (Org.). . **Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 2011.

SANTOS, A. S. Transexualidade e travestilidade: conjunções e disjunções. In: COELHO, M. T.; SAMPAIO, L. L. (Org.). . **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 79–100.

SANTOS, A. S. **Corpo educado**: percepção do risco de contrair HIV e práticas educativas entre travestis profissionais do sexo. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71–99, 1995.

SEVELIUS, J. M. *et al.* Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. **Ann Behav Med.**, v. 47, n. 1, p. 5–16, 2014.

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. 872–81, maio 2012.

SILVA, C. A crise da Masculinidade: uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 26, n. 1, p. 118–131, 2006.

SILVA, L. A. V.; LOPES, M. Corpos híbridos e transexualidade: para além da dicotomia de gênero. In: Coelho; Sampaio (Org.). **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**, EDUFBA, 2014, p.25-39.

SILVA, L. A. V.. Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e

translingüística bakhtiniana. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 13, p. 135–146, 2003.

SIQUEIRA, D. Prefácio à reinvenção do corpo. In: BENTO, B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

SOCIAS, M. E. *et al.* Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. **International journal for equity in health**, v. 13, n. 1, p. 81, 2014.

SOUZA, M. H. T. DE *et al.* Violence and social distress among transgender persons in Santa Maria, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 767–776, 2015.

SPINK, M. J. P. A construção da AIDS-notícia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 851–862, 2001.

SQUIRE, C. O que é narrativa? **Civitas**, v. 14, n. 2, p. 272–284, 2014.

STAHLMAN, S. *et al.* Depression and Social Stigma Among MSM in Lesotho: Implications for HIV and Sexually Transmitted Infection Prevention. **AIDS and Behavior**, v. 19, n. 8, p. 1460–1469, 2015.

STAHLMAN, S. *et al.* Characterizing the HIV risks and potential pathways to HIV infection among transgender women in Cote d'Ivoire, Togo and Burkina Faso. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. Suppl 2, p. 1–12, 2016.

SUGANO, E.; NEMOTO, T.; OPERARIO, D. The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco. **AIDS and Behavior**, v. 10, n. 2, p. 217–225, 2006.

TAGLIAMENTO, Grazielle; PAIVA, Vera. Trans-Specific Healthcare: Challenges in the Context of New Policies for Transgender People. **Journal of Homosexuality**, v. 63, n. 11, p. 1556–1572, 2016.

TEIXEIRA, F. B. Dispositivos de dor: saberes – poderes que conformam as transexualidades. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2013.

UNAIDS. **90-90-90**: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic, 2014.

UNAIDS. The gap report. 2014.

VARELLA, L. *et al.* Brazilian Transvestites in Prison Population HIV Infection among Eighty-two. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 10, n. 5, p. 299–303, 1996.

VILLARINHO, L. *et al.* Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4 Supl, p. 61–67, 2002.

VIÑOLES, J. *et al.* Seroincidence and phylogeny of human immunodeficiency virus infections in a cohort of commercial sex workers in Montevideo, Uruguay. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 72, n. 4, p. 495–500, 2005.

WATNEY, S. Risk groups” or “risk behaviors? In: MANN, J.; TARANTOLA, D. (Org.) **AIDS in the world II**. New York: Oxford University Press, 1996. p. 431–432.

WHITE HUGHTO, J. M.; REISNER, S. L.; PACHANKIS, J. E. Transgender Stigma and Health: A Critical Review of Stigma Determinants, Mechanisms, and Interventions. **Social Science & Medicine**, v. 147, p. 222–231, 2015.

WILSON, E. *et al.* Stigma and HIV risk among Metis in Nepal. **Culture, health & sexuality**, v. 13, n. 3, p. 253–266, 2011.

WILSON, E. C.; ARAYASIRIKUL, S.; JOHNSON, K. Access to HIV care and support services for african american transwomen living with HIV. **Int J Transgend**, v. 14, n. 4, p. 182–195, 2013.

WINTER, S. *et al.* Transgender people: health at the margins of society. **Lancet (London, England)**, v. 388, n. 10042, p. 390–400, 2016.

WOODFORD, M. R. *et al.* Barriers and facilitators to voluntary HIV testing uptake among communities at high risk of HIV exposure in Chennai, India. **Global Public Health**, v. 11, n. 3, p. 363–379, 2016.

ANEXO A - Parecer nº 225.943 de 21 de março de 2013 do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº. 01/2014

Salvador, 10 de setembro de 2014.

Prezada Maria Inês Costa Dourado

Estamos encaminhando para seu conhecimento o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB quanto à solicitação de emenda ao protocolo original.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da SESAB após apreciação quanto ao pedido de emenda ao projeto original "**Vulnerabilidade ao HIV/aids e sífilis na população de travestis e transexuais e seus modos de vida em Salvador-Bahia**", aprovado por este CEP em março de 2013 (Parecer nº 225.943, CAAE: 07135912.7.0000.0052) considera que não foram identificados riscos ou prejuízos aos participantes do estudo a partir da proposta de uso da técnica de recrutamento da rede de contatos das travestis e transexuais ou *Respondent Driven Sampling (RDS)* na língua inglesa. Trata-se de uma técnica utilizada em inúmeros estudos conduzidos no Brasil com o apoio do Ministério da Saúde. Neste estudo, será definido um local de recrutamento das travestis e transexuais com posterior coleta de dados. Além disso, estas participantes obterão ressarcimento apenas para cobrir despesas com transporte e alimentação, estando de acordo com a Resolução 466/12.

Quanto à ampliação do escopo populacional, incluindo adolescentes, foram acatadas as justificativas e aceitos os termos de assentimento destinado aos menores de 18 anos e de consentimento (TCLE) para seus responsáveis legais.

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública.
Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho.
Tel: (71) 3116-5316

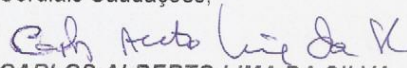


CEPSESAB
Comitê de Ética
em Pesquisa

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Deve-se ressaltar ainda o compromisso e responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Assim, esta solicitação de emenda ao protocolo de pesquisa contempla todos os aspectos exigidos na Resolução nº 466/12, e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sendo considerada aprovada.

Cordiais Saudações,


CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA
Coordenador do CEP-SESAB

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública.
Rua Conselheiro Pedro Luis, Nº 171 – Rio Vermelho.
Tel: (71) 3116-5316

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, s/nº, 40110-140 – Campos Universitário do Canela - Salvador - Bahia, Brasil

☐ ☐+5571-3283-7413 - FAX +5571- 3283-7460 - email: maines@ufba.br / www.isc.ufba.br

Projeto: VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS NA POPULAÇÃO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS E SEUS MODOS DE VIDA EM SALVADOR-BAHIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada em Salvador, entre a população de travestis e transexuais. Os objetivos principais deste estudo são: avaliar o que vem ocorrendo nessa população em relação a seu comportamento, atitudes, práticas corporais e sexuais, as taxas de infecção pelo HIV, sífilis e hepatite B e C, bem como os fatores que estão associados a estas doenças, acesso a serviços de saúde, e o conhecimento e aceitabilidade da profilaxia pré exposição ao HIV (PrEP) em Salvador/Bahia. As informações colhidas poderão redirecionar as políticas de prevenção das DST e da AIDS e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das travestis e transexuais.

Para participar do estudo você deverá responder um questionário e realizar 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 (pequena agulha) e descartável e irá colher algumas gotas de sangue para fazer os exames. Você poderá sentir dor na hora da picada e seu dedo poderá ficar um pouco dolorido. Os resultados dos seus exames serão fornecidos até duas horas após seu sangue ter sido colhido. Um profissional de saúde qualificado irá entregar este resultado a você e irá discutir com você formas de se prevenir dessas doenças. Se o exame der que você tem HIV, ou der positivo para sífilis e/ou hepatites virais, você será encaminhado para o serviço de saúde para receber cuidados e tratamento gratuitos, nos seguintes endereços:

- **CEDAP - Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa. R.**
Comendador José Alves Ferreira, 240 - Garcia, Salvador - BA, CEP: 40100-160. Fone: (71) 3116-8888
- **CTA - Marymar Novais - Rua Arthur Bernardes, Nº 1 - Dendezeiro – Bonfim, Salvador/Bahia.**
Fone: (71) 3611-6560

Após ter recebido o resultado de seus exames, você receberá um lanche e um vale refeição como ressarcimento por seu tempo gasto.

Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será relacionado às respostas que você der quando responder o questionário ou aos testes realizados. Questionários e testes serão identificados somente com um número. A entrevista e a coleta de sangue não oferecerão riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder as questões que não se sentir confortável e pode parar de participar do estudo a qualquer momento que desejar. Em caso de dúvida, você poderá procurar por **Dra. Inês Dourado ou Luis Augusto Vasconcelos nos telefones (71) 3283-7449. Ou o CEP-SESAB/EESP na Rua Conselheiro Pedro Luiz, 171 Rio Vermelho, 41.950-610- Salvador Bahia. Tel.: (71) 3116 – 5316; E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br**

Portanto, declaro que compreendi o estudo e aceito participar dele.

Assinatura do participante: _____

Abaixo indico a minha vontade com relação ao tipo de teste a ser feito:

Sim, eu quero fazer todos os testes (HIV, sífilis e Hepatite B e C).

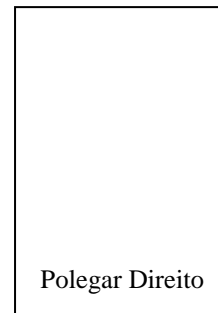
Assinatura: _____

Sim, quero fazer apenas os seguintes testes HIV; Sífilis; Hepatite B; Hepatite C

Assinatura: _____

Não, eu não quero fazer nenhum teste.

Assinatura: _____



Local _____ e Data ____/____/____

Assinatura do Pesquisador/Entrevistador (legível)

APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para as menores de 18 anos.

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, s/nº, 40110-140 – Campos Universitário do Canela - Salvador - Bahia, Brasil

☐ ☐+5571-3283-7413 - FAX +5571- 3283-7460 - email: maines@ufba.br / www.isc.ufba.br

TERMO DE ASSENTIMENTO (PARA MENORES, DE 15 a 18 ANOS)

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada em Salvador, entre a população de travestis e transexuais. Os objetivos principais deste estudo são: avaliar o que vem ocorrendo nessa população em relação a seu comportamento, atitudes, práticas corporais e sexuais, as taxas de infecção pelo HIV, sífilis e hepatite B e C, bem como os fatores que estão associados a estas doenças, acesso a serviços de saúde, e o conhecimento e aceitabilidade da profilaxia pré exposição ao HIV (PrEP) em Salvador/Bahia. As informações colhidas poderão redirecionar as políticas de prevenção das DST e da AIDS e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das travestis e transexuais.

Para participar do estudo você deverá responder um questionário e realizar 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 (pequena agulha) e descartável e irá colher algumas gotas de sangue para fazer os exames. Você poderá sentir dor na hora da picada e seu dedo poderá ficar um pouco dolorido. Os resultados dos seus exames serão fornecidos até duas horas após seu sangue ter sido colhido. Um profissional de saúde qualificado irá entregar este resultado a você e irá discutir com você formas de se prevenir dessas doenças. Se o exame der que você tem HIV, ou der positivo para sífilis e/ou hepatites virais, você será encaminhado para o serviço de saúde para receber cuidados e tratamento gratuitos, nos seguintes endereços:

- **CEDAP - Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa.**
R. Comendador José Alves Ferreira, 240 - Garcia, Salvador - BA, CEP: 40100-160.
Fone: (71) 3116-8888
- **CTA - Marymar Novais - Rua Arthur Bernardes, Nº 1 - Dendezeiro – Bonfim,**
Salvador/Bahia. Fone: (71) 3611-6560

Após ter recebido o resultado de seus exames, você receberá um lanche e um vale refeição como ressarcimento por seu tempo gasto.

Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será relacionado às respostas que você der quando responder o questionário ou aos testes realizados. Questionários e testes serão identificados somente com um número. A entrevista e a coleta de sangue não oferecerão riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder as questões que não se sentir confortável e pode parar de participar do estudo a qualquer momento que desejar. Em caso de dúvida, você poderá procurar por **Dra. Inês Dourado ou Luis Augusto Vasconcelos nos telefones (71) 3283-7449. Ou o CEP-SESAB/EESP na Rua Conselheiro Pedro Luiz, 171 Rio Vermelho, 41.950-610- Salvador Bahia. Tel.: (71) 3116 – 5316; E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br**

Para participar desta pesquisa, a **Instituição Beneficente Conceição Macedo (IBCM)**, coordenada pelo **Pe. Alfredo Dórea (Fone: 71-3470-5769)**, assinará esse Termo de Assentimento, assumindo a responsabilidade por sua participação na pesquisa.

Portanto, declaro que compreendi o estudo e aceito participar dele.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da IBCM (responsável pelo menor): _____

Abaixo indico a minha vontade com relação ao tipo de teste a ser feito:

Sim, eu quero fazer todos os testes (HIV, sífilis e Hepatite B e C).

Assinatura: _____

Sim, quero fazer apenas os seguintes testes HIV; Sífilis; Hepatite B; Hepatite C

Assinatura: _____

Não, eu não quero fazer nenhum teste.

Assinatura: _____

Polegar Direito

Local _____ e Data ____/____/____

Assinatura do Pesquisador/Entrevistador (legível)

APÊNDICE C – Roteiro I para identificação das travestis e mulheres transexuais e DE suas redes de contato

Apresentar o projeto (quem somos, o que queremos, o que podemos com ele)

1. Como se identifica (travesti, mulher transexual, outro);
2. Idade;
3. Se faz ou fez uso de hormônio;
4. Se faz ou fez uso de silicone;
5. Com quem vive;
6. Profissão/ local de trabalho;
7. Onde reside (bairro);
8. Tipo de moradia e com quem reside (ex. coletiva, individual, com uma colega de quarto, na casa da cafetina, na casa da família, com parceiro etc);
9. Rotina/ lugares que frequenta ;
10. Se conhece outras pessoas trans e se elas fazem parte da sua rede de contatos;
11. Indicar esses contatos e como poderiam ser acessados (facebook, telefone celular, skype, etc.).

APÊNDICE D – Planilha de contatos

A LISTAGEM ABAIXO DEVE SER PREENCHIDA COM INFORMAÇÕES DE CONTATOS CONHECIDOS PELAS (OS) PESQUISADORAS (ES) DO PROJETO OU INDICADOS POR OUTROS AGENTES. É IMPORTANTE TENTAR DETALHAR O MÁXIMO. PARA ISSO, TENHA PREENCHER TODAS AS COLUNAS							
Interlocutora	Contato	Autoidentificação	Local de encontro	Ponto de Referência	Melhores dias e horários para visita	Observações	Referência no PopTrans
Nome social	Telefone, email, facebook (colocar o link ou email de acesso)	Se travesti, mulher transexual, ou outra	Informar o local de encontro com a interlocutora e/ou o local de encontro para a entrevista (se for o caso)	Local, estabelecimento, rua, etc., mais próxima do local	Podem informar mais de um quando for o caso	Quando houver...	Nome da(o) pesquisadora/agente do projeto

APÊNDICE E - Roteiro para o grupo focal da pesquisa formativa

Vulnerabilidade ao HIV/aids, sífilis e hepatites virais na população de travestis e transexuais e seus modos de vida em Salvador-Bahia-PopTrans

BOM DIA!/BOA TARDE!

Nós somos (NOMES), da equipe da pesquisa PopTrans, que é coordenado pela Universidade Federal da Bahia, estamos organizando uma pesquisa chamada POPTRANS com apoio do Departamento Nacional de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.

Estamos preparando este projeto e gostaríamos de discutir com vocês a melhor forma de fazer este estudo. Não há respostas certas ou erradas para as perguntas, e todos os comentários de vocês são bem-vindos. Por favor, fiquem à vontade para me interromper se não entenderem alguma pergunta ou se vocês quiserem em que eu repita a pergunta. Se alguma pessoa se sentir incomodada com alguma pergunta, não precisa respondê-la. Lembrem-se que vocês podem parar de participar do grupo a qualquer momento que desejarem.

Nossa conversa durará em torno de uma hora, e será gravada para que tudo o que for falado seja registrado direitinho. Toda a informação que vocês derem será anônima. Para isto gostaríamos de combinar com o grupo para que ninguém comente o que for dito aqui com outras pessoas. Vocês concordam? Agradecemos muito por terem concordado em participar.

VIDA SOCIAL EM [município]

1. Como é viver aqui em Salvador?
2. Há aqui em [município] boates, clubes, saunas ou outros lugares onde vocês vão para se reunir ou encontrar parceiros, clientes? Onde são?
3. Vocês têm uma idéia aproximada de quantas travestis e *mulheres transexuais* vivem *aqui* em Salvador?

Aprofundar:

E quantas vocês conhecem (que vocês sabem o nome e elas sabem o nome de vocês)?

Vocês têm como contatá-las?

4. Vocês conhecem alguma travesti ou *mulher* transexual que faz sexo em troca de dinheiro? São muitas ou poucas? Como elas trabalham?

Agora gostaria de falar um pouco sobre o estudo que queremos desenvolver aqui em Salvador e conhecer a sua opinião e sugestões de como deveríamos desenvolver este projeto. O objetivo deste estudo é compreender como a população travesti e transexual de Salvador vive e cuida da saúde. Conhecendo esta realidade será possível reivindicar melhores condições de vida junto ao governo, através de políticas públicas. Por isso é fundamental a participação de todas. Além disso, ofereceríamos testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais (cujo resultado dos exames sairia na hora) para quem quisesse fazer, e realizaríamos os encaminhamentos necessários, em caso de resultado positivo, para qualquer uma das infecções. Para isso, gostaríamos de entrevistar um número grande e representativo de travestis e mulheres transexuais deste município para que possamos ter uma idéia geral da situação de saúde neste grupo.

LOGÍSTICA

1. Na opinião de vocês, quais são os locais mais adequados para que o projeto funcione – unidade de saúde? CTA? Outro (qual)? Vocês acham que as travestis e mulheres transexuais iriam nesse local para participar da pesquisa ou não? Por quê?
2. E qual seriam os melhores dias e horários para que o projeto funcionasse? Em que horário deve abrir e fechar? E no sábado? Quais horários vocês acham que teria maior movimento? E menor movimento?

INCLUSÃO

3. Vamos oferecer o teste rápido de sífilis, HIV e hepatites virais para quem quiser. Vocês vêem isto como uma facilidade ou como um problema? Isto pode excluir pessoas do estudo ou não? Por quê? [Se sim, explorar quem não iria]
4. Cada pessoa pode participar do estudo só uma vez. Vocês acham que algumas pessoas podem querer participar mais de uma vez? Por quê?

RESSARCIMENTO

5. Vocês viram que participando do estudo a pessoa vai receber um vale-refeição de R\$ 15,00. O quê vocês acham disso? [Explorar: O valor é pouco ou muito? Para quem?]
6. Além desse do vale-refeição para participar, cada uma vai receber mais um vale de R\$ 15,00 para cada pessoa que trouxer para o estudo e que participar. Vocês acham que isto vai funcionar? Por que sim? Por que não?
7. Como vocês viram, para o estudo dar certo uma participante tem que dar três convites a conhecidas suas. Vocês acham que isto vai dar certo ou não? Por quê? O que mais poderíamos fazer para que desse certo?

ENCAMINHAMENTO

8. Vocês viram que para participar a pessoa pode ir ao local do estudo ou telefonar e marcar um local e horário para fazer a entrevista. Se ela agendar a entrevista para outro lugar, ela teria que ir até o [local] para fazer os testes. Vocês acham que as pessoas vão telefonar ou não? Por quê?
9. Não preferir fazer a entrevista em outro lugar ou iriam ao [local]? Por quê?
10. Se elas fizerem a entrevista em outro lugar, vocês acham que elas iriam depois fazer os testes de sífilis, HIV e hepatites virais ou não? Por quê?

INTERESSEEMPARTICIPAR

11. Vocês acham que as travestis e mulheres transexuais que vocês conhecem gostariam de participar deste estudo ou não? [Explorar: Por que sim? Por que não? Quem iria? Quem não iria?]
12. Neste estudo, queremos incluir travestis e mulheres transexuais que tenham ou não se assumido. O que vocês acham que deveríamos fazer para poder atingir os que não se assumem?
13. Também queremos incluir travestis e mulheres transexuais que tenham alto e baixo poder aquisitivo. Vocês acham que as travestis e mulheres transexuais de todas as classes sociais viriam nesta unidade? O que vocês acham que deveríamos fazer para poder atingir os todos os grupos?

ENCERRAMENTO

1. Na opinião de vocês, o quê mais vai atrair pessoas para o estudo? E o que pode fazer com que elas não venham?

Muito obrigado!

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO POPTRANS



ENTREVISTADOR (A): Leia e explique o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ENTREVISTADOR (A): “Agora vou lhe fazer várias perguntas, se você tiver alguma dúvida, estou aqui para ajudar”

ID DO PARTICIPANTE: _____ ID DO ENTREVISTADOR: _____

LOCAL DA ENTREVISTA: _____

CONFIRMAÇÃO DO ID DO PARTICIPANTE: _____

DATA DA ENTREVISTA: Dia: ____ Mês: ____ ANO: ____

Numero RDS: 99.99.99.99.99.99(10 dígitos)

BLOCO E - Histórico de prisão:

E.1 Você já foi agredida/ofendida pela polícia?

0. Sim []
0. Não [] PULAR PARA E.3

E. 2 Qual o tipo de agressão (leia as opções e marque as que se aplicam)?

1. agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões)..... []
2. agressão verbal (xingamentos, humilhação) []
3. violência sexual (forçada a fazer sexo) []
4. outra [] _____ ?

E. 3 Você já foi presa (*marque as respostas que se aplicam*)? Onde? (se necessário, leia as alternativas de locais)

1. Sim, em delegacia na ala feminina..... []
2. Sim, em delegacia na ala masculina..... []
3. Sim, em penitenciária feminina..... []
4. Sim, em penitenciária masculina..... []
5. Não [] PULAR PARA F.1

E.4 Na prisão, você foi agredida por outros (as) presos (as)?

1. Sim[]
0. Não[] PULAR PARA E. 6

E.5 Se sim, como você foi agredida ? (leia as opções e *marque as respostas que se aplicam*)

1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões)..... []
2. Agressão verbal(xingamentos, humilhação) []
3. Violência sexual(forçada a fazer sexo) []
4. outra[] _____ ?

E.6 Na prisão, você foi agredida por funcionários do presídio?

1. Sim[]
0. Não [] PULAR PARA F.1

E.7 Se sim, como você foi agredida ? (leia as opções e *marque as respostas que se aplicam*)

1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões)..... []
2. Agressão verbal(xingamentos, humilhação)..... []
3. Violência sexual(forçada a fazer sexo)..... []
4. outra[] _____ ?

BLOCO H- PREVENÇÃO E USO DO PRESERVATIVO

H.1 (APENAS PARA QUEM FAZ PROGRAMA) Você costuma usar camisinha com seus CLIENTES durante o sexo anal PENETRANDO o parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
2. Na maioria das vezes usa camisinha..... []
3. Poucas vezes usa camisinha []
4. Nunca usa camisinha []
99. Não se aplica []

H.2 (APENAS PARA QUEM FAZ PROGRAMA) Você costuma usar camisinha com seus CLIENTES durante o sexo anal SENDO PENETRADA pelo parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
2. Na maioria das vezes usa camisinha..... []
3. Poucas vezes usa camisinha []
4. Nunca usa camisinha []
99. Não se aplica []

H.3 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS FIXOS (namorado/marido) durante o sexo anal PENETRANDO o parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
2. Na maioria das vezes usa camisinha..... []
3. Poucas vezes usa camisinha []
4. Nunca usa camisinha []
99. Não se aplica []

H.4 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS FIXOS (namorado/marido) durante o sexo anal SENDO PENETRADA pelo parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
2. Na maioria das vezes usa camisinha..... []
3. Poucas vezes usa camisinha []
4. Nunca usa camisinha []
99. Não se aplica []

H.5 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS durante o sexo anal PENETRANDO o parceiro?(leia as opções e marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
2. Na maioria das vezes usa camisinha..... []
3. Poucas vezes usa camisinha []
4. Nunca usa camisinha []
99. Não se aplica []

H.6 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS durante o sexo anal SENDO PENETRADA pelo parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
2. Na maioria das vezes usa camisinha..... []
3. Poucas vezes usa camisinha []
4. Nunca usa camisinha []
99. Não se aplica []

H.7 Você usa camisinha durante sexo vaginal penetrando sua parceira? (marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
2. Na maioria das vezes usa camisinha..... []
3. Poucas vezes usa camisinha []
4. Nunca usa camisinha []
99. Não se aplica []

H.8 (ESTA PERGUNTA SÓ DEVE APARECER SE A PESSOA RESPONDER QUE FEZ CIRURGIA)

Você usa camisinha durante sexo vaginal sendo penetrada por seu parceiro? (marque apenas uma resposta)

- 1. Sempre usa camisinha []
- 2. Na maioria das vezes usa camisinha..... []
- 3. Poucas vezes usa camisinha []
- 4. Nunca usa camisinha []
- 99. Não se aplica []

H.9 Você usa alguma proteção durante sexo oral? (marque apenas uma resposta)

- 1. Sempre usa camisinha []
- 2. Na maioria das vezes usa camisinha..... []
- 3. Poucas vezes usa camisinha []
- 4. Nunca usa camisinha []
- 5. Outra proteção Qual ? _____ []
- 99. Não se aplica []

H.10 (SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DO SEXO) Em que situações você deixaria de usar a camisinha:(leia as opções e *marque as respostas que se aplicam*)

- 1. Com marido.....[]
- 2. Com namorado[]
- 3. Com cliente casado.....[]
- 4. Com cliente jovem.....[]
- 5. Com cliente bonito.....[]
- 6. Com cliente educado.....[]
- 7. Sempre uso.....[]
- 8. Quando não tenho disponível.....[]
- 9. Quando confio no meu parceiro.....[]
- 10. Quando penso que não há risco de transmissão de doenças.....[]
- 11. Quando quando o gozo não é dentro.....[]
- 12. Quando é um cliente fixo.....[]
- 13. Quando o cliente paga mais.....[]
- 14. Outro: especifique:

H.11 Em que situações você deixaria de usar a camisinha:(leia as opções e *marque as respostas que se aplicam*)

1. Com marido.....[]
2. Com namorado[]
3. Com pessoa casada.....[]
4. Com pessoa jovem.....[]
5. Com pessoa bonita.....[]
6. Com pessoa que me trata bem.....[]
7. Sempre uso.....[]
8. Quando _____ não _____ tenho disponível.....[]
9. Quando _____ confio _____ no _____ meu parceiro.....[]
10. Quando penso que não há risco de transmissão de doenças.....[]
11. Quando _____ quando _____ o _____ gozo _____ não é dentro.....[]
12. Quando é um parceiro fixo.....[]
13. Outro: _____ especifique:

BLOCO I – SAUDE MENTAL (qualidade de vida):

I.1 - Agora vamos falar sobre como você tem se sentido nas últimas duas semanas...

	Perguntas	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
1	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3
2	Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimida ou sem perspectiva?	0	1	2	3
3	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?	0	1	2	3

4	Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansada ou com pouca energia?	0	1	2	3
5	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?	0	1	2	3
6	Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesma ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesma?	0	1	2	3
7	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?	0	1	2	3
8	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitada que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?	0	1	2	3
9	Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta?	0	1	2	3
10	Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?	0	1	2	3

BLOCO J – VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS E DISCRIMINAÇÃO:

J.1 Você já se sentiu discriminada por alguma pessoa ou instituição, por algumas das seguintes razões que vou mencionar: *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Sim, por causa de sua cor ou raça..... []
 2. Sim, por falta de dinheiro ou condição financeira..... []
 3. Sim, por causa da idade []
 4. Sim, por ser travesti/transsexual []
 5. Não se sentiu discriminada []
- PULAR PARA J.3

J.2 Por ser travesti/transsexual, você já se sentiu discriminada onde e/ou por quem? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. No trabalho []
2. Na escola..... []
3. Na família []
4. Com amigos/amigas []
5. Com parceiros..... []
6. Com vizinhos..... []
7. Na igreja []
8. Com policial/segurança []
9. Em estabelecimentos comerciais ou locais de lazer .. []
10. Em Serviços de saúde []
11. Em repartições públicas (carteira de ID ou outro doc)[]
12. Outro[] _____

J.3 Das seguintes agressões, qual ou quais você considera que já sofreu? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões)..... []
2. Agressão verbal (xingamentos, humilhação)..... []
3. Violência sexual (forçada a fazer sexo)..... []
4. Estupro, []
Se sim qual a idade? _____
5. Chantagem ou extorsão de dinheiro []
6. Furto ou roubo []
7. Não sofreu agressões []

J.4 Das seguintes agressões, qual ou quais você considera que já sofreu na escola? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões)..... []
2. Agressão verbal (xingamentos, humilhação)..... []
3. Violência sexual (forçada a fazer sexo)..... []
4. Chantagem ou extorsão de dinheiro []
5. Furto ou roubo []
6. Outra _____ []
7. Não sofreu agressões []

8. Não se aplica

J.5 Você foi bem tratada na última vez que foi a algum serviço de saúde?

1. Sim []

0. Não []

J.6 Você foi bem tratada na última vez que você foi a algum outro serviço público?

1. Sim []

0. Não []

J.7 Durante o seu processo de mudança corporal (e de identidade de gênero), você tentou mudar seu nome no RG?(SE RESPONDER b, c, d ou e, PULA PARA J.8)

a) Sim e consegui[]

b) Sim, e não consegui.....[]

c) Estou tentando/já dei entrada.....[]

d) Ainda não.....[]

e) Não pretendo mudar.....[]

J.8 Você conseguiu mudar seu nome em outros documentos?

		Si m	Não	Nuncatentei	Naotenhoessedocu mento
J.8.1	CPF				
J.8.2	Título de Eleitor				
J.8.3	Carteira de trabalho				
J.8.4	Cartão cidadão (FGTS, PIS, recebimento de benefícios)				
J.8.5	Passaporte				
J.8.6	Histórico escolar				
J.8.7	Carteiraprofissional				
J.8.8	Documentação dos filhos				
J.8.9	Cartão SUS				

BLOCO L: INFORMAÇÕES SOBRE REDE DE CONTATOS SOCIAIS

L.1 Quantas travestis/transexuais você conhece pelo nome e que também conhecem você pelo seu nome no município de Salvador? __x1__ NUMERO

L.2 Quantas das travestis/transexuais indicadas acima (x1) você encontrou ou falou pessoalmente, por telefone ou internet nos últimos dois meses? __x2__ NUMERO

L.3 Destas pessoas (x2) quantas você convidaria para participar desta pesquisa? _____ NUMERO

L.4 Cite o nome social de 6 travestis/transexuais da sua rede de contatos que você encontrou nos últimos 30 dias e quantas vezes você encontrou estas pessoas neste período?

1. _____ /__ vezes
2. _____ /__ vezes
3. _____ /__ vezes
4. _____ /__ vezes
5. _____ /__ vezes
6. _____ /__ vezes
7. Não encontrei ninguém nos últimos 30 dias.....[]

BLOCO N: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:

N.1 Qual é sua idade? _____ NÚMERO

N.2 Qual o dia/mês/ano do seu nascimento __/__/_____

N.3 Qual é o seu estado civil?

1. Casada..... []
2. Vive com companheiro /namorado []
3. Solteira..... []
4. Separada / desquitada / divorciada []
5. Viúva []
6. Outra [] _____

N.4 O local de seu nascimento foi:

1. Salvador..... []
2. Fora de Salvador [] _____ CIDADE
3. Fora da Bahia [] _____ ESTADO

N.5 Qual o seu sexo de nascimento?

1. masculino..... []

- 2. feminino..... []
- 3. intersexo []
-

N.6 Qual o bairro que você mora? _____

N.7 (SOMENTE PARA QUEM FAZ PROGRAMA) Qual (ou quais) o(s) bairro(s) que você faz ponto?

N.8 Qual a rua que você mora? _____

N.9 Qual (ou quais) o(s) bairro(s) que você trabalha?

N.10 Dentre as seguintes alternativas, você se reconhece ou se identifica como de cor ou raça:

- 1. Negra []
- 2. Branca..... []
- 3. Preta..... []
- 4. Parda..... []
- 5. Morena..... []
- 6. Indígena []
- 7. Amarela []
- 8. Outra[] _____

N.11 Até que série completa você estudou?

- 1. Não sabe ler nem escrever []
- 2. Sabe ler / escrever sem ter ido à escola []
- 3. 1º grau incompleto..... []
- 4. 1º grau completo..... []
- 5. 2º grau incompleto..... []
- 6. 2º grau completo..... []
- 7. Superior incompleto []
- 8. Superior completo []
- 9. Pós-graduação..... []

N.12 Qual é a sua situação de trabalho atual?

- 1. Formal..... []
- 2. Informal []
- 3. Empregadora, empresária []
- 4. Prostituição []
- 5. Não está trabalhando []
- 6. Desempregada []

N.13 Qual a sua ocupação? _____

N.13a Você tem/teve dificuldade em encontrar emprego?

1. Sim..... []
- Quais? _____
2. Não []
3. Nunca tentei/não estou procurando []

N.14 Qual a sua renda individual no mês (só você) R\$ (reais)? _____ POR MES
 [OBS: Se a participante não ganhou nenhum dinheiro, digite “0”]

N.15 Você tem religião?

1. Sim..... []
 2. Não []
- PULAR PARA N.12

N.16 Qual é a sua religião? (marque as respostas que se aplicam)

1. Budista..... []
2. Candomblé/Umbanda (Axé)..... []
3. Católica..... []
4. Espírita..... []
5. Evangélica []
6. Judaica []
7. Protestante []
8. Outra[] _____

N.17 Com quem você mora atualmente?(marque as respostas que se aplicam)	1	Mora só, não divide moradia
	2	Amigos/amigas
	3	Pessoas conhecidas
	4	Mãe e/ou pai
	5	Parentes (que não pai ou mãe)
	6	Marido/companheiro/namorado
	7	Companheira/namorada
	8	Amigas da casa de cafetina
	9	Outro. Especifique
	98	Não sabe
	99	Recusa a responder

N. 18 No total quantas pessoas moram com você? _____ NÚMERO DE PESSOAS

N. 19 Em que tipo de lugar você mora? <i>(marque as respostas que se aplicam)</i>	1	Casa ou apartamento próprio
	2	Casa ou apartamento alugado
	3	Casa dos seus pais ou casa do pai ou casa da mãe
	4	Casa de amigos ou parentes
	5	Casa do companheiro
	6	Casa de Cafetina
	7	Quarto alugado
	8	Quarto de hotel ou de pensão
	9	Quarto cedido. Onde/motivo:
	10	Abrigo ou instituição
	11	Sem endereço fixo (rua, etc)
	12	Outro. Especificar:
	98	Não sabe
	99	Recusa a responder

N. 20 Qual o numero máximo de travestis e transexuais você acha que tem em Salvador? ____

N. 21 Qual o numero mínimo de travestis e transexuais você acha que tem em Salvador? ____

N. 22 Em média quantas travestis e transexuais você acha que tem em Salvador? ____

APÊNDICE G
POPTRANS
Roteiro da entrevista



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
Nome social: idade, o que faz (trabalho/profissão, estudos), onde mora, com quem mora
Nome do entrevistador:
Os tópicos abaixo se referem aos grandes blocos de questões do questionário. Este novo contato com algumas participantes do inquérito epidemiológico será importante para aprofundar alguns desses pontos. Neste momento, será importante que a interlocutora possa relatar suas interações cotidianas e sua história relativa aos tópicos que aparecem abaixo. Será importante que a entrevista/conversa seja gravada. Neste caso, a interlocutora deve assinar (com seu nome social) o <i>termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)</i> , caso haja autorização para a gravação e utilização dos relatos. Se a interlocutora não souber assinar (ou não quiser), após a explicação sobre objetivos da pesquisa (nova etapa) pelo/a pesquisador/a, ela deve autorizar verbalmente (a autorização deve ser gravada). É importante destacar que o anonimato ficará garantido.
A partir dessa entrevista, outros encontros/interações poderão ocorrer para complementar alguma informação ou mesmo para enriquecer as narrativas (biografias) referentes aos tópicos ou blocos destacados em cada conversa, seguindo uma perspectiva mais etnográfica.

Bloco 1 - Identidade e corpo	
TÓPICOS	AO PESQUISADOR/A
<ul style="list-style-type: none"> • Tópico inicial <p>1 Você poderia contar um pouco de sua história?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construção de si <p>2 Você poderia falar mais de si, como você se identifica ou se define hoje?</p>	<p>Pergunta inicial para mobilizar a entrevista (disparadora da conversa - narrativa). Peça à sua interlocutora para falar um pouco dela, contar um pouco de sua história de vida. Deixe que ela inicie ou conte livremente sua história a partir de qualquer ponto ou momento de sua vida (o que julgar importante).</p> <p>Pedir à sua interlocutora para se descrever livremente. Deixe que ela explore todos os aspectos que julgar importantes. Observe se ela se identifica como travesti, transexual, etc. Importante: não induza uma resposta.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Processo de modificação ou transformação do corpo <p>3. Você poderia contar um pouco de sua história para chegar ao corpo e aparência que você tem hoje?</p> <p>4. Você poderia contar o que usa e</p>	<p>Observação: transformação/modificação aqui não se restringe ao uso de silicone e hormônio (deixe que ela explore e traga todos os “elementos”, “acessórios” e “atividades” de seu dia a dia para modificar seu corpo/aparência).</p>

como faz para modificar ou transformar seu corpo ou aparência?	Em caso de uso de silicone e/ou hormônio, observe se há diferenças entre o uso e a forma entre um e outro. Deixe que ela conte detalhes deste uso e como os utiliza.
--	--

Bloco 2 – Itinerários terapêuticos/acesso aos serviços de saúde	
TÓPICO	AO PESQUISADOR/A
<ul style="list-style-type: none"> • Busca de cuidados à saúde <p>5. Você poderia contar o que você faz e o que acontece quando tem algum problema de saúde?</p> <p>6. Você poderia contar o que acontece quando você precisa de algum serviço de saúde?</p> <p>7. Você poderia contar o que você faz para se proteger ou cuidar de sua saúde? E em relação ao HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis?</p>	<p>Observar se a interlocutora procura algum serviço de saúde ou outras práticas terapêuticas, como a própria religião.</p> <p>Em caso de ida a algum serviço de saúde, explorar: motivos da busca, obstáculos e o que ocorre no decorrer da procura e do atendimento dos profissionais.</p> <p>Em caso de busca para a modificação corporal, explorar: obstáculos e/ou facilidades no acesso aos serviços de saúde.</p> <p>Observar se há alguma preocupação ou estratégias de cuidado em relação às práticas sexuais.</p>

Bloco 3 - Estigma, violência e discriminação	
TÓPICOS	AO PESQUISADOR/A
<ul style="list-style-type: none"> • A experiência na cidade <p>8. Você poderia contar um pouco como é sua vida em Salvador?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiência com a violência e discriminação na cidade <p>9. Você poderia contar o que acontece e o que você sente quando está nas ruas ou em outros lugares da cidade, incluindo o lugar onde você mora?</p> <p>10. Você poderia contar como você é tratada nestes lugares (serviços, bairro, rua, casa, etc).</p>	<p>Observar se “a vida na cidade” está vinculada a histórias de violência e discriminação.</p> <p>Explorar as dificuldades e facilidades vividas nos diferentes lugares da cidade, incluindo o lugar onde mora. Observar os casos de discriminação vindos de pessoas estranhas e conhecidas.</p> <p>Observação: estas histórias podem também surgir ao longo da conversa (por exemplo, ao falar de serviços de saúde, de suas relações com colegas, família, etc).</p>

Bloco 4 - Sociabilidades e relacionamentos	
TÓPICOS	AO PESQUISADOR/A
<ul style="list-style-type: none"> • Relações sociais (amizade, trabalho, escola e família) 	<p>Pedir para ela falar livremente sobre seu grupo de amizade e pessoas com quem ela se relaciona no seu dia a dia.</p>
<p>11. Você poderia contar como é o seu dia a dia e suas relações com pessoas amigas?</p>	<p>Explore como são estas interações/relacionamentos.</p>
<p>12. Você poderia contar como é o seu dia a dia e suas relações com as pessoas do seu trabalho e/ou da escola/faculdade?</p>	<p>Se o trabalho incluir a prostituição, explorar como é o seu dia a dia fazendo ponto ou prostituição.</p>
<p>13. Você poderia contar como é o seu dia a dia e suas relações com sua família?</p>	<p>Explore se essas pessoas são parecidas ou diferentes dela (se são travestis, transexuais, se moram no mesmo local, saem e/ou vivem/trabalham juntas).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Relações afetivas 	<p>Deixe que ela fale livremente se está se relacionando com alguém. Explore como ela está vivendo, dificuldades, facilidades e obstáculos na relação.</p>
<p>14. Em relação à sua vida afetiva (namoro/ casamento), você poderia falar um pouco mais dela?</p>	

Bloco 5 – Projetos ou perspectivas para o futuro	
TÓPICOS	AO PESQUISADOR/A
<p>15. Você poderia falar um pouco sobre o que você pensa ou deseja para o seu futuro?</p>	<p>Observe que isso pode surgir ao longo da conversa, quando o/a entrevistado/a fala sobre estudos, trabalho, namoro, casamento, profissão, etc.; explorar e aprofundar esses aspectos.</p>
<p>16. Algo mais que queira contar.</p>	