



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

**MARCELO MACHADO DE ALMEIDA**

**TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E SOFRIMENTO SOCIAL  
ENTRE MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS  
NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

Salvador  
2022

**MARCELO MACHADO DE ALMEIDA**

**TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR E SOFRIMENTO SOCIAL  
ENTRE MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS  
NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Costa Dourado  
Coorientador: Prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva  
Área de Concentração: Epidemiologia

Salvador  
2022

A447 Almeida, Marcelo Machado de.

Transtorno depressivo maior e sofrimento social entre mulheres transexuais e travestis na região nordeste do Brasil/Marcelo Machado de Almeida. – Salvador, 2022.

182 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Costa Dourado; Coorientador:  
Prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva/Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

Inclui referências e anexos.

1. Transtorno depressivo maior. 2. Sofrimento social. 3. Travestis.  
4. Mulheres transexuais. 5. Violência. I. Dourado, Maria Inês Costa.  
II. Silva, Luís Augusto Vasconcelos da. III. Universidade Federal da Bahia.  
IV. Título.

CDU 616.89(812/813)



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

MARCELO MACHADO DE ALMEIDA

**Transtorno depressivo maior e sofrimento social entre mulheres transexuais e travestis na região nordeste do Brasil.**

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: 09 de março de 2022.

Banca Examinadora:

*Marcelo Machado de Almeida*

Profª. Maria Inês Costa Dourado - Orientadora – ISC/UFBA

*Maria Inês Costa Dourado*

Prof. Luís Augusto Vasconcelos da Silva - IHAC/UFBA

*Luís Augusto Vasconcelos da Silva*

Profª. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté - ISC/UFBA

*Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté*

Prof. Laio Magno Santos de Sousa – UNEB

*Laio Magno Santos de Sousa*

Prof. Alexandre Costa Val – UFOP

*Alexandre Costa Val*

Prof. Mark Drew Crosland Guimaraes – UFMG

Salvador

2022

## AGRADECIMENTOS

Às mulheres transexuais e travestis que doaram os seus tempos e acreditaram no projeto.

Ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC), por me proporcionar os meios necessários para percorrer esse caminho.

Aos meus orientadores, Inês Dourado e Luís Augusto Vasconcelos da Silva (Guga), pelos ensinamentos, pelo apoio, pela paciência e por me receberem no NEPADI com tanto carinho.

À banca que se prontificou a ajudar na melhoria do trabalho. Obrigado de coração à professora Mônica Nunes, ao professor Mark Guimarães, ao professor Laio Magno e ao professor Alexandre Costa Val.

Às professoras e professores do ISC, pela grande contribuição na construção deste trabalho, especialmente à professora Vilma Santana, por ter sido a primeira a me receber no Instituto; à professora Liliana Santos e aos professores Naomar de Almeida Filho e Luís Eugênio Souza, pelos ensinamentos durante o tirocínio; e à professora Mônica Nunes e ao Professor Maurice Torrentè, pelas contribuições carinhosas nas discussões sobre saúde mental e outros temas dentro e fora da sala de aula.

Ao NEPADI, pelas discussões de alto nível e pelas boas risadas.

À Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto, por ter me recebido para o estágio sanduíche do doutorado, especialmente professora Conceição Nogueira, minha tutora do estágio, e às professoras Liliana Rodrigues e Sara Magalhães. Também meu agradecimento às colegas Giovana, Domitila e Diana.

Às colegas e aos colegas que ajudaram a percorrer esse longo caminho, que foram tantos: Laio, Emanuelle, Fabiane... ao nosso “grupo de estudos” regado a comida, angústias e piadas... Elis, Acácia, Andreia, Marcos, Camila, Ericka, Fabíola e tantos outros não menos importantes, mas que agora me fogem.

Aos meus amigos queridos, por tudo!

À minha família, pelo estímulo.

Aos meus pais e irmãos, pelo apoio nosso de cada dia.

Ao meu marido, Affonso, pela paciência para me aguentar durante todo esse período, que foi cheio de mudanças, e pelo apoio incondicional.

E às minhas luzes, Luísa, Clara e Alice, que trazem diariamente alegria para a minha vida e tornam os meus dias mais felizes.

ALMEIDA, MARCELO MACHADO DE. Transtorno depressivo maior e sofrimento social entre mulheres transexuais e travestis na região nordeste do Brasil. 2022. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

## RESUMO

O transtorno depressivo maior (TDM) é um dos transtornos mentais de maior prevalência na população geral, sendo ainda mais elevada entre o segmento de mulheres transexuais e travestis (MT). Estudos apontam que se fazem necessárias intervenções no sentido de diminuir os estressores psicossociais e promover a resiliência entre pessoas trans, o que pode prevenir sintomatologias psiquiátricas. Não obstante a importância de abordar a questão dentro de uma ótica da saúde no sentido biomédico, a complexidade do problema exige uma compreensão mais apurada do problema. Dentro da antropologia médica existe o conceito de sofrimento social, que se relaciona intimamente com as noções de injustiça e de vulnerabilidade. Assim, este estudo pretendeu investigar fatores associados aos sintomas de transtorno depressivo maior (STDM) entre MT, além de buscar identificar experiências de sofrimento social de acordo com as histórias de vida narradas pela população do estudo. Para responder esses objetivos, utilizamos uma abordagem mista de métodos quantitativos e qualitativos. Para a produção dos dados quantitativos, foram recrutadas 864 MT das cidades de Salvador (n=166), Recife (n=350) e Fortaleza (n=348). As participantes foram recrutadas pelo método Respondent Driven Sampling (RDS). A variável de desfecho do estudo - STDM - foi definida a partir do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e categorizada em nenhum (escore <5 pontos), leve/moderado (escore 5-14 pontos) e moderadamente severo/severo (escore 15-27 pontos). Inicialmente, foi feito uma análise exploratória, seguida de uma análise confirmatória, com seleção da variável violência física como exposição principal. Os dados qualitativos foram obtidos através de entrevistas narrativas com 15 das participantes do sítio de Salvador-BA. As narrativas foram organizadas de acordo com os seus pontos de conexão e de divergência, levando em conta as suas singularidades e o contexto social em que foram produzidas. Nesse processo, estabelecemos quatro eixos principais de análise – violência, sofrimento social, acesso aos serviços de saúde e estratégias de (re)existências. Na análise exploratória, STDM leve/moderado esteve associado com história de violência sexual (OR= 2,06, 95%IC: 1,15-3,68), história de violência física (OR=2,09, 95%IC: 1,20-3,67) e percepção negativa da qualidade de vida (OR=2,14, 95%IC: 1,31-3,49). Já STDM moderadamente severo/severo esteve associado a história de violência sexual (OR=3,02, 95%IC: 1,17-7,77), história de violência física (OR=3.62, 95% IC:1.88-7,00), percepção negativa da qualidade de vida (OR=3,32, 95%IC:1,804-6,12), falta de apoio social atual (OR=2,53, 95%IC: 1,31-4,88) e falta de apoio social na infância (OR=2,17, 95%IC 1,16-4,05). Na análise confirmatória, as MT que sofreram violência física tiveram o dobro de chances de apresentar transtorno depressivo maior leve/moderado (OR=2,10, IC95% 1,21-3,65) e quase quatro vezes mais chances de apresentar transtorno depressivo maior moderadamente severo/severo (OR=3,80, IC95% 1,99-7,25). As narrativas das entrevistadas evidenciaram uma multiplicidade de realidades que são permanentemente constituídas a partir da interação entre diversos atores/actantes humanos e não humanos. O seguimento desses emaranhados – que se constituem e são constituídos a cada momento – nos permitiu a aproximação de formas de violência e de subjetivação do sofrimento que nem sempre são exploradas em investigações envolvendo MT. São necessárias políticas públicas que levem em consideração as especificidades da população de MT no âmbito da saúde mental e a característica difusa e trivializada do sofrimento social, no sentido de mitigar os seus efeitos, tanto através do enfraquecimento de contextos desfavoráveis, quanto por meio do estímulo às possibilidades de agência dessas mulheres. Dentro do contexto da atenção em

saúde, evidentemente, melhorando o acesso de travestis e mulheres trans aos serviços de saúde, mas, para além disso, produzindo estratégias efetivas para o acesso à saúde dentro de uma perspectiva mais ampliada de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

ALMEIDA, MARCELO MACHADO DE. Major depression disorder and social suffering among transgender women and transvestis in northeastern Brazil. 2022. 182 s. Doctoral dissertation (PhD in Public Health) – Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2022.

## ABSTRACT

Major depressive disorder is one of the most prevalent mental disorders, and in transgender women and transvestis (TGW) it is even more prevalent than in the general population. Studies point out that interventions are needed to reduce psychosocial stressors and promote resilience among transgender people, which can prevent psychiatric symptoms. Notwithstanding the importance of approaching the issue from a health perspective in the biomedical sense, the complexity of the problem requires a deeper understanding of the issue. Within medical anthropology, there is the concept of social suffering that is closely related to the notions of injustice and vulnerability. Therefore, we aimed to investigate factors associated with symptoms of major depression disorder (SMDD) among TGW, as well as to identify experiences of social suffering according to the life stories narrated by the studied population. In order to achieve this, we used a mixed approach of quantitative and qualitative methods. For the production of the quantitative data we recruited 864 TGW from the cities of Salvador (166), Recife (350) and Fortaleza (348). The participants were recruited by the Respondent Driven Sampling (RDS) method. The outcome variable of the study - SMDD - was defined as per the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and categorized into three groups: absence (score <5 points), mild/moderate (score 5-14 points) and moderately severe/severe depressive symptoms (score 15-27 points). Initially, an exploratory analysis was conducted followed by a confirmatory analysis with selection of the physical violence variable as the main exposure. Qualitative data were obtained through narrative interviews with 15 individuals out of the participants of the Salvador-BA site. The narratives were organized according to their points of connection and divergence, taking into account their singularities and the social context in which they were produced. In this process, we established four main axes of analysis - violence, social suffering, access to health services and strategies for (re)existing. In the exploratory analysis, mild/moderate SMDD was associated with history of sexual violence (OR= 2.06, 95%CI: 1.15-3.68), history of physical violence (OR= 2.09, 95%CI: 1.20-3.67), and negative perception of quality of life (OR= 2.14, 95%CI: 1.31-3.49). Moderately severe/severe SMDD was associated with history of sexual violence (OR=3.02, 95%CI: 1.17-7.77), history of physical violence (OR=.3.62, 95% CI:1.88-7.00), negative perceived quality of life (OR= 3.32, 95%CI:1.804-6.12), lack of current social support (OR=2.53, 95%CI: 1.31-4.88), and lack of social support in childhood (OR=2.17, 95%CI 1.16-4.05). In the confirmatory analysis The TGW who experienced physical violence were twice as likely to have mild/moderate major depressive disorder (OR=2.10, 95%CI 1.21-3.65), and almost four times as likely to have moderately severe/severe major depressive disorder (OR=3.80, 95% CI 1.99-7.25). The interviewees' narratives evidenced a heterogeneous multiplicity of realities that are permanently constituted with basis on the interaction between various human and non-human actors/actants. Following these entanglements - which constitute and are constituted every moment - allowed us to get close to forms of violence and suffering subjectivation that are not always explored in investigations involving TGW. Public policies are needed, which take into account the specificities of the population of TGW in the context of mental health and the diffuse and trivialized characteristic of social suffering. This is necessary in order to mitigate its effects, both through the weakening of unfavorable contexts and the stimulation of the possibilities of these women's acting. Obviously, within the context of health care, by improving access to



health services for TGW, but beyond that by improving access to health care within a broader perspective of health promotion and improved quality of life

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)	24
Figura 2	Modelo de determinação social da saúde proposto pela Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas, da Organização Panamericana de Saúde (OPAS)	25
Figura 3	Fluxo de coleta de dados, Pesquisa Divas, 2016/2017	41
Figura 4	Convite/cupom, Pesquisa DIVAS, 2017	42
Table 1	Descriptive and bivariate analyses of symptoms of SMDD according to study variables, among transgender women in Northeast Brazil, 2017	59
Table 2	Multivariate analysis of factors associated with symptoms of SMDD among transgender women in Northeast Brazil, 2017	61
Tabela 1	Distribuição das respostas das participantes a cada uma das 7 perguntas sobre VF	77
Tabela 2	Análise bivariada multinomial da associação entre as variáveis do estudo e STDM entre mulheres trans no Nordeste do Brasil, 2017	79
Tabela 3	Associação entre características selecionadas e ter sofrido violência física entre mulheres trans no Nordeste do Brasil, 2017	84
Tabela 4	Odds ratio ajustado da associação entre VF e STDM entre MT no Nordeste do Brasil, 2017	86
Quadro 1	Participantes da pesquisa DIVAS entrevistadas em Salvador, Bahia, 2017	100

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional das Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, Aliados e mais
MT	Mulheres trans e travestis
NEPADI	Núcleo de Ensino e Pesquisa em HIV/aids e outras Doenças Infecciosas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PHQ-9	Patient Health Questionnaire 9
RDS	Respondent Driven Sample
SUS	Sistema Único de Saúde
STDM	Sintomas de Transtorno Depressivo Maior
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
VF	Violência Física

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	20
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
4.1 Determinantes sociais da saúde.....	21
4.2 Evolução epistemológica na classificação do Transtorno Depressivo Maior.....	24
4.3 Transtorno depressivo maior, transexualidade e determinantes sociais em saúde.....	27
4.4 sofrimento social.....	29
4.5 A lógica do cuidado.....	30
4.6 Resistência.....	32
<b>5 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	33
<b>6 OBJETIVOS</b> .....	34
6.1 Gerais.....	34
6.2 Específicos.....	34
<b>7 METODOLOGIA</b> .....	35
7.1 Desenho do estudo.....	35
7.2 População do estudo.....	35
7.3 Técnicas e procedimentos para a coleta de dados quantitativos.....	36
7.3.1 Pesquisa formativa.....	37
7.3.2 Seleção da amostra.....	38
7.4 Dados quantitativos e variáveis do estudo.....	42
7.5 Análise de dados.....	44
7.6 Produção de dados qualitativos.....	45
7.6.1 Narrativa.....	45
7.7 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS.....	46
<b>8 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	48

<b>9 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>50</b>
ARTIGO I.....	51
ARTIGO II .....	69
ARTIGO III.....	93
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>119</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENTREVISTADOR .....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXO C – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO D – QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA PESQUISA DIVAS .....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>174</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

A opção pelo doutorado em Saúde Coletiva já vinha sendo considerada há 13 anos e sendo protelada desde que terminei o meu Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, no Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ, em Belo Horizonte-MG. Sou médico de formação, com residência em Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Desde a faculdade, sempre me interessei por temas relacionados à Saúde Coletiva. Ainda nessa época, na Universidade Federal da Bahia, fui das primeiras turmas da nova disciplina denominada Políticas de Saúde, a qual substituía a antiga Saúde Pública, o que foi importante na minha formação, pela mudança epistemológica que tal mudança imprimia em relação à configuração anterior.

Terminei o curso de medicina e, em seguida, fui fazer residência no Hospital Juliano Moreira – BA, justamente em 2001, quando foi sancionada a lei da Reforma Psiquiátrica, o que deu uma direcionada, ainda que discreta, na formação dentro dessa nova perspectiva. Em seguida, fui cursar Psiquiatria da Infância e da Adolescência no (à época denominado) Centro Psicopedagógico, pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e vinculado à Secretaria Estadual de Saúde daquele Estado. Logo depois, iniciei a minha prática clínica na Prefeitura de Belo Horizonte, em posto de saúde de uma região periférica do município. Além das atividades clínicas, nós, da equipe de Saúde Mental, éramos incumbidos a realizar um matriciamento em saúde mental junto às equipes do Programa de Saúde da Família (termo usado na época). Essa primeira experiência foi o marco inicial que passou a nortear todo o meu trabalho dentro da clínica.

Algum tempo depois, comecei a sentir a necessidade de continuar a minha formação e avaliei que havia uma lacuna dentro dos meus estudos, referente à Saúde Coletiva, que me auxiliava na minha clínica. A propósito, não acredito numa clínica desvinculada da Saúde Coletiva. Dessa forma, decidi submeter-me à seleção para o Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, no Centro de Pesquisas René Rachou, e trabalhei na época com cuidadores de usuários portadores de esquizofrenia. A pesquisa foi realizada num município do interior de Minas Gerais, Lagoa da Prata, onde eu trabalhava no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e atendia em um Serviço de Saúde Mental ambulatorial infanto-juvenil. Era o ano de 2007 e, paralelamente, passei a fazer perícias psiquiátricas para a Justiça Federal, na sua maioria previdenciárias.

Como esquizofrenia é um tema pelo qual eu me interessei muito, inicialmente, comecei a gestar um possível projeto para o doutorado dentro da temática do retorno ao trabalho entre portadores de tal sofrimento social. Dentro da psiquiatria forense, eu estudava muitos temas dentro do direito, assim, outras comunidades que viviam em situação de vulnerabilidade passaram a me interessar, dentre elas, a comunidade LGBTQIA+. Especificamente o grupo de mulheres transexuais e travestis me parecia um dos mais vulneráveis dentro dessa comunidade. Procurei o Instituto de Saúde Coletiva (ISC), inicialmente, com duas possibilidades de trabalho: retorno ao trabalho entre usuários portadores de esquizofrenia (um projeto já mais desenvolvido) ou trabalhar com algum tema que envolvesse transexualidade (esse projeto ainda embrionário). O segundo tema me motivou a procurar professores/pesquisadores do Grupo de Pesquisa NEPADI (Núcleo de Ensino e Pesquisa em HIV/aids e outras Doenças Infecciosas), onde fui fraternal e imediatamente acolhido e, após frequentar as atividades do grupo durante cerca de um ano, surgiu o projeto que deu origem à presente tese.

## 2 INTRODUÇÃO

Identidade de gênero e sexualidade vêm sendo discutidas de forma cada vez mais frequente nos meios acadêmicos, científicos, sociais, virtuais, entre outros. A questão da transexualidade ganha força e visibilidade cada vez maior dentro destas discussões. A transexualidade já teve diversas nomenclaturas e foi considerada anomalia dentro de perspectivas das mais distintas, especialmente a científica e a religiosa. Paulatinamente, ela vem ganhando maior compreensão dentro da sociedade como um todo, sejam seus aspectos biológicos, sociológicos, psicológicos, da saúde, entre outros (COUTO, 2013; BENTO, 2006). Entretanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido, considerando que as pessoas transexuais ainda são uma população extremamente vulnerável, vítima constante de violências e com precária assistência à saúde, comparada com a população geral (BENTO, 2014).

As lutas pelos direitos civis LGBTQIA+ ganharam força na década de 1970 do século XX, principalmente por movimentos sociais nos Estados Unidos. Os movimentos sociais já tinham pautas específicas na luta pelos direitos das pessoas transexuais de não sofrerem abusos e nem serem discriminadas no seu dia a dia (NEMOTO et al, 2011). Contudo, apesar do tempo de militância, ainda não se conseguiu evoluir satisfatoriamente na garantia desses direitos para as identidades trans. As pessoas trans (travestis, transexuais, transgêneros) ainda são vítimas das mais variadas formas de transfobia, sejam elas institucionais, sociais ou interpessoais. A transfobia institucionalizada, muitas vezes, vem na forma de leis que discriminam esse tipo de identidade (LOMBARDI et al, 2001). Por conseguinte, essa população tem acesso mínimo às instituições e às garantias asseguradas pelo Estado aos indivíduos que não fazem parte deste grupo, dentre elas, o acesso à saúde, à educação, à segurança ou a qualquer outro direito constitucional. O seu acesso a qualquer serviço ou bem de consumo, seja público ou privado, é dificultado em razão de não estarem contempladas numa divisão binária de gênero, baseada em dois gêneros pré-definidos, masculino e feminino, e articulados à ideia de “sexo biológico” como “natural”. A possibilidade de utilização destes serviços é baseada em uma perspectiva da exclusão (PIRES, 2016; ARÁN et al, 2009).

Dentro desta perspectiva, é importante problematizar a discussão que versa sobre a binaridade de gênero e a dominação dos corpos através de um olhar puramente biológico. Tal entendimento nega a multiplicidade de influências e experiências vividas pelos sujeitos, que passam a ser vistos apenas como corpos biológicos, influenciados e controlados por um leque de reações químicas, sendo estas classificadas como patológicas ou fisiológicas (BENTO;



PELÚCIO, 2012). Torna-se difícil para a sociedade entender algo que não está *dentro do compreensível*, algo que foge ao conceito binário de gênero dominante na atualidade (SOUZA; CARRIERI, 2010; BENTO, 2014). Por exemplo, mesmo com a ampliação da compreensão acerca da transexualidade, ainda versa uma crença social, uma representação (que foi mantida pelos discursos biomédicos) de que a transexualidade só seria verdadeira entre pessoas submetidas aos procedimentos biológicos de redesignação sexual ou pelo menos fossem candidatas a tais procedimentos, por terem um diagnóstico psiquiátrico firmado por um código oficial, como a Classificação Internacional das Doenças (CID) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (OMS, 1997; APA, 2013; COUTO, 2013).

Pode-se interpretar isso como uma tentativa simbólica de normatizar sujeitos “desviantes” para a noção social binária de gênero, o que só faz aumentar a força de teorias de patologização da transexualidade, isto é, se existe um tratamento, logo, refere-se a uma doença (ARÁN et al, 2009; ROQUE; RODRÍGUEZ, 2012; MEYER et al, 2014; DOURADO et al, 2016). Ademais, alguns estudos realizados em diferentes países encontraram prevalências consideráveis de arrependimentos após cirurgia de redesignação sexual (entre 10 e 20%), corroborando com a ideia de que não se trata de uma questão de “inadequação de gênero” (À CAMPO et al, 2003). É importante salientar que essa ideia da transexualidade como uma entidade nosológica foi muito influenciada pelos estudos de Harry Benjamin, na década de 1950, sobre o “verdadeiro transexual”, defendendo a cirurgia de transgenitalização como a única forma de evitar o suicídio entre pessoas transexuais (ALMEIDA; MURTA, 2013; BENTO 2008; BENTO; PELÚCIO, 2012).

Essa perspectiva estigmatizante tem permitido certo acesso de pessoas trans a alguns serviços de saúde (ARÁN et al, 2009) – baseado na ideia de que “já que são indivíduos doentes, devem ser tratados”. E, ainda que esse não seja a perspectiva predominante dentro dos movimentos sociais pro LGBTQIA+, tal formulação da possibilidade do acesso pode fazer com que alguns/algumas transexuais, a despeito do estigma, sejam a favor da inclusão da transexualidade no rol das enfermidades (ALMEIDA; MURTA, 2013). Desse modo, trata-se também de uma forma diferente, mas igualmente perversa, de tentar inserir o sujeito dentro do mesmo modelo binário de gênero. O indivíduo se coloca numa posição de doente, com a qual geralmente não se identifica, para que tenha acesso aos serviços aos quais, em verdade, tem direito. Todo esse processo culmina na marginalização social dos sujeitos envolvidos, gerando sofrimento.

Estudos atuais na área de saúde mental têm encontrado maiores prevalências de transtornos mentais em pessoas transexuais, travestis e transgêneras do que na população geral, sendo que atribuem questões sociopsicológicas a esta condição (NEMOTO et al, 2011; BOCKTING et al, 2013; FREDRIKSEN-GOLDSSEN et al, 2014; ROBLES et al, 2016; BONIERBALE, 2016). Dentre estes estudos, encontramos principalmente duas das possíveis vertentes de pensamento. De um lado, as patologizantes, que consideram a transexualidade em si como um transtorno mental e colocam “os outros” transtornos mentais como comorbidades, mesmo problematizando este conceito de doença, a exemplo de um estudo multicêntrico realizado em vários países europeus e outro realizado só na Holanda (HEYLEN et al, 2014; À CAMPO et al, 2003). Em oposição, há aqueles estudos que falam somente de risco maior de sofrimento mental em transexuais, em comparação com a população geral, e defendem abertamente a questão da despatologização, como em uma pesquisa realizada em 2008 no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ARÁN et al, 2008).

Entretanto, nas duas linhas de pensamento, na maioria dos estudos sobre o tema, encontramos uma maior prevalência de transtornos mentais nesta população, dentre eles, transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, além de abuso de substâncias psicoativas (ARÁN et al, 2008; NEMOTO et al, 2011; BOCKTING et al, 2013; FREDRIKSEN-GOLDSSEN et al, 2014; HEYLENS et al, 2014; IBRAHIM et al, 2016). Dentre os transtornos mentais mais prevalentes entre pessoas trans, a depressão é de suma importância por ser uma condição de manejos clínico e social delicados e que pode causar comprometimentos significativos no funcionamento social do sujeito, além de facilitar o surgimento de outras doenças somáticas. Ademais, ela está associada ao comportamento suicida e à predisposição maior ao abuso de substâncias psicoativas (KAPLAN; SADOCK, 1999; LAM et al, 2016).

Estudos apontam que se fazem necessárias intervenções no sentido de diminuir os estressores psicossociais entre transexuais, o que pode prevenir sintomatologias psiquiátricas (NEMOTO et al, 2011; BOCKTING et al, 2013; FREDRIKSEN-GOLDSSEN et al, 2014). Além disso, esses estressores associados à sintomatologia depressiva, ansiosa e abuso de substâncias estão intimamente ligados aos comportamentos sexuais de risco (CLEMENTS et al, 2008; NUTTBROCK et al, 2013). Isso pode significar que a prevenção em saúde mental, além dos seus benefícios diretos, resulta na diminuição do risco de infecção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) (À CAMPO et al, 2003).

Para que essas intervenções possam ser mais efetivas, é necessário que o problema seja analisado em maior profundidade, para além do discurso biomédico. Existem alguns conceitos

que definem o sofrimento que é experienciado pelos sujeitos e é, também, oriundo ou, pelo menos, influenciado, por fatores externos ao indivíduo. Nenhum deles parece conseguir exprimir ou definir o significado desse sofrimento de maneira concreta. Não obstante, dentro da antropologia médica existe o conceito de “sofrimento social” (SS), que já está bem estabelecido e se relaciona intimamente com a noção de injustiça e vulnerabilidade. Portanto, optei por partir deste referencial, para o aprofundamento da discussão para além do modelo biomédico. A experiência de sofrimento é uma resposta à relação entre a subjetividade, as representações culturais e as experiências sociais, ou seja, não existe uma experiência de sofrimento desconectada da realidade sociocultural (KLEINMAN, 1997). Para além da conexão com certos códigos culturais, os sujeitos sofrem sempre em diálogo com outros corpos e objetos (MARQUES, 2018).

Vale salientar, que esse conceito servirá para ampliar a visão sobre os fenômenos e, apesar de não excluir o saber biomédico, também será útil para questionar a presunção que se faz desse saber, como possuidor de uma validade única e superior. O presente estudo pretende investigar fatores associados aos sintomas de Transtorno Depressivo Maior (TDM) entre mulheres transexuais e travestis (MT), além de buscar identificar experiências de sofrimento social de acordo com as histórias de vida narradas pela população do estudo.

### 3 JUSTIFICATIVA

Não há como negar que houve progressos na compreensão da transexualidade. No entanto, pessoas trans (travestis, transexuais, transgêneros) ainda são vítimas das mais variadas formas de transfobia, sejam elas institucionais, sociais ou interpessoais. O discurso biomédico ainda se apoia dentro de uma perspectiva patologizante, mantendo a transexualidade *per se* classificada dentro de uma categoria nosológica, nos principais códigos de classificação de doenças utilizados (OMS, 1997; APA, 2013; COUTO, 2013). O juízo de valor, claramente inculcado nesse discurso, essencializa o sofrimento associado à condição e mascara a indiscutível contribuição que tem as situações de vulnerabilidade vivenciadas por essa população.

A prevalência de TDM em MT é mais alta, se comparada àquela da população geral. Assim, são necessários mais estudos sobre o tema, para que se possa compreender quais os fatores associados ao transtorno mental e sua importância nessa população específica. Além da perspectiva nosológica, temos que atentar para a ótica dos determinantes sociais em saúde e das vivências individuais ou de grupo dessa população, dentro da situação de vulnerabilidade social que experienciam.

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento socioeconômico, existem poucos estudos sobre o tema. A maior quantidade de estudos foi realizada em países desenvolvidos, onde os fatores associados ao TDM podem variar bastante. Ademais, a maioria dos estudos nesse campo é composto por pesquisas que analisam a questão de forma exclusivamente quantitativa ou qualitativa. São raros os estudos que se utilizam da possibilidade de metodologia mista, o que pode possibilitar uma maior integração dos saberes das ciências humanas, biomédicas e de outras disciplinas, para um trabalho transdisciplinar e intersetorial mais eficiente. Nesse sentido, a Saúde Coletiva é um dos campos científicos privilegiados para fomentar essa discussão (GARNELO, 2006; ARÁN et al, 2008; ALMEIDA; MURTA, 2013; ALMEIDA-FILHO et al, 2013; HEYLENS et al, 2014; IBRAHIM et al, 2016; DOURADO et al, 2016).

A compreensão mais aprofundada do fenômeno é fundamental para que se possa analisar a situação para além do saber biomédico e, nessa perspectiva, possibilitar um melhor desenvolvimento de recursos e estratégias de prevenção e tratamento/reabilitação em saúde mental para essas pessoas. Recursos estes que estejam em consonância com as suas necessidades e, principalmente, com a sua realidade social de exclusão (BENTO, 2014).

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Pessoas submetidas às condições de pobreza e de vulnerabilidade têm menores expectativas de vida e maior adoecimento em relação às pessoas situadas nos mais altos estratos sociais, mesmo nos países mais desenvolvidos e dentro de sistemas de saúde mais igualitários. Neste sentido, pode-se inferir que a saúde é extremamente sensível às influências do ambiente social ou ao que atualmente é conhecido como “determinantes sociais da saúde” (MARMOT, 2001; WILKINSON; MARMOT, 2003). Há diversas definições para esse conceito, que expressam com maior ou menor nível de detalhamento como as condições de vida e trabalho de um indivíduo ou de uma população se relacionam com sua saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Há algumas décadas já existem estudos no Brasil e na América Latina que relacionam condições sociais e saúde (ALMEIDA-FILHO et al, 2003), no entanto não se pode estabelecer, objetivamente, como os determinantes sociais da saúde influenciam nas condições sanitárias. São inúmeros os caminhos pelos quais as condições sociais determinam a saúde. Para melhor compreender esses caminhos, é necessário incluir na análise os contextos macroeconômicos e fatores sociais, bem como os mecanismos ambientais mais imediatos dos indivíduos, como fatores psicológicos, comportamentais e biológicos que podem influenciar o processo saúde-doença (ADLER; OSTROVE, 1999).

Estudos apontam que as desigualdades sociais são preponderantes para as diferenças nos parâmetros de saúde de um indivíduo ou de uma população. Além disso, essas desigualdades causam iniquidades no acesso a atenção em saúde. É importante salientar que as desigualdades sociais não são somente prejudiciais para a saúde da população menos favorecida socioeconomicamente, mas, sim, para a população como um todo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

Particularmente, o Brasil tem um duplo desafio pela frente. Além das iniquidades na distribuição de renda, o país tem a maior parte da população em situação de pobreza, o que gera um grande contingente de indivíduos para os quais faltam opções, oportunidades e voz frente ao Estado e à sociedade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). As desigualdades sociais estão diretamente ligadas às iniquidades em saúde, portanto há

de se pensar em maneiras de combatê-las, com o objetivo de melhorar os parâmetros de saúde de determinada população (WHO, 2014).

Os determinantes sociais da saúde deslocam o foco do cuidado, na medida em que, ao contrário das abordagens clássicas em Saúde Coletiva, não valoriza os fatores de risco como eventos externos se relacionando com eventos internos (susceptibilidade individual), para considerar a natureza complexa, subjetiva e contextual da relação entre saúde, enfermidade e as iniquidades sociais. Propõe, assim, modelos de vulnerabilidade.

[...] qualquer evento ou processo social, para representar uma fonte potencial de risco para a saúde, necessita estar em ressonância com a estrutura epidemiológica dos coletivos humanos. Não se trata exclusivamente da ação externa de um elemento ambiental agressivo, conforme indicado na metáfora de fatores-produzindo-riscos, nem da reação internalizada de um hóspede susceptível, mas sim de um sistema complexo (totalizado, interativo, processual) de efeitos patológicos. A compreensão desta complexidade interativa, instável e dinâmica se revela particularmente importante para a questão científica geral dos modelos epidemiológicos de determinação social das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (ALMEIDA-FILHO, 2004, p. 882).

São muitos os modelos explicativos para os determinantes sociais em saúde. Esses modelos são importantes porque, para além de identificar a relação de causalidade entre os determinantes sociais e a saúde, é preciso investigar o que se costuma chamar de “causas das causas”, que seriam os motivos pelos quais os determinantes sociais causam alterações nos parâmetros de saúde (SOBRAL; FREITAS, 2010).

Dahlgren e Whitehead (1991), propuseram um modelo para explicar a teoria dos determinantes sociais em saúde. Este modelo propõe níveis de determinantes que vão do individual ao macrossocial. Engloba determinantes proximais, intermediários e distais (Figura 1).

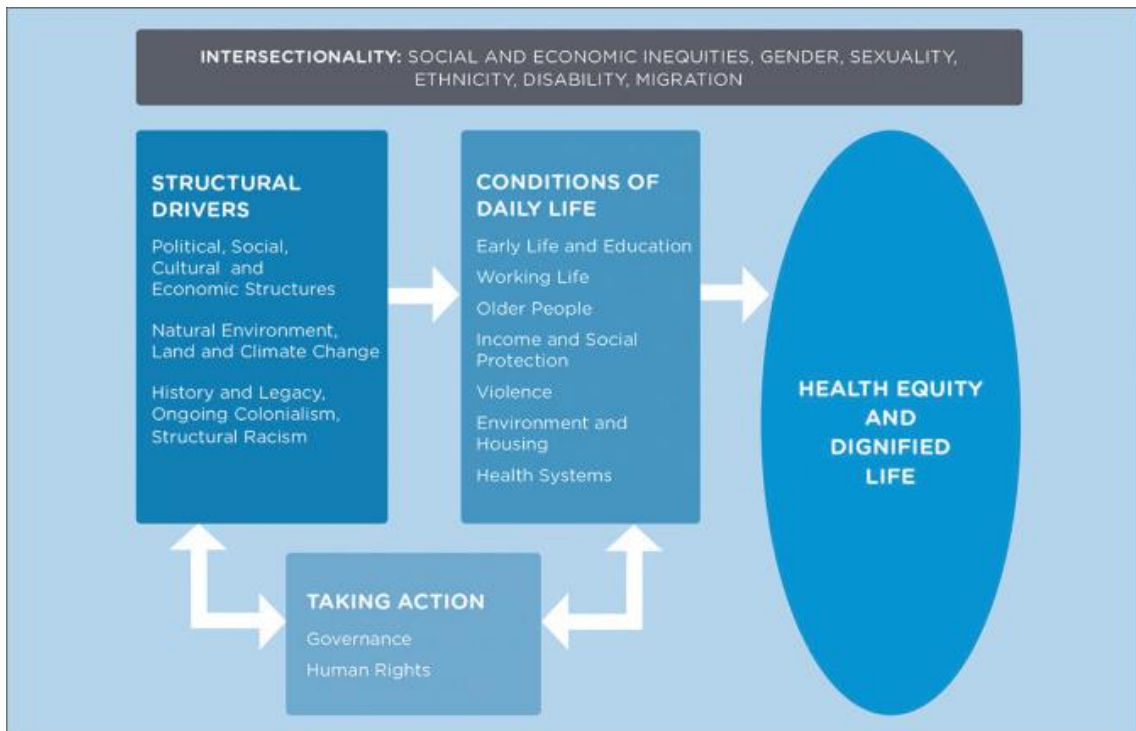
**Figura 1.** Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: BUSS; PELLEGRINI FILHO (2007, p. 84).

Apesar da grande contribuição para a sistematização dos determinantes sociais de saúde, esse modelo ainda é muito focado em fatores ligados à pobreza, mesmo que não exclusivamente. Sem diminuir a importância dos fatores econômicos para as iniquidades em saúde, Michael Marmot (2018) destaca que existem outros determinantes sociais que podem influenciar na saúde e que não são, necessariamente, ou pelo menos diretamente, conectados aos fatores econômicos. O autor ilustra seu ponto de vista através de exemplos de certos países pobres que têm uma expectativa de vida maior que países ricos como os Estados Unidos. Conclui que as iniquidades em saúde estão associadas ao fato de algumas pessoas não terem acesso ao que ele denomina como uma “vida digna”. O autor tem uma cadeira na Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas, da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que propõe um modelo em que o desfecho seria uma vida digna, alinhada com uma maior equidade em saúde, valorizando a interseccionalidade (Figura 2).

**Figura 2.** Modelo de determinação social da saúde proposto pela Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas, da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)



Fonte: Marmot (2018, p. 2)

A presente tese baseia-se nos elementos clássicos propostos pelo modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), com seus determinantes distais, intermediários e proximais. Considera, também, a contribuição do modelo proposto pela OPAS, principalmente no que se refere ao detalhamento dos fatores estruturais e das condições de vida diária, tomando como pressuposto indispensável as ações governamentais e dos direitos humanos, a fim de produzir uma vida digna para os indivíduos, tornando esse modelo mais dinâmico que aquele, já que a vida não é estática.

#### 4.2 EVOLUÇÃO EPISTEMOLÓGICA NA CLASSIFICAÇÃO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é uma entidade nosológica que corresponde ao quadro depressivo clássico, ou seja, o que é comumente chamado como transtorno depressivo ou simplesmente de depressão. Tal nomenclatura é sujeita a controvérsias. Inicialmente, o termo foi cunhado na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos



Mentais (DSM III), de 1980, para designar uma categoria de depressões clínicas e, assim, diferenciá-las de estados de tristeza normal, como o luto, ou de outras síndromes depressivas, como a distímia. Autores como Parker e Brotchie (2009) questionam se esse objetivo foi alcançado ou, ao contrário, trouxe mais ambiguidade para a definição diagnóstica.

Durante as primeiras edições dos DSM, em 1952 e 1968, o conceito de depressão estava marcadamente influenciado por um viés psicanalítico. Nesta época, a psiquiatria estava dividida entre dois paradigmas não fisicalistas diferentes: de um lado, a psicanálise, que considerava a origem psicológica dos transtornos mentais; do outro, a antipsiquiatria com a sua visão psicopolítico-social (RUSSO; VENÂNCIO, 2006). A partir de 1980, com o DSM III, há uma mudança radical de paradigma. Processa-se um retorno da classificação à forma categorial e reforço do paradigma biológico dentro da psiquiatria. Esse era um questionamento que se mantinha desde a época de Hipócrates, no qual se tenta relacionar os quadros psiquiátricos às alterações cerebrais (FERREIRA, 2011). Hoje, a definição de TDM se mantém relacionada com aspectos presumidamente biológicos e com a classificação sendo feita em forma de categorias (APA, 2013; OMS, 1997).

Desde a década de 1980, começou a ganhar força a psiquiatria biológica, que apesar de usar esse rótulo, não surgiu a partir de descobertas de fatores biológicos identificáveis na causalidade dos transtornos mentais, mas sim de uma mudança de paradigma. Nessa época, teve início uma busca por marcadores biológicos que pudessem diferenciar a normalidade da patologia. A psiquiatria biológica criou, então, uma aliança com a indústria farmacêutica, dentro de uma rede tecnocientífica na qual os limites entre a psiquiatria biológica, a psicofarmacologia e a indústria farmacêutica tornaram-se difíceis de identificar (AGUIAR; ORTEGA, 2017).

Durà-vilà et al (2013), num estudo realizado na Espanha, analisam dois grupos experienciando tristeza profunda e que preenchiam critérios para diagnósticos de depressão pelos DSM-VI. Um grupo tinha uma causa clara para a tristeza e o outro não. Os autores chamam atenção para as influências da cultura e da religião na depressão e fazem um alerta quanto à possibilidade de medicalização da tristeza “normal”.

O processo de medicalização encontra-se cada vez mais arraigado dentro da psiquiatria e é o principal orientador do cuidado dentro dessa disciplina. Cada vez mais, os processos mentais e psicológicos dos sujeitos estão sendo reduzidos ao funcionamento de áreas cerebrais e seus processos químicos. Consequentemente, as alterações do comportamento seriam derivadas do funcionamento desse sistema anatomofisiopatológico. Logo, as estratégias

“biológicas” de cuidado são privilegiadas em detrimento dos outros modos de cuidado (DURÀ-VILÀ et al, 2013; KAMERS, 2013; DALAL; SIVAKUMAR, 2009; ANDEASEN, 2006).

Entretanto, há um grande paradoxo, porque a pesquisa em psiquiatria biológica, até o momento, não ofereceu marcadores biológicos definitivos na causalidade dos transtornos mentais em geral. Os manuais diagnósticos em psiquiatria são preparados de acordo com categorizações clínicas do comportamento e sem ligação com a etiologia. Algumas dessas categorizações carecem de validação justamente por serem baseadas em critérios clínicos. Além disso, como são feitos por médicos, são produções culturais próprias e representantes de um pensamento hegemônico dentro de uma lógica de poder (DALAL; SIVAKUMAR, 2009; BERRIOS, 2008).

As categorias presentes nos manuais de classificações mais utilizadas (CID 10 e DSM-V) estão submetidas a inúmeras controvérsias. As críticas que prevalecem são aquelas que questionam a não consideração das questões dimensionais nestas classificações, com certos autores defendendo, por exemplo, que estas representariam o divórcio entre clínica e a pesquisa (ZORZANELLI et al, 2014; DE ALMEIDA, 2015).

Apesar de todas as controvérsias existentes e considerando que se trata das classificações mais usadas em pesquisa, para o presente trabalho será usada a definição de Transtorno Depressivo Maior presente no DSM IV e os seus equivalentes – Episódio Depressivo ou Transtorno Depressivo Recorrente, codificados na CID 10 como F32 e F33, respectivamente (APA, 1994; OMS, 1997).

Por ser um transtorno mental de prevalência considerável, instrumentos padronizados para o rastreio de TDM são muito úteis para o monitoramento de sua prevalência e de fatores de risco (SANTOS et al, 2013). Após a reforma psiquiátrica, com a mudança da estratégia do cuidado para uma atenção à saúde comunitária, em substituição a um cuidado hospitalar, instrumentos que possam ser aplicados na população geral são de grande interesse. O PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) é um instrumento útil, por ser curto e de aplicação simples, podendo ser facilmente operacionalizado na atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família e na sua interlocução com os serviços de atenção à saúde mental comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O PHQ-9 consegue ter uma boa sensibilidade, se comparado aos outros instrumentos mais longos e de mais difícil aplicação. Além do diagnóstico, o instrumento de triagem também permite a gradação da severidade do quadro depressivo (KROENKE et al, 2001).

Existem, também, o PHQ-2 e o PHQ 4, que são úteis para triagem de TDM na atenção básica. Contudo, apesar de terem uma sensibilidade próxima ao PHQ-9, este possui maior especificidade que aqueles, sendo um instrumento mais completo. O PHQ-4 é um instrumento que pode identificar sintomas tanto referentes ao TDM como transtornos de ansiedade (ARROLL et al, 2010; STANHOPE, 2016).

#### 4.3 TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR, TRANSEXUALIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

O TDM é um transtorno mental de alta prevalência, variando de 6 a 17% na população geral (BLAZER, 1995). Por ser multifatorial, entre os fatores de risco para sua determinação, a dimensão psicossocial assume um papel relevante. Situações de envolvimento com drogas, falta de suporte social, iniquidade nas áreas de educação e saúde, exposição à violência doméstica ou comunitária e trabalho infantil podem predispor crianças e adolescentes à depressão (BARBOSA et al, 2016), tornando a vulnerabilidade social um aspecto muito importante na causalidade do TDM.

Há prevalências maiores no sexo feminino, chegando a 19,7% (CUNHA et al, 2012; GONÇALVES et al, 2018). Um estudo realizado com adultos, em Porto Alegre – RS, encontrou associação entre depressão e sexo feminino, baixa escolaridade, aumento da idade e fatores socioeconômicos, destacando que a pobreza pode estar no caminho causal da depressão por estar associada ao desemprego, ao baixo nível de instrução, à baixa qualidade de moradia e à alimentação inadequada (CUNHA et al, 2012).

Patel e Kleinman (2003), numa revisão de literatura que incluiu publicações desde os anos 1990 em periódicos de língua inglesa, encontraram associação entre transtornos mentais comuns e determinantes sociais (categoria na qual o TDM está incluído). Esses autores encontraram associação com as categorias “falta de esperança”, “sensação de insegurança”, “exposição à violência”, “comorbidades com adoecimentos físicos” e “mudanças sociais repentinas”. Os autores não encontraram associação com renda, mas destacaram que os custos diretos e indiretos com o adoecimento mental pioram a situação econômica e criam um círculo vicioso de pobreza e presença de transtorno mental.

Outro estudo realizado com mulheres atendidas na estratégia de saúde da família, encontrou associação entre depressão e baixa escolaridade, estar trabalhando atualmente e ter doença mental prévia. Encontrou, também, fatores de proteção, tais como: ser casada ou viver

com companheiro, realizar atividades físicas regularmente e relatar autoavaliação positiva de saúde (GONÇALVES et al, 2018).

Heylens et al (2014) encontraram uma prevalência de 60% de pelo menos um episódio na vida de transtornos afetivos entre pessoas transexuais. Essa população está submetida às mais diversas situações de discriminação ao longo de seu desenvolvimento, desde a infância/adolescência/juventude. A vivência de traumas psíquicos na infância pode aumentar o risco de desenvolver depressão (FEITOSA, 2014). Experiências de discriminação e violência transfóbicas, dentre outras situações de vulnerabilidade social, são relatadas com grande frequência entre pessoas trans (ARÁN et al, 2008; NEMOTO et al, 2011; BOCKTING et al, 2013; NUTTBROCK et al, 2013; FREDRIKSEN-GOLDSSEN et al, 2014; IBRAHIM et al, 2016).

Em um estudo realizado em Nova Iorque, 59,5% da amostra de 402 pessoas transexuais já tinham passado por alguma situação de assédio em geral, sendo que 26,6% já tinham passado por um incidente violento e 14% por tentativa de estupro ou estupro consumado. Além disso, 37,1% relataram alguma forma de discriminação econômica (LOMBARDI et al, 2001). Na mesma cidade, outro estudo também apontou que abuso relacionado ao gênero é um fator associado aos sintomas depressivos (NUTTBROCK et al, 2013).

Numa amostra de 287 mulheres transexuais, na República Dominicana, Budhwani et al (2017) encontraram prevalência de 45,6% de MT que já tinham passado por situações traumáticas, 24,5% delas já havia sofrido abuso sexual, 32,2% abuso psicológico, 12,1% foram torturadas e 20,1% já tinham sofrido tentativa de assassinato.

Dentre os fatores que podem influenciar os quadros depressivos e, além disso, interferir nas situações de violência, discriminação e vulnerabilidade, destacam-se a ausência de suporte social (NEMOTO et al, 2011), a percepção de uma qualidade de vida ruim, a ausência de parceiros(as), nível de renda, condições de habitação, desemprego, uso/abuso de substâncias psicoativas e envolvimento com a justiça (SANTOS; KASSOUF, 2007; DARAY et al, 2017). As mulheres transexuais e travestis trabalhadoras do sexo são especialmente vulneráveis, portanto mais predispostas a desenvolver o TDM (NEMOTO et al, 2011). Outros fatores que podem influenciar no caminho causal do TDM, independentemente dos determinantes sociais relacionados especificamente à transexualidade, são a história pregressa de depressão e história familiar de transtornos afetivos (DE JONGE et al, 2018; LAM et al, 2016). Por outro lado, o desenvolvimento de habilidades sociais, como a melhoria das condições do ambiente vivencial

da pessoa, a construção de um suporte social adequado, a melhora na autoconfiança e nas relações sociais, tendem a ter efeito protetor na depressão (FEITOSA, 2014).

O acesso aos serviços de saúde também costuma ser precário para essa população, com a presença de barreiras e dificuldades que inibem as pessoas trans de obter o cuidado em saúde mental desejado e necessário, especialmente pela inadequação dos profissionais desses serviços para lidar com as particularidades do cuidado despatologizado para essa comunidade (CARROLL-BEIGHT; LARSSON, 2018).

Para além de demonstrarem como a violência está presente de forma relevante no dia a dia dessa população, esses dados localizam como as diferentes formas de violência levam a uma maior vulnerabilidade social que, associada a outros fatores, predispõem o desencadeamento de TDM. Esses estudos corroboram com a afirmativa de que a vulnerabilidade social é um fator importante de aumento da prevalência de depressão (BARBOSA et al, 2016; CUNHA et al, 2012; ALMEIDA-FILHO et al, 2004) e de índices elevados de ideação e tentativas de suicídio (NEMOTO et al, 2011; NADAL, 2018).

#### 4.4 SOFRIMENTO SOCIAL

Existem conceitos para definir o sofrimento experienciado pelos sujeitos e que possuem como componente a influência de fatores externos. A meu ver, nenhum deles consegue exprimir ou definir de maneira concreta o significado deste sofrimento. Entretanto, existe no campo da antropologia o conceito já bem estabelecido de “sofrimento social” (SS), que se relaciona intimamente com as noções de injustiça e de vulnerabilidade. Optei por esse referencial, salientando que tal conceito servirá para ampliar a perspectiva sobre os fenômenos e não para excluir o modelo biomédico, afinal o cotidiano não permite essa separação, que, apesar de artificial, aqui tem a função de facilitar a compreensão dos fenômenos.

Arthur Kleinman e colaboradoras (1997) propõem que a experiência de sofrimento é uma resposta à relação entre a subjetividade, as representações culturais e as experiências sociais, ou seja, não existe uma experiência de sofrimento desconectada da realidade sociocultural. Para além da conexão com certos códigos culturais, os sujeitos sofrem sempre em diálogo com outros corpos e objetos (MARQUES, 2018). Sofrimento social se relaciona diretamente com eventos cotidianos, contudo não se trata de uma situação oriunda de questões concretas, mas, sim, de uma estrutura social de opressão, que pode ser experienciada individual ou coletivamente. Dessa forma, o SS está imbricado no que os poderes políticos, econômicos e

institucionais ocasionam aos sujeitos e como esses próprios poderes interferem nas representações dos problemas sociais (KLEINMAN, 1989; KLEINMAN et al., 1997; PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011).

Nesse sentido, SS é alusivo a danos, agravos, humilhações, vergonha, falta de reconhecimento ou outras situações de vulnerabilidade, que são infligidas na experiência humana e pode, amiúde, ser interpretado como um preço a pagar, como tendo uma utilidade pedagógica ou mesmo como um rito de passagem, para que, assim, o sujeito possa vivenciar um sentimento de pertença (DAS, 2020; CARRETEIRO, 2003). Apesar de poder ser experienciado coletivamente, o SS é invisibilizado socialmente. Frequentemente, os sujeitos não compartilham o sofrimento com seus pares, por se sentirem desvalorizados e humilhados. A expressão do SS experimenta uma censura pelo próprio sujeito que, ao mesmo tempo, não encontra suporte para poder expressá-lo na coletividade. Assim, os afetos passam por um processo de apagamento e os sujeitos não se sentem representados nas instituições e, conseqüentemente, assumem um lugar social considerado inútil (CARRETEIRO, 2003).

É importante destacar, também, que o SS sofre uma tradução institucional que geralmente o transforma em doença, em sentido lato. E é a partir desta leitura, dentro da dicotomia saúde-doença, que são planejadas e implementadas ações institucionais, sejam elas relacionadas aos agravos em saúde ou à assistência social (PUSSETTI; BRAZZABENI, 2011; MARQUES, 2018). Sofrimento social é um conceito amplamente estudado e utilizado, dentro de uma pluralidade de perspectivas. Nesta tese, esse referencial será utilizado para ancorar a experiência de sofrimento das MT, para além do essencialismo de uma determinação individual e para além do modelo biomédico, sem, contudo, excluir a importância desses dois fundamentos para a leitura da experiência social.

#### 4.5 A LÓGICA DO CUIDADO

Segundo Mol e Law (2004), o corpo vivo é um objeto, na medida em que pode ser observado através de exames, de lentes, ou medido através do pulso, frequência respiratória, etc. Dentro dessa perspectiva, o corpo é objeto do saber biomédico. Entretanto, o corpo também é sujeito, com seu modo de vida e uma forma própria de experienciar dor, fome, satisfação, prazer. Nesse sentido, o corpo como objeto é público, enquanto o corpo como sujeito é privado. Nessa dicotomia, existe o corpo que temos (o conhecido pelos patologistas após a nossa morte)

e o corpo que somos (o corpo de que temos consciência). Para além dessa divisão, os autores defendem o corpo que se faz, ou seja, o corpo das nossas ações.

No seu livro *A Lógica do Cuidado* (2008), Annemarie Mol chama a atenção para os conceitos de lógica do cuidado e lógica da escolha. Na saúde, apesar de, ocasionalmente e idealmente, esses conceitos serem complementares, na grande maioria dos casos eles se confrontam. Mol utiliza exemplos de pacientes diabéticos para exemplificar como o “bom cuidado” é influenciado pelas escolhas do indivíduo e que essas escolhas têm a ver não só com as suas concepções, mas com os seus modos de vida e as suas práticas do dia a dia.

A autora traz exemplos de pacientes que simplesmente não tinham como adaptar os cuidados prescritos pelos profissionais de saúde dentro de suas rotinas diárias, por questões de trabalho, familiares, etc. Mol ainda chama a atenção de que essas ações do corpo que atua não são influenciadas somente por questões individuais, mas, também, e de forma importante, por questões sociais. A autora ainda problematiza se nós temos realmente uma possibilidade de escolha e chega à conclusão de que essa possibilidade é limitada. Considerando que precisamos de outros para sobreviver, fazemos escolhas de acordo com premissas sociais em determinados contextos, por isso, tendemos a escolher de forma similar em determinadas situações. Por outro lado, as realidades são atuadas, feitas em situações, portanto transformam-se; por isso, o cuidado é flexível, fluido, adaptado à situação e ao contexto em que está inserido.

A realidade é múltipla e, portanto, dependendo do contexto em que o cuidado é performado, seja ele histórico ou material, as relações entre os atores envolvidos se estabelecem de formas distintas. A relação entre um cuidador (seja ele profissional ou leigo) e o indivíduo que recebe o cuidado não se estabelece de forma simples, mas é influenciada pelas experiências históricas de ambos, seus conhecimentos e epistemologias, através de um cuidado que é prática, dentro de uma realidade que é todo tempo modificada por essa prática e que têm consequências que vão além da situação imediata da ação (SPINK, 2015).

“Relação”, na atenção à saúde, é um contexto de práticas histórico-culturais que são materialmente localizadas. Em sua conotação mais simples, envolve uma conversação entre um ou uma profissional e um ou uma paciente [...] Cada uma dessas pessoas está inserida em uma rede complexa de materialidades e socialidades. Por detrás da mesa que separa a médica e a paciente, há uma diversidade de outras pessoas e artefatos. No caso da médica, se fazem presentes as vozes de outros profissionais da equipe, de gestores, de antigos professores, de livros, de sites da internet [...] de laboratórios que farão e/ou analisarão material biológico, de máquinas e mais máquinas. A capacidade de resposta dessa profissional depende de suas experiências passadas, de sua formação, de regulações e protocolos, de incentivos ou da

falta deles, de apoio profissional e pessoal e das materialidades que embasam sua prática. Também a paciente não está só [...] (SPINK, 2015, p. 118).

Para Mol (2008), a experiência do cuidado é apreendida pela prática, dentro do contexto e das realidades múltiplas em que os atores estão inseridos. O cuidado não é uma experiência fechada em si, mas está aberta às influências de outros atores em um determinado contexto. Esses atores são inúmeros, podendo ser animados ou inanimados. Spink (2015, p. 118) destaca que “as máquinas ‘falam’, mesmo que por meio de seus porta-vozes!”. Assim sendo, as experiências estão vinculadas a essa dinâmica entre o que é oferecido e a possibilidade de agência do sujeito, e como esses dois pressupostos se interrelacionam, modificando-se mutuamente ao longo do tempo.

Nesse contexto, a lógica do cuidado e o sofrimento social podem fazer uma interlocução muito interessante na análise das entrevistas das participantes, na medida em que o sofrimento que é experienciado no cotidiano é o tempo todo modificado e ressignificado pelos outros atores/actantes presentes nas cenas em que as interações acontecem. A realidade não acontece, ela se faz.

#### 4.6 RESISTÊNCIA

Para além dos referenciais teóricos já abarcados, é importante abordar outra questão importante, considerando que onde há relações de poder há resistências. As relações de poder não se estabelecem dentro de uma estrutura simples de opressão/resistência, mas numa trama complexa, com uma multiplicidade de pontos de resistência (CASTELO BRANCO, 2001; GRABOIS, 2011).

Segundo Foucault (2014), o poder funciona em forma de cadeia e não está fixado em pontos localizados ou na mão de algum ou alguns. O poder não é uma forma de dominação hermética e que tudo controla, que nos aprisiona. Deixa pontos de fratura onde podemos modificá-lo, dentro de estratégias precisas e em determinadas condições.

Aliado aos conceitos d’A “lógica do cuidado” e do “sofrimento social” o conceito de “resistência” poderá auxiliar as análises das entrevistas, ampliando a compreensão das estratégias de resistência cotidianas das participantes do estudo.



## **5 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO**

Quais os determinantes de Transtorno Depressivo Maior entre mulheres transexuais e travestis participantes de um estudo de redes sociais e residentes em cidades do Nordeste do Brasil?

A violência física está associada ao Transtorno Depressivo Maior entre mulheres transexuais e travestis participantes de um estudo de redes sociais e residentes em cidades do Nordeste do Brasil?

Quais os sentidos/significados do sofrimento social entre mulheres transexuais e travestis residentes em cidades do Nordeste do Brasil?

Hipótese: os contextos de vulnerabilidade social, nomeadamente de violência contra as mulheres transexuais e travestis, contribuem para o aumento da prevalência de STDm e para as experiências de sofrimento social dessa população.

## 6 OBJETIVOS

### 6.1 GERAIS

Investigar fatores associados aos sintomas de Transtorno Depressivo Maior entre travestis e mulheres transexuais participantes de um estudo de redes sociais e residentes em três municípios do Nordeste do Brasil (Salvador-BA, Recife-PE e Fortaleza-CE).

Acompanhar as práticas nas cenas interativas em que o sofrimento social aparece ou é atuado entre mulheres transexuais e travestis residentes na área metropolitana de Salvador-Bahia.

### 6.2 ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de sintomas de Transtorno Depressivo Maior entre mulheres transexuais e travestis residentes em três municípios do Nordeste do Brasil;
- Investigar a associação entre violência física e sintomas de Transtorno Depressivo Maior entre mulheres transexuais e travestis residentes em três municípios do Nordeste do Brasil;
- Compreender as estratégias de resistência às situações cotidianas de sofrimento social entre mulheres transexuais e travestis residentes na área metropolitana de Salvador-Bahia.

## 7 METODOLOGIA

### 7.1 DESENHO DO ESTUDO

Para o desenvolvimento da pesquisa, partiu-se de um desenho que viabilizou a produção de dados quantitativos (inquérito epidemiológico) (ANEXO D), bem como dados qualitativos (produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas) (ANEXO C) referentes às mulheres transexuais e travestis. Portanto, a metodologia considerou a interação coerente e criativa de distintas técnicas para a produção de dados e conhecimentos cientificamente orientados.

### 7.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Mulheres transexuais e travestis participantes do estudo DIVAS (“Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis e Mulheres Transexuais”), em três capitais brasileiras: Salvador (BA), Recife (PE) e Fortaleza (CE). A pesquisa DIVAS teve como objetivos: descrever o perfil sócio demográfico e comportamental, os conhecimentos, as atitudes e as práticas relacionadas à infecção pelo HIV/AIDS e demais IST entre travestis e mulheres trans de 12 capitais brasileiras, bem como estimar as taxas de prevalência para o HIV, Sífilis e Hepatite B e C, por meio de testagem rápida, para cada rede social acessada nos municípios. Foi coordenada por pesquisadores do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro. Em cada uma das cidades, contou com participação de pesquisadores como coordenadores locais. Em Salvador, a coordenação foi realizada pela professora doutora Inês Dourado (ISC/UFBA); em Recife, pela professora Ana Brito (FioCruz Pernambuco/UFPE); e em Fortaleza, a coordenação foi realizada pela pesquisadora associada a UFCE, Socorro Cavalcante.

Critérios de elegibilidade: ter 18 anos de idade ou mais; se identificar como travesti, mulher, mulher trans ou outra identificação do gênero feminino; ter sido registrada, ao nascimento, como sendo do sexo masculino; passar a maior parte do tempo do dia nos Municípios de estudo.

Critérios de exclusão: estar sob o efeito/influência de drogas, incluindo bebida alcoólica, no momento da entrevista, de forma que dificultasse a compreensão do processo de participação nas etapas da pesquisa.

### 7.3 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS – INQUÉRITO SÓCIO COMPORTAMENTAL

Tratou-se de um recorte da pesquisa DIVAS. Esse inquérito foi realizado em 12 capitais do Brasil, a saber: Manaus (AM), Belém (PA), Fortaleza (CE), Recife (PE), Salvador (BA), Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Curitiba (PR), Porto Alegre (RS), Campo Grande (MS) e Brasília (DF), selecionadas pelo DIAHV (Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e das hepatites virais), do Ministério da Saúde, a partir de critérios epidemiológicos para a epidemia de HIV/aids. Para essa tese, utilizamos os dados de três cidades da região Nordeste: Salvador, Recife e Fortaleza.

Foi usada a Amostragem Orientada pelo Respondente (Respondent Driven Sampling – RDS), método proposto por Heckathorn (1997) para estudo de populações de difícil acesso. Esse método consiste em um recrutamento de indivíduos que estão inseridos em uma mesma rede pessoal de relacionamentos ou *rede social*. Baseia-se no reconhecimento de que os pares são, em comparação com os pesquisadores, melhores recrutadores de indivíduos da população-alvo. Além disso, o método visa a formação de uma amostra com menos vieses do que nas amostras por conveniência, onde as escolhas são feitas diretamente pelos pesquisadores ou integrantes da equipe de pesquisa. Vários estudos com o RDS já foram realizados no Brasil entre as chamadas “populações-chave” para a epidemia de HIV/aids (BASTOS; MALTA, 2009; SZWARCOWALD et al, 2011; TOLEDO et al, 2011; DAMACENA et al., 2011; SALGANIK et al, 2011; KERR et al, 2003; MALTA; BEYRER, 2013).

Populações-chave, segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS – UNAIDS, são grupos definidos que, devido a comportamentos específicos, aumentam sua vulnerabilidade para a infecção pelo HIV e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis), tornando-se populações prioritárias para as políticas de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV e outras IST (UNAIDS, 2018). Esses grupos populacionais, como, por exemplo, os indivíduos envolvidos com condutas ou comportamentos ilegais ou estigmatizados, não são identificados por métodos de amostragem clássicos (ALBUQUERQUE, 2009), pois não há como delimitar o campo de estudo, já que as suas fronteiras são desconhecidas (HECKATHORN, 1997). Assim, torna-se praticamente impossível delimitar, de forma minimamente satisfatória, o tamanho destas populações quando se utilizam os desenhos amostrais clássicos (MAGNANI et al, 2005). Formula-se, ainda, que uma amostragem, mesmo

não probabilística, pode ser modelada suficientemente para obter resultados muito parecidos com os de uma amostragem tradicional (HECKATHORN, 1997).

A estimação de parâmetros no RDS é feita a partir de alguns pressupostos. Se existe uma probabilidade de A escolher B, existe uma probabilidade de B escolher A; entretanto, essa probabilidade pode ser diferente. Heckathorn (2002) desenvolveu estimador que leva em consideração o “grau”. O grau significa a quantidade, em números inteiros, da rede social de cada participante. O grau é inversamente proporcional ao peso que cada participante assumirá na amostra, portanto, quanto maior a rede social do indivíduo, menor o peso dele na amostra. Isso se deve ao fato de que pessoas com uma rede social maior têm maior probabilidade de serem escolhidas e vice-versa. Outro fato a se considerar na estimação é a homofilia, que é definida pela maior probabilidade de um participante escolher outro com características parecidas com as suas.

No estudo DIVAS, o grau foi obtido através de duas perguntas-chave, logo no início do questionário:

1. “Quantas travestis/mulheres trans você conhece, pelo nome/apelido, e que também conhecem você, pelo seu nome/apelido, que moram, trabalham ou estudam no município de \_\_\_\_\_?”
2. “E dessas que você citou, quantas você encontrou ou falou pessoalmente, por telefone ou Facebook/WhatsApp nos últimos 30 dias?”

A segunda pergunta determinava o tamanho da rede, que era considerado o “grau”.

As populações de travestis e transexuais são consideradas de difícil acesso, portanto candidatas a esse método de amostragem. O RDS é uma variação da amostra em cadeia, na qual a seleção é feita a partir da rede de contatos de membros já presentes na amostra. A coleta de dados é realizada por meio de sucessivos ciclos de recrutamento, ou ondas, até que o tamanho de amostra estipulado seja atingido.

### **7.3.1 Pesquisa Formativa**

O propósito da Pesquisa Formativa foi mapear previamente a população de estudo e coletar informação para otimizar a implementação do estudo RDS. Produzida a partir de técnicas de pesquisa qualitativa, a pesquisa formativa foi uma etapa importante para conhecer a população de mulheres transexuais e travestis de cada município componente da pesquisa DIVAS. Além disso, permitiu a apresentação da pesquisa aos outros atores sociais, a adequação cultural dos questionários e o mapeamento dos locais de socialização das mulheres transexuais

e travestis e suas redes sociais, com objetivo de auxiliar na escolha do grupo que deu início à amostra, ou seja, “as sementes”.

Uma equipe da pesquisa formativa integrava 4 pesquisadores em cada um dos municípios do estudo, divididos em duas duplas. As duplas foram auxiliadas por até 4 facilitadoras locais identificadas entre as mulheres transexuais e travestis de cada cidade, as quais ajudaram no mapeamento da população de cada localidade do estudo. Foi importante que as facilitadoras estivessem inseridas na realidade social das participantes. Facilitadores externos poderiam dificultar o andamento da pesquisa. A seleção das facilitadoras foi feita com antecedência mínima de 3 semanas da visita dos pesquisadores ao município. Tanto a equipe de pesquisadores quanto as facilitadoras foram remuneradas pelo trabalho.

Foi feita uma observação direta em lugares frequentados pelas participantes, além de conversas informais em profundidade, articulação com ONGs e movimentos sociais para a viabilização dos encontros com os grupos. Nessa etapa foram feitos grupos focais e entrevistas em profundidade.

Para otimizar a pesquisa formativa, foram utilizados os seguintes recursos de comunicação:

- 1) Fan page no Facebook, contendo dados gerais sobre a pesquisa. Possíveis participantes eram identificadas através das “curtidas”;
- 2) Telefone – chip pré-pago utilizando uma operadora com cobertura local para facilitar a comunicação dos pesquisadores com as articulações de cada município;
- 3) Cartão/Folder - material impresso mínimo para ajudar na comunicação e validar as informações de apresentação do projeto.

A pesquisa formativa nos municípios durou cerca de 4 meses (com pequenas variações).

### **7.3.2 Seleção da Amostra**

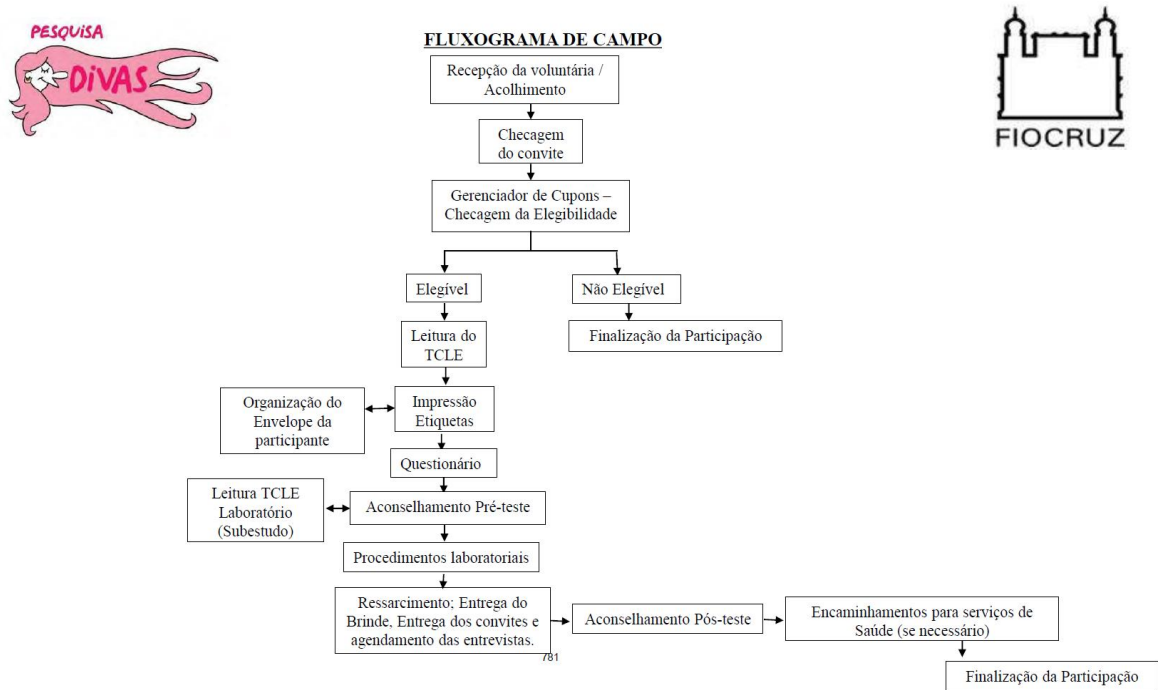
As primeiras mulheres transexuais e travestis selecionadas foram as “sementes” e iniciaram o recrutamento de outras mulheres transexuais e travestis da sua rede de contatos, dando início ao estudo. As “sementes” atenderam aos critérios da pesquisa e foram escolhidas com bastante cautela pelos pesquisadores, de forma não aleatória, e representaram a heterogeneidade da população segundo as diferentes condições sociais, trabalho, locais de

moradia, idade e tamanho da rede social de contatos. O número de sementes variou de 5-10, dependendo da cidade. Cada semente recebeu três convites, para convidar outras três mulheres transexuais e travestis de sua rede social. Por sua vez, cada nova participante recrutou novas participantes, ou seja, a amostra cresceu em forma de “ondas” até que fosse alcançado o tamanho de amostra possível definida no Projeto DIVAS.

A amostra foi calculada de acordo com a prevalência de HIV em estudos realizados no Brasil e na América Latina e chegou-se a uma proporção de 350 participantes por município, com exceção do Rio de Janeiro e São Paulo, em que foram recrutadas 600 participantes (BASTOS et al, 2018). Em Salvador, a amostra foi de 167 participantes. O total programado de 350 indivíduos não foi atingido devido às limitações no tempo e recursos financeiros do trabalho de campo. Esse número amostral de Salvador é talvez o máximo que se atinja com estudos de RDS, pois em outro estudo RDS realizado um ano antes - o estudo Poptrans, o  $n$  amostral após um ano de coleta de dados foi de 127 participantes (MAGNO et al, 2018). Em Fortaleza e Recife, o estudo atingiu um  $N$  amostral de 340 e 350 participantes, respectivamente.

Além dos critérios de elegibilidade descritos acima, cada participante tinha que apresentar convite válido da Pesquisa e não ter participado da Pesquisa DIVAS (evitando, com isso, duplicidades). A pesquisa iniciou em cada sítio com a entrevista das sementes do estudo conforme já descrito. Cada participante concordou em participar do estudo, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I) e passou para as demais etapas do estudo, conforme fluxo de coleta de dados apresentado na figura abaixo (Figura 3).

**Figura 3.** Fluxo de coleta de dados, Pesquisa Divas, 2016/2017.



Fonte: Pesquisa DIVAS.

No convite/cupom distribuído às convidadas (Figura 4) estavam registrados o endereço de onde a equipe de pesquisa estava realizando os atendimentos da pesquisa naquele sítio e, também, o telefone do supervisor (a), ou seja, uma vez que a pessoa recebesse o convite da pesquisa, poderia se dirigir ao local ou entrar em contato para agendar a sua participação. No local de atendimento do estudo, a participante entregava seu convite, que era verificado pelo supervisor (a). Em se tratando de um convite válido (com numeração válida no âmbito da pesquisa), a participante respondia a um questionário de elegibilidade e, sendo elegível, assinava o TCLE e passava para as demais etapas do estudo (Figura 3).



**Figura 4.** Convite/cupom, Pesquisa DIVAS

PESQUISA **DivAS**

**Pesquisa Divas**

Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Etiqueta RDS: \_\_\_\_\_

Compareça no local e dia abaixo escritos:

COLE AQUI A ETIQUETA COM O ENDEREÇO DO LOCAL,  
NOME E CONTATO DO SUPERVISOR E HORARIO DE FUNCIONAMENTO

Para participar da pesquisa é obrigatória a apresentação deste convite.

Fonte: Pesquisa DIVAS.

A ligação entre recrutadora e suas recrutadas foi feito através de um programa gerenciador de cupons, assim como o controle dos ressarcimentos. Como preconizado nos estudos de RDS, as participantes recebiam um incentivo primário de R\$ 30,00 (trinta reais) e um incentivo secundário do mesmo valor por cada participante recrutada que completasse os procedimentos da pesquisa. Tal incentivo referiu-se ao ressarcimento pelo deslocamento até o local de atendimento do estudo e pelo tempo dedicado à pesquisa. Ao final dos procedimentos, as participantes receberam material educativo, lanche, gel lubrificante, preservativos e um kit de beleza (uma bolsa do tipo nécessaire, contendo batom, esmalte e espelho).

A produção dos dados foi feita mediante entrevistas face a face com questionário padronizado e testado (ANEXO D), realizado por entrevistadores devidamente treinados e em um ambiente reservado exclusivamente para este fim. O questionário foi elaborado para uso com sistema de digitalização (teleform), que permitiu obter imagens e, a partir delas, fazer a leitura das respostas, evitando assim erros de digitação.

Em Salvador, o trabalho de campo ocorreu de segunda a sexta-feira, das 13hs às 17hs, em um espaço organizado para esta finalidade, localizado no Centro da Cidade de Salvador, de fácil acesso para grande parte das participantes. O turno de atendimento vespertino foi determinado a partir dos hábitos e dinâmica do público-alvo e, principalmente, por ter sido indicado na pesquisa formativa pelas participantes como o melhor horário. O período de produção de dados foi janeiro a abril de 2017.

Em Recife e Fortaleza, a coleta de dados ocorreu em Unidades de Saúde do SUS e o período de coleta foi de novembro 2016 a março de 2017. A equipe de entrevistadores foi composta por profissionais da área da saúde e de ciências humanas, como também por estudantes de graduação, sendo todos devidamente capacitados. As equipes foram devidamente treinadas para favorecer o acolhimento, condução da entrevista e acompanhamento. Durante as atividades em campo, os entrevistadores estiveram sob supervisão contínua.

Testes laboratoriais: após a realização da entrevista, as participantes eram encaminhadas para o aconselhamento pré-teste e em seguida para o laboratório próprio da pesquisa, onde realizavam os testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais B e C. ‘Os testes de HIV utilizados foram o HIV-1/2 Bio-Manguinhos, HIV-1/2 Bioeasy e HIV Rapid Check, sendo este último para os testes confirmatórios, indicados quando o primeiro apresentava resultado reagente para anticorpos de HIV; a testagem para sífilis foi realizada como o teste DPP sífilis - Bio-Manguinhos; a de hepatites C, da Wama Diagnóstico, e a de hepatite B com a Vikia HbsAg. Foram consideradas soropositivas as participantes que apresentaram os resultados dos dois testes de HIV positivos. Caso contrário, quando houve discordância dos resultados, foi considerado indeterminado. Os procedimentos realizados seguiram as normas técnicas indicadas pelo Ministério da Saúde para realização de testes rápidos.

Em seguida à realização dos exames um lanche era oferecido às participantes e elas eram encaminhadas à recepção para aguardar os resultados, que levavam cerca de 20 a 30 minutos para ficar concluídos. O aconselhamento pós-teste era feito em espaço reservado, garantindo a confidencialidade e o sigilo dos resultados, tendo por fim fornecer informações importantes sobre os modos de prevenção e cuidado, bem como as condutas em caso de resultado positivo. Ademais, todas as participantes que apresentaram teste reagente para quaisquer doenças testadas foram encaminhadas aos serviços de referência em HIV/aids do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 7.4 DADOS QUANTITATIVOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Os dados foram coletados através de questionário estruturado composto de 11 blocos (A-K), com um total de 194 variáveis.

1. Informações sobre rede de contatos sociais
2. Bloco A – Informações sócio demográficas

3. Bloco B – Conhecimento sobre DST, AIDS, hepatites virais e acesso a preservativos
4. Bloco C – Assistência à Saúde
5. Bloco D – Teste de HIV, sífilis e hepatites
6. Bloco E – Discriminação, violência e violação de direitos humanos
7. Bloco F – Comportamento sexual
8. Bloco G – Álcool e outras drogas
9. Bloco H – Modificações Corporais
10. Bloco I – Saúde mental
11. Bloco J – Envolvimento com o sistema de justiça criminal
12. Bloco K – Apoio social, resiliência e orgulho trans

Nesse questionário, o Bloco I é dedicado às questões de saúde mental, sendo composto por nove perguntas do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), instrumento para triagem de episódio depressivo maior, associado a mais quatro perguntas extras, sendo três diretas sobre suicídio e uma sobre saúde emocional. O PHQ-9 está devidamente validado no Brasil (SANTOS et al, 2013).

As variáveis: ter sofrido violência física, psicológica ou sexual foram baseadas em questões específicas, ou seja, sete para física e cinco para psicológica ou sexual. Para cada questão estavam disponíveis cinco alternativas de resposta: sempre (1), frequentemente (2), às vezes (3), apenas uma vez (4) e nunca (5). Para fins de análise, considerou-se *exposição à violência física* quando a participante respondia as opções 1, 2 ou 3 em pelo menos quatro questões; para *exposição à violência psicológica*, as participantes deveriam ter respondido 1, 2 ou 3 em pelo menos três questões; já para *violência sexual* as alternativas 1, 2, 3 ou 4 em pelo menos três questões. Da mesma forma, *apoio social atual*, *acesso a serviços de saúde* e *orgulho trans* também foram baseadas em questões específicas, ou seja, 20, 14 e 8 questões, respectivamente. Para *apoio social*, as respostas possíveis foram: nunca (1), às vezes (2), frequentemente (3), muito frequentemente (4) e sempre (5). A *falta de suporte social atual* foi considerada quando a participante respondia 1 ou 2 em pelo menos onze questões. Para *acesso aos serviços de saúde*, as respostas possíveis foram: sempre (1), frequentemente (2), às vezes (3), raramente (4) e nunca (5). O *acesso insuficiente aos serviços de saúde* foi considerado quando as participantes respondiam as alternativas 3, 4 ou 5 em pelo menos oito questões. Por fim, as respostas relacionadas às questões do *orgulho trans* foram: discordo totalmente (1),

discordo frequentemente (2), não sabe (3), concordo frequentemente (4) e concordo totalmente (5). A *falta de orgulho trans* foi considerada quando as participantes respondiam 1, 2 ou 3 em pelo menos cinco questões.

## 7.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada considerando a dependência entre as observações resultantes das cadeias de recrutamento, das probabilidades de seleções desiguais e dos diferentes tamanhos da rede de cada participante (SZWARCOWALD et al, 2011). Foi utilizada a seguinte questão para mensurar o tamanho da rede de contatos de cada participante: “Quantas travestis/mulheres trans você conhece, pelo nome/apelido e que também conhecem você pelo seu nome/apelido, que moram, trabalham ou estudam no município de Salvador, Recife e Fortaleza?”. Em cada cidade, a ponderação foi inversamente proporcional ao tamanho da rede. O peso foi calculado pelo estimador RDS-II (SALGANICK; HECKATHORN, 2004). Foi utilizada a rotina de amostras complexas (survey) do programa STATA versão 14.0 para a análise dos dados. Essa rotina permite incorporar as ponderações necessárias para a análise dos dados.

Inicialmente foi feita uma análise descritiva e exploratória da amostra para conhecer as variáveis associadas ao STDM e identificar as covariáveis de interesse para associação de violência física (VF) como exposição principal e STDM como desfecho. Essa etapa também permitiu a identificação de valores extremos e dados faltantes para poder definir o tratamento a ser dado a esses dados (exclusão ou imputação).

Em uma segunda etapa, foi feita a análise da associação entre VF e STDM e as covariáveis de interesse. Foram feitas análises calculando as *odds ratio*, brutas e ajustadas (por cada covariável), da associação entre VF e STDM.

Foram ainda analisados potenciais confundidores da associação entre VF e STDM, ajustando os modelos de associação entre exposição e desfecho pelos confundidores. Para este ajuste, foi realizada comparação de modelos, retirando a cada passo a potencial covariável confundidora em cada modelo (*backward calculation*). As *odds ratio* de cada modelo sem a confundidora foram comparadas com o modelo com a confundidora e variações abaixo de 5% na diferença entre as medidas com e sem confundidoras, não foram consideradas indicativas de confundimento. Por fim, foi apresentado um modelo final de regressão logística para a

associação entre o VF e STDM entre mulheres transexuais e travestis, já com todos os ajustes acima citados.

## 7.6 PRODUÇÃO DE DADOS QUALITATIVOS

A pesquisa qualitativa é a mais adequada quando se trabalha com a subjetividade. Ela está relacionada ao modo como as pessoas significam as suas experiências sociais e como elas compreendem essas vivências. Ao não aceitar os conceitos e explicações da forma como são trazidas de fora, faz perguntas fundamentais e questiona a natureza dos fenômenos (POPE; MAYS, 2005). Segundo Cassorla (2003): “A ciência do homem é a ciência do particular. Ainda que todos os homens tenham algo em comum, cada um é diferente. O qualitativo enfatiza a diferença, o individual, e a contextualização dos particulares leva a teorias gerais, mas que têm que ser adaptáveis a cada situação única”.

Dentro do projeto multicêntrico DIVAS foram realizadas pelo pesquisador entrevistas semiestruturadas com 15 das participantes residentes em Salvador- BA, a partir de um roteiro definido com o objetivo de produzir narrativas autobiográficas que abarcassem os temas de interesse desse trabalho (ANEXO C). Narrativas de sofrimento social, origens desses sofrimentos, a sua caracterização, as estratégias de enfrentamento do problema e acesso aos serviços de saúde existentes (no seu sentido estrito, de ter a possibilidade de acessar) formam o arcabouço principal das temáticas abordadas nas entrevistas, dentro das histórias de vida das participantes. Foi utilizada a pergunta disparadora: “Como você tem se sentido ultimamente?” A entrevista então foi conduzida, na medida do possível, tentando abarcar os temas propostos, como desdobramentos da pergunta disparadora. Foi utilizado o critério de saturação para a limitação das participantes, ou seja, quando as respostas começaram a repetir-se foi considerada encerrada a etapa de entrevistas de acordo com os critérios já bem difundidos dentro da metodologia qualitativa (MINAYO, 2007). As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Vale ressaltar que as entrevistas não trataram de TDM, ainda que não possamos negar que este signo possa se deslocar nas narrativas cotidianas, principalmente quando se trata de temas que tocam a saúde mental, por esse ser um termo muito difundido no discurso social e utilizado dentro das mais diversas acepções (COUTINHO et al, 2003; DEL PORTO, 1999).

### 7.6.1 Narrativa

Os dados qualitativos foram produzidos tendo como princípio norteador a narrativa que, segundo Walter Benjamin (1987), é conceituada pela relação entre o que é narrado no presente sem a linearidade do historicismo e permitindo a influência presente do interlocutor. Trata-se de um método relacional que permite a construção de significados através dos discursos constantemente modificados pela ressignificação contínua do passado pelas experiências posteriores e presentes (BENJAMIN, 1987a, 1987b). É uma experiência que se dá a partir da troca entre o narrador e o interlocutor e não uma informação fechada, pronta para ser extraída pelo pesquisador. (ONOCKO-CAMPOS et al, 2013). “O narrador retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros. E incorpora as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes” (BENJAMIN, 1987a).

Segundo Squire (2014) as histórias acontecem no tempo, mas nem por isso a narrativa tem que tê-lo como princípio dominante, porque elas também acontecem no espaço. A ausência de temporalidade nos permite observar outras possibilidades como organizadoras dos fatos narrados. Mesmo quando uma mesma história é repetida, ela é contada em um contexto diferente e é influenciada pelas particularidades deste, assumindo um sentido distinto. A narrativa, apesar de identificar as generalidades, se além às particularidades, às idiossincrasias do indivíduo que conta a história. Ela se presta a valorizar fenômenos na sua drástica diversidade, não se rendendo a ilustrar fenômenos gerais. “A multiplicidade, a fratura e a contradição caracterizam as narrativas [...]” (SQUIRE, 2014).

As narrativas não têm tempo, mas sim tempos. São histórias contadas no presente, sobre o passado e que falam sobre o futuro. Apesar de toda narrativa, seja ela escrita ou falada, ter que começar em algum lugar e ter um desfecho, não há limites claros de tempo. Torna-se difícil dividi-la formalmente entre início, meio e fim. (RIESSMAN, 2015).

## 7.7 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

As entrevistas foram analisadas de acordo com pontos de conexão, divergência e singularidades presentes nas narrativas e sua relação com o contexto onde foram produzidas. Os principais questionamentos sobre a temática foram os seguintes: Como esses temas aparecem dentro das suas histórias de vida ao longo do tempo? Quais as estratégias para lidar com a situação de sofrimento e que escolhas são possíveis dentro de cada contexto? Quais as explicações que são dadas quanto às possíveis causas e desdobramentos? Como isso influencia as suas ações? Quais as influências que o sofrimento social sofre dentro das práticas cotidianas?

Existe ligação com algum contexto específico? Existe variação na intensidade do sofrimento de acordo com o local e durante o tempo? Que outros atores estão envolvidos nessa produção de significados?

Há a intenção aqui de ampliação do entendimento das vivências para além do discurso biomédico:

A percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer [...] para os indivíduos de uma comunidade, é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico (UCHÔA; VIDAL, 1994, p. 501).

Estabelecemos, então, quatro eixos principais de análise – violência, sofrimento social, acesso aos serviços de saúde e estratégias de (re)existências. A pesquisa se propôs a conhecer melhor a realidade das narradoras, sem a ambição de criar um tecido hermético de verdades absolutas sobre o tema (BENJAMIN, 1987a, 1987b; ONOCKO-CAMPOS et al, 2013). As narrativas das entrevistadas trouxeram à tona uma diversidade de experiências, que estão em permanente tensão e continuamente sendo reconstituídas, contando com a interação entre uma multiplicidade de atores/actantes humanos e não humanos (FREIRE, 2006).

Para a análise utilizamos a abordagem proposta por Mol (2008), que privilegia o cuidado como uma articulação entre as práticas possíveis e os múltiplos contextos em que os atores estão inseridos. Segundo a autora, o mundo não é algo que se olha de fora, mas sim um contexto do qual fazemos parte, participando cronicamente até o dia da nossa morte. Dessa maneira, o cuidado ocorre dentro de contingências, que revelam tensionamentos e inúmeras possibilidades de (re) existência (MOL, 2002).

Nesse contexto, há, também, uma infinidade de formas de produção de sofrimento, sendo que muitas delas acontecem no cotidiano e são tidas como meras eventualidades (DAS, 2020). Por outro lado, esses corpos, em conflito constante e dinâmico com essas formas de opressão, produzem formas de (re) existir e ressignificar esse sofrimento para sobreviver e, nesse processo, modificam a sua realidade. São corpos expostos a diversas situações de vulnerabilidade, mas dentro dessa dinâmica, perseveram e participam ativamente da construção de realidades possíveis em que possam encontrar novos caminhos e (sobre) vivências (MOL, 2008; BUTLER, 2021).

## 8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo DIVAS já se encontrava aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (ANEXO E) quando foi feito o trabalho de campo, entre os meses de janeiro e maio de 2017. As entrevistas foram realizadas com 15 participantes da mesma população desse estudo. Foram explicados todos os detalhes do processo; as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A) e ficaram cientes de que podiam se recusar a participar do estudo a qualquer momento.

Todas as fases deste projeto de pesquisa foram realizadas de acordo com os aspectos ético-legais da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012), sendo submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva e levando em consideração os princípios clássicos da bioética: justiça, equidade, autonomia, beneficência e não maleficência.

Os possíveis impactos estavam relacionados a colocar as participantes para falar sobre aspectos muito íntimos de suas vidas, o que poderia aumentar agudamente o seu sofrimento. Para tentar minimizar ao máximo tais efeitos, foram explicados de forma pormenorizada todos os aspectos pertinentes do estudo e, somente depois de esgotadas todas as dúvidas das participantes, foi dado início às entrevistas. Foi garantido ainda o sigilo sobre os dados e anonimato na divulgação dos mesmos, já que estão descritos de modo a não poder haver identificação das participantes.

Como precaução, o pesquisador responsável pelas entrevistas qualitativas e autor da presente tese, comprometeu-se em tomar todas as medidas necessárias para encaminhamentos aos serviços de saúde e outros atendimentos e acompanhamentos necessários, nos casos em que houvesse algum sinal de agudização mais grave de sintomatologia psicológica/psiquiátrica em decorrência da participação na pesquisa, já que trabalha com psiquiatria clínica há 18 anos (à época da produção dos dados). Até este momento, não houve qualquer incidente nos termos citados, que tenha chegado ao conhecimento do pesquisador e que fosse relacionado à presente pesquisa.

Outro aspecto que foi considerado se referiu à possível patologização da transexualidade, já que os significantes de transtorno mental e transexualidade foram trabalhados juntos. Mas tal impacto pôde ser minimizado, pois o pesquisador deixou clara, na medida do possível, a sua discordância com os Manuais Diagnósticos em voga (CID 10 e DSM



V), que, de forma anacrônica, insistem em patologizar a transexualidade, e que este conceito não corresponde à nossa visão como membros do NEPADI.

## **9 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e a discussão serão abordados por meio de três artigos, sendo dois deles utilizando a metodologia quantitativa e um lançando mão da metodologia qualitativa. Quanto ao estilo de formatação dos artigos, optamos pelo modelo Vancouver, conjunto de regras para a publicação de manuscritos no âmbito das ciências da saúde.

## ARTIGO I

**Factors associated with symptoms of major depression disorder among transgender women in Northeast Brazil**

Marcelo Machado de Almeida<sup>1</sup>, Luís Augusto V. da Silva<sup>1 2</sup>, Francisco Inácio Bastos<sup>3</sup>, Mark Drew Crosland Guimarães<sup>4</sup>, Carolina Coutinho<sup>5</sup>, Ana Maria de Brito<sup>6</sup>, Socorro Cavalcante<sup>7</sup>, Inês Dourado<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador, Bahia, Brazil

<sup>2</sup> Institute of Arts, Sciences and Humanities, Federal University of Bahia, Salvador, Bahia, Brazil

<sup>3</sup> Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

<sup>4</sup> Department of Preventive and Social Medicine, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil

<sup>5</sup> Getúlio Vargas Foundation, São Paulo, São Paulo, Brazil

<sup>6</sup> Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, Pernambuco, Brazil

<sup>7</sup> Health Department of the State of Ceará and Municipality of Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brazil

\*Corresponding author: Marcelo Machado de Almeida

E-mail: [marmachadoalmeida@gmail.com](mailto:marmachadoalmeida@gmail.com)

**Authors' contributions:** All authors contributed to the concept of the paper and writing. MA and ID were responsible for writing the final version of the manuscript and data analysis. MDCG, FIB, CC, LAVS, AB, SC interpreted the results, and revised the final version of the manuscript. All authors have read and approved the paper, have met the criteria for authorship as established by the International Committee of Medical Journal Editors, believe that the paper represents honest work, and are able to verify the validity of the results reported.

## Abstract

**Introduction:** Transgender women (TGW) are one of the most vulnerable groups, including higher prevalence of HIV and mental health disorders, such as anxiety and depression than in the general population. Major Depression Disorder (MDD) is one of the most important mental health conditions due to an increasing trend in prevalence in the general population. This study aims at describing the prevalence of symptoms of MDD (SMDD) and associated factors among TGW in capitals of three States in Northeast Brazil. **Methods:** TGW (n= 864) were selected from the cities of Salvador (n=166), Recife (n=350), and Fortaleza (n=348) using Respondent Driven Sampling methodology. Symptoms of MDD were defined according to the Patient Health Questionnaire-9 scale. Multinomial logistic regression was used to compare those with mild/moderate or moderately severe/severe symptoms of depression with those with no depression, respectively, using complex sample design. Weighted Odds Ratio with 95% confidence interval were estimated. **Results:** 51.1% of the sample was classified as mild/moderate and 18.9% as moderately severe/severe SMDD. Mild/moderate SMDD was associated with a history of sexual violence (OR= 2.06, 95%CI: 1.15-3.68), history of physical violence (OR= 2.09, 95%CI: 1.20-3.67), and poor self-rated quality of life (OR= 2.14, 95%CI: 1.31-3.49). Moderately severe/severe SMDD was associated with history of sexual violence (OR=3.02, 95%CI: 1.17-7.77), history of physical violence (OR=4.34, 95% CI:1.88-6.96), poor self-rated quality of life (OR= 3.32, 95%CI:1.804-6.12), lack of current social support (OR=2.53, 95%IC: 1.31-4.88) and lack of family support in childhood (OR=2.17, 95%IC 1.16-4.05)). **Conclusions:** Our findings strengthens the evidence of a higher prevalence of SMDD among TGW as compared to the general population. Public health policies and actions that target social determinants of risk and protection for MDD among TGW must be urgently implemented.

## Introduction

Persons who identify themselves under non-conforming gender performances have greater odds of developing various health problems when compared with the general population. Among them, transgender women (TGW) are one of the most vulnerable groups <sup>1</sup>. Specifically, mental disorders such as anxiety and mood disorders are more prevalent in TGW than in the general population <sup>2,3,4</sup>.

Major Depression Disorder (MDD) is one of the most important mental health conditions due to an increasing trend in prevalence in the general population, and it has been estimated by the WHO as the putative first cause of disability in 2030 <sup>5</sup>. In addition to disability, MDD is also associated with a higher risk of somatic diseases and other mental disorders, besides being the leading cause of attempted or committed suicide <sup>6</sup>. It should also be considered that it is strongly associated with the abuse of psychoactive substances and exposure to risky behaviors, such as unprotected sexual practices and greater exposure to episodes of sexual, physical, and psychological violence <sup>7,8,9,10,11</sup>.

Studies estimate that the prevalence of MDD during one's lifetime varies from 6% to 17% in the general population <sup>12</sup>. Other studies indicate higher prevalence among women (19.7%) <sup>6,9</sup>, and even higher rates among TGW as indicated below. Psychosocial factors such as experiences of violence and discrimination and other situations of social vulnerability, such as low levels of schooling, poverty, commercial sex work, lack of social support, living alone, poor perception of life quality, poor housing conditions, unemployment, use/abuse of psychoactive substances, and judicial problems are associated with MDD in TGW <sup>3,8,13,14,15,16,17</sup>. Furthermore, TGW sex workers are especially vulnerable and more prone to MDD <sup>14,18,19</sup>. Bokting et al. <sup>15</sup> found a positive association between stigma and MDD, as well as a negative association between transgender pride and psychological distress with MDD. Nemoto, Bödeker and Iwamoto <sup>14</sup> suggested that the perception of social support might be a more important protective factor than social support itself. Family support during childhood as well as during transition seems to be an important protective factor for MDD in TGW <sup>20,21</sup>. However, the families seldom accept TGW.

The association between living with HIV/AIDS and MDD is also well studied, and one of the factors that interfere in the causal path of this association is the use of antiretroviral therapy (ART), which may have important interactions with drugs used to treat MDD, depending on the drug regimens <sup>22,23</sup>. Moreover, TGW have less access to health services in

general, due to discrimination based on gender identity, social interactions and life trajectories<sup>24</sup>. A multicenter study conducted in European countries reported 60.0% transgender individuals have had at least one episode of affective disorders in their lifetime<sup>25</sup>. A study conducted in Ivory Coast with TGW and men who have sex with men (MSM), found a prevalence of MDD of 22.7% and 12.2%, respectively<sup>26</sup>. A study conducted in Italy, estimated a 42% prevalence of MDD among transgender people<sup>27</sup>. Finally, studies conducted in Italy and Brazil estimated the prevalence of MDD in 42.0% among transgender people and in 80.5% among TGW, respectively<sup>27,28</sup>. Nevertheless, data on MDD in this population are still scarce, mainly when considering the continental dimensions, as well as the social, cultural, economic and political heterogeneities in Brazil. Therefore, this study aims to describe the prevalence of SMDD and associated factors among TGW in the Northeast Brazil.

## Materials and methods

This is an analysis of TGW data collected in the three largest cities in Northeast Brazil (Salvador, Fortaleza and Recife) that composed the DIVAS study (National Research Study on Behaviors, Attitudes, Practices and Prevalence of HIV, Syphilis and Hepatitis B and C among *Travestis* and Transsexual Women), a survey conducted in 12 cities in Brazil from November 2016 to June 2017, aimed at estimating the prevalence of HIV, and other sexually transmitted infections (STIs) and monitoring risk practices for these infections<sup>29</sup>.

TGW (n=864) were selected from the cities of Salvador (n=166), Recife (n=350) and Fortaleza (n=348). Participants were recruited using Respondent Driven Sampling (RDS) methodology, in which participants themselves recruit their acquaintances, using a coupon system<sup>29,30</sup>. A maximum of three recruitees was allowed per participant in order to reduce recruitment homophily. The eligibility criteria were: to be 18 years old or over; to identify herself as a *travesti* (emic concept to describe a specific gender identity in Brazil), woman, trans woman, or other female gender identification; to have been registered as male at birth; to spend most of the day in the studied municipalities. They also had to present a valid invitation coupon, agree to participate in the study and sign the informed consent form. TGW who were under the effect/influence of drugs and alcohol, during the interview, in a manner that rendered it difficult for them to understand the research questions, were excluded.

First participants (“seeds”) were selected, after qualitative formative research, in an attempt to better assess the heterogeneity of the TGW population, according to demographic

and socioeconomic conditions. In each city, 5-10 seeds launched the recruitment process. Each seed, and later each participant received three coupons to invite another TGW from their social contact network (referral chains). For a successful recruitment, RDS includes primary and secondary incentives. The primary one was U\$ 10.00 as a compensation for transportation and lost worktime. The secondary one as a compensation for the recruitment of contacts was U\$ 10.00 for each TGW recruited for the study. Data were collected through interviews with a standardized pre-tested questionnaire, conducted face-to-face by interviewers duly trained, in a space reserved exclusively for this purpose.

### **Definition of SMDD and study variables**

SMDD was defined according to the *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) scale, based on the diagnostic criteria of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition* for MDD, and it has been validated in Brazil <sup>31</sup>. This scale is indicated for screening of MDD in primary health care settings. For this analysis, SMDD were categorized into three groups: absence (score <5 points), mild/moderate (score 5-14 points) and moderately severe/severe depressive symptoms (score 15-27 points). Other variables used in this study were: 1- socio-demographics (age, schooling, monthly income, race/skin color, religion, and sex work over lifetime); 2- lifetime history of violence and discrimination (episodes of sexual, psychological and physical violence, history of police arrest, and experience of discrimination); 3- social and family support (current social support, transgender pride; family support in childhood, family support during gender transition, self-rated quality of life, living alone at the time of the interview); and 4- health-related issues at the time of interview (use of hormones, access to health services, living with HIV/AIDS, use of ART).

Lifetime histories of having suffered physical, psychological or sexual violence were based on specific questions, i.e., seven for physical and five for psychological or sexual. For each question, five answers were possible: always (1), frequently (2), sometimes (3) only once (4), or never (5). For analysis purposes, exposure to physical violence was considered when participants answered 1, 2 or 3 in at least four questions, while for psychological exposure participants should have answered 1, 2 or 3 in at least three questions and for sexual violence 1, 2, 3 or 4 in at least three questions. Similarly, current social support, access to health services and trans pride were also based on specific questions, i.e., 20, 14, and 8 questions, respectively. For social support, possible answers were never (1), sometimes (2), frequently (3), very

frequently (4), or always (5). Lack of current social support was considered when participant answered 1 or 2 in at least eleven questions. For access to health services possible answers were always (1), frequently (2), sometimes (3), rarely (4), or never (5). Insufficient access to health services was considered when participants answered 3, 4 or 5 in at least eight questions. Finally, answers related to trans pride questions were totally disagree (1), frequently disagree (2), does not know (3), frequently agree (4), or totally agree (5). Lack of trans pride was considered when participants answered 1, 2 or 3 in at least five questions.

### **Data analysis**

Data analysis took into consideration the complex sampling design of the recruitment by RDS methodology, i.e. the dependence between observations resulting from referral chains, and the probabilities of unequal selections due to the different sizes of each participant's network<sup>32,33</sup>. Each one of the three cities was considered as a stratum. In each stratum, the weigh was inversely proportional to the size of each participant's network, totaling the stratum size (RDS-II estimator). The questions in the questionnaire that measured the network size of each TGW were: "How many *travestis*/trans women do you know, by name/nickname and who also know you by your name/ nickname, who live, work or study in your city?" Out of those you mentioned, how many have you met or spoken to personally, by phone or Facebook/WhatsApp within the last 30 days?" A descriptive analysis of the weighted prevalence of SMDD with, 95% confidence intervals (95%CI) was conducted. The magnitude of the associations between the study variables and SMDD was accessed by the weighted odds ratios (wOR) with 95%CI in the bivariate and multivariate analyses. For this analysis, those with mild/moderate or moderately severe/severe SMDD were, each, compared to those without symptoms using complex multinomial logistic regression. The variables with p-value  $\leq 0.20$  in the bivariate analysis were selected to start modeling and only those with p-value  $< 0.05$  remained in the final model, using backwards stepwise procedure. Hosmer-Lemeshow test was used to assess fitness of the final model<sup>34</sup>. The analysis was conducted using the library for complex samples of STATA software version 14<sup>35</sup>. The study protocol was submitted for review and approved by the Sergio Arouca National School of Public Health (ENSP/FIOCRUZ) IRB (CAAE-49359415.9.0000.5240). Written informed consent was obtained from all participants, who could withdraw consent at any stage of the process or skip any questions perceived as too sensitive, personal or distressing.



## Results and discussion

Among 864 recruited TGW, 17 seeds were excluded, leaving 847 TGW available for analysis (n=847). The overall prevalence of SMDD was 70.1% (n=594; 95% CI= 65.8-74 .0), whereas 51.1% (n=418; 95% CI= 46.6-55.6) were classified as mild/moderate SMDD and 18.9% (n=176; 95% CI=15.8-22.6) as moderately severe/severe SMDD. The bivariate analysis indicated that history of sexual, psychological, and physical violence, history of police arrest, lack of social support and family support during childhood, and poor self-rated quality of life had statistically significant ( $p<0.05$ ) higher prevalence in both groups, mild/moderate and moderately severe/severe SSMDD, as compared to those with no symptoms of depression. However, history of sex work and lack of family support during transition were only statistically associated ( $p<0.05$ ) with moderately severe/severe SMDD (Table 1).

Table 1. Descriptive and bivariate analyses of symptoms of SMDD according to study variables, among transgender women in Northeast Brazil, 2017

Variables	No Symptoms		Mild/moderate symptoms of SMDD				Moderately severe/severe symptoms of SMDD			
	N <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	% <sup>2</sup>	OR <sup>3</sup>	CI 95%	p-value	% <sup>2</sup>	OR <sup>4</sup>	95%CI%	p-value
<b><i>Socio-demographic</i></b>										
<b>Age</b>										
> 30	264	32.3	48.7	1.00		0.421	19.1	1.00		
<= 30	583	28.8	52.3	1.20	0.77-1.89		18.9	1.00	0.64-1.91	0.717
<b>Schooling</b>										
Incomplete high school or more	369	31.9	48.7	1.00		0.255	19.4	1.00		
Complete elementary school	465	28.0	54.6	1.28	0.84-1.94		17.4	1.02	0.60-1.73	0.940
<b>Monthly Income</b>										
> R\$ 1000.00	230	29.9	49.6	1.04	0.64-1.69	0.874	20.6	1.00		
<= R\$ 1000.00	617	30.0	51.7				18.3	0.89	0.49-1.62	0.701
<b>Race/skin color</b>										
Non Black	134	31.0	48.4	1.00		0.600	20.6	1.00		0.906
Black	701	29.0	52.4	1.15	0.68-1.97		18.6	0.96	0.51-1.81	
<b>Religion</b>										
Yes	586	30.3	51.2	1.00		0.864	18.4	1.00		0.622
No	261	29.0	50.9	1.04	0.66-1.63		20.2	1.15	0.66-2.00	
<b>Sex Work over Lifetime</b>										
No	200	37.3	50.5	1.00		0.124	12.2	1.00		0.003
Yes	647	26.6	51.4	1.43	0.91-2.25		22.0	2.53	1.36-4.69	
<b>History of Violence</b>										
<b>Lifetime Sexual Violence<sup>5</sup></b>										
No	103	49.6	41.7	1.00		0.004	8.7	1.00		0.001
Yes	744	26.9	52.6	2.33	1.32-4.12		20.5	4.34	1.80-10.50	
<b>Lifetime Psychological Violence<sup>5</sup></b>										
No	225	41.3	48.0	1.00		0.014	10.7	1.00		0.000
Yes	618	25.6	5.2	1.76	1.12-2.76		22.2	3.34	1.73-6.43	
<b>Lifetime Physical Violence<sup>5</sup></b>										
No	607	34.3	50.4	1.00		0.001	15.3	1.00		0.000
Yes	226	15.0	53.5	2.43	1.45-4.07		31.6	4.73	2.62-8.53	
<b>History of police arrest</b>										
No	608	33.9	50.0	1.00		0.045	17.1	1.00		0.009
Yes	239	21.6	54.3	1.65	1.01-2.71		24.1	2.15	1.21-3.82	
<b>Lifetime discrimination</b>										
No	91	38.1	50.3	1.00		0.364	11.6	1.00		0.118
Yes	756	28.8	51.2	1.35	0.71-2.57		20.0	2.27	0.81-6.35	
<b>Social and family support</b>										
<b>Current Social Support<sup>5</sup></b>										
Yes	551	35.3	52.1	1.00		0.013	12.6	1.00		0.000
No	260	18.1	50.0	1.87	1.14-3.07		32.0	4.95	2.80-8.75	

<b>Transgender Pride<sup>5</sup></b>									
Yes	45	32.1	43.4	1.00		0.584	24.51	1.00	0.614
No	800	29.2	52	1.28	0.53-3.13		18.1	0.79	0.32-1.98
<b>Family Support in Childhood</b>									
Yes	448	38.9	48.8		1.00	0.000	12.3	1.00	0.000
No	385	19.3	54.2	2.23	1.45-3.44		26.4	4.33	2.53-7.39
<b>Family Support during Transition</b>									
Yes	675	32.5	52.2	1.00		0.293	15.4	1.00	0.001
No	171	22.0	47.7	1.35	0.77-2.36		30.3	2.91	1.56-5.40
<b>Positive Self Rated Life Quality</b>									
Yes	481	38.3	48.0	1.00		0.000	13.6	1.00	0.000
No	360	18.5	55.7	2.40	1.53-3.76		25.8	3.92	2.26-6.78
<b>Living Alone</b>									
No	653	31.1	51.4	1.00		0.487	17.5	1.00	0.161
Yes	194	25.1	49.9	1.20	0.71-2.04		25.0	1.78	0.97-3.25
<b>Health Related</b>									
<b>Current use of hormones</b>									
No	357	28.7	50.6	1.00		0.822	20.65	1.00	0.542
Yes	434	28.9	53.5	1.05	0.68-1.63		17.60	0.85	0.50-1.44
<b>Access to Health Services<sup>5</sup></b>									
Yes	260	32.4	48.7	1.00		0.246	19.0	1.00	0.277
No	382	26.1	52.7	1.34	0.82-2.21		21.2	1.38	0.77-2.49
<b>Living with HIV/AIDS</b>									
No	621	29.4	52.1	1.00		0.496	18.5	1.00	0.580
Yes	193	32.1	46.6	0.82	0.50-1.35		21.3	1.05	0.58-1.91
<b>Use of ART</b>									
No	761	29.6	52.0	1.00		0.375	18.4	1.00	0.594
Yes	75	33.0	41.4	0.71	0.34-1.50		25.7	1.25	0.55-2.88

<sup>1</sup> Total sample for each category

<sup>2</sup> Proportion of SMDD in each category in comparison to the total (N)

<sup>3</sup> Weighted odds ratio comparing mild/moderate SMDD with no SMDD for each characteristic

<sup>4</sup> Weighted odds ratio comparing moderately severe/severe SMDD with no SMDD for each characteristic.

<sup>5</sup> See text for definition

The final adjusted model indicated, that history of sexual violence (OR= 2.06, 95% CI: 1.15-3.68), history of physical violence (OR= 2.09, 95% CI: 1.20-3.67,) and poor self-rated quality of life (OR= 2.14, 95% CI: 1.31-3.49) were associated with mild/moderate SMDD. Similarly, history of sexual violence (OR=3.02, 95% CI: 1.17-7.77), history of physical violence (OR=4.3.62, 95% CI: 1.88-6.96), poor self-rated quality of life (OR= 3.32, 95% CI: 1.80-6.12), were also associated with moderately severe/severe SMDD. However, it should be noted that the magnitude of the ORs among those with moderately severe/severe SMDD were higher than among those with mild/moderate SMDD. In addition, lack of social current support (OR=2.53, 95% IC: 1.31-4.88) and lack of family support in childhood (OR=2.17, 95% IC 1.16-4.05) were only statistically associated ( $p<0.05$ ) for those with more severe SMDD (Table 2). This may indicate that, although the overall prevalence of more severe SMDD is lower, higher and additional exposure to these indicators increase the likelihood of moderately severe/severe SMDD among TGW in Northeast Brazil. (Table 2).

Table 2. Multivariate analysis of factors associated with symptoms of SMDD among transgender women in Northeast Brazil, 2017

Variables	Mild/moderate			Moderately severe/severe		
	OR <sup>1</sup>	95% CI	p-value	OR <sup>2</sup>	95% CI	p-value
Sexual violence over lifetime (yes vs no) <sup>3</sup>	2.06	1.15-3.66	0.015	3.02	1.17-7.77	0.022
Physical violence over lifetime (yes vs no) <sup>3</sup>	2.10	1.20-3.77	0.010	3.62	1.88-7.00	0.000
Family Support during childhood (no vs yes)	1.54	0.93-2.54	0.091	2.17	1.16-4.05	0.015
Current social support <sup>3</sup>	1.26	0.73-2.20	0.408	2.53	1.31-4.90	0.006
Positive Self-rated Quality of life (no vs yes)	2.14	1.31-3.49	0.002	3.32	1.80-6.12	0.000

Goodness-of-Fit (Hosmer-Lemeshow Test) of the multivariate final model = 12.6;  $p=0.126$ ; 8 df)

<sup>1</sup> Weighted odds ratio comparing mild/moderate SMDD with no SMDD for each characteristic

<sup>2</sup> Weighted odds ratio comparing moderately severe/severe SMDD with no MDD for each characteristic.

<sup>3</sup> See text for definition.

The present study corroborates findings from other studies that reported much higher prevalence of SMDD as compared to the general population <sup>24,20,36,37</sup>, but never before in this given context. Leri et al <sup>28</sup>, despite analyzing a small sample of TGW in Brazil, found a prevalence of 80.5% of MDD. In a study conducted with TGW in Canada, also using RDS, 61.2% of the sample met criteria for MDD <sup>38</sup>. Budge, Adelson and Howard <sup>2</sup>, in a US study, also found a high prevalence of MDD in TGW, totaling 51.4% of participants. Chodzen et al. <sup>39</sup>, in a New Zealand study of young transgender and youth with non-conforming gender identity, found a prevalence of MDD of 33%. Despite considerable differences in estimates,

and methodology used, especially depression criteria, all studies indicated considerably higher rates in TGW than in the general population.

Sexual violence has been a key predictor variable of mild/moderate SMDD in our as well as international studies. Sexual violence, especially during childhood, is a well-known risk factor for MDD <sup>40,41</sup>. Among TGW, this situation is not different, with studies identifying sexual violence as a risk factor for MDD <sup>42,43,44,45</sup>. Nemoto, Bödeker and Iwamoto <sup>14</sup> pointed out that TGW are more vulnerable to sexual abuse once engaged in commercial sex work, which also emerges as a risk factor for MDD in both TGW and the general population. Most TGW in this study reported to have engaged in commercial sex work.

Poor self-rated quality of life was statistically associated with SMDD in our study, with a stronger effect among those with moderate severe/severe depression symptoms. Studies on the association between quality of life and MDD found significant associations, regardless of whether MDD was considered as a dependent or independent variable, which suggests that positive self-perception of quality of life is protective for MDD, and MDD is a risk predictor for the worsening of quality of life, indicating potential reverse causality typical of cross-sectional studies <sup>46,47,48,49,50,51</sup>.

Our study suggested the role of family support in childhood as key to prevent severe SMDD among TGW over time, but studies with this population are rare, especially in Brazil. Baptista et al <sup>52</sup> highlighted the relationship between the lack of family support in childhood and MDD in adolescence in the general population. Seibel et al <sup>20</sup> found that family support was associated with higher self-esteem and highlighted the importance of parental support to improve quality of life in transgender people. Ryan et al <sup>53</sup> underlines that family acceptance is associated with a positive young adult mental and physical health. Hoffman <sup>21</sup> indicated that social support without family support was not significantly associated with MDD, and that the association between family support and MDD may vary with age and be more relevant up to middle age. Other studies also point that people who have social support have a lower prevalence of MDD compared with members of the same population in which such social support is minimum. This situation is also true in specific studies with TGW populations <sup>19,28,50</sup>. Nemoto, Bödeker and Iwamoto <sup>14</sup> suggested that the perception of social support might be a more important protective factor than social support itself. A study conducted with a transgender population in the United States pointed out that support by other transgender people can mitigate the effect of other factors on MDD in this population <sup>15</sup>. Support provided by social

networks was found to affect positively transgender adolescents who would not otherwise get any other social support <sup>54</sup>.

Physical violence is very frequent within the LGBTQIA+ community, especially among TGW and has an important role in the occurrence of MDD in the general population, and, among TGW <sup>55,56</sup>. Our study shows an important association between physical violence and SMDD. Parente et al <sup>57</sup> in a study conducted in a Northeastern town in Brazil found that most of the aggressors of LGBTQIA+ were unknown by standers. Pinto et al <sup>58</sup> pointed out that physical violence is the most prevalent violence in the LGBTQIA+ community, and highlight the need of compulsory notifications of these incidents in Brazil. Nevertheless, studies analyzing the association between physical violence and MDD or SMDD among TGW in Brazil are still scarce.

Potential limitations of our study include the cross-sectional design, a possible dependency of the data due to RDS recruitment and a lack of information on access to MDD treatment or follow-up. Finally, these data are pre COVID-19 pandemic, and the pandemic has seen a staggering increase in the prevalence of mental health disorders worldwide, including depression <sup>59</sup> and this may indicate that the already high prevalence found in our study among TGW, currently, could be even higher.

## **Conclusions**

In the present work, we carried out an exploratory analysis of the TGW population in Northeast Brazil. The data suggest that social determinants and context variables are the main drive that affects the prevalence of SMDD in this population, especially among those with moderate severe/severe symptoms. Actions that target these determinants should be considered in prevention public policies. Further studies are still needed in order to analyze the effect either of the variables herein presented on the causal pathway of SMDD among TGW, independently or as syndemic factors. Considering that health problems are often analyzed from the cisgender population point of view in Brazil, additional studies are also necessary in order to better understand the specific needs of TGW populations, thus tailoring mental health policies towards these specific needs. Finally, it is vital not to pathologize dissident gender performances and psychological and social distresses themselves, considering these issues are influenced by a complex set of factors, including social, cultural and symbolic, among others.

## Acknowledgements

The authors would like to express their gratitude to the participants of the study, to the local teams that carried out the fieldwork in the three cities, and all collaborating NGOs. We are also grateful for the support of STI/HIV/AIDS and Viral Hepatitis Department of the Brazilian Minister of Health.

## References

1. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):44-57. doi: 10.3109/09540261.2015.1115753. PMID: 26835611.
2. Budge SL, Adelson JL, Howard KA. Anxiety and depression in transgender individuals: the roles of transition status, loss, social support, and coping. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(3):545-57. doi: 10.1037/a0031774. PMID: 23398495.
3. Valentine SE, Shipherd JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clin Psychol Rev*. 2018;66:24-38. doi: 10.1016/j.cpr.2018.03.003. PMID: 29627104
4. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. 1th ed. Geneva: WHO Document Production Services; 2017. 24p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
5. Cai H, Jin Y, Liu S, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, et al. Prevalence of suicidal ideation and planning in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of observation studies. *J Affect Disord*. 2021;293:148-158. doi: 10.1016/j.jad.2021.05.115. PMID: 34192629.
6. Cunha RV, Bastos GAN, Duca GFD. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2012;15(2):346-354. doi: 10.1590/S1415-790X2012000200012.
7. Magno L, Dourado I, Silva LAV, Brignol S, Amorim L, MacCarthy S. Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: A mixed methods study. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194306. doi: 10.1371/journal.pone.0194306. PMID: 29641528; PMCID: PMC5894986.
8. Blazer DG. Mood disorders: epidemiology. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 6th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1995. p. 1079-88.
9. Fredriksen-Goldsen KI, Cook-Daniels L, Kim HJ, Erosheva EA, Emler CA, Hoy-Ellis CP, et al. Physical and mental health of transgender older adults: an at-risk and underserved population. *Gerontologist*. 2014;54(3):488-500. doi: 10.1093/geront/gnt021. PMID: 23535500
10. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, et al. Gender abuse, depressive symptoms, and HIV and other sexually transmitted infections among

- male-to-female transgender persons: a three-year prospective study. *Am J Public Health*. 2013;103(2):300-307. doi: 10.2105/AJPH.2011.300568. PMID: 22698023; PMCID: PMC3558792.
11. Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 1. Disease burden and principles of care. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):510-523. doi: 10.1177/0706743716659416. PMID: 27486151; PMCID: PMC4994789.
  12. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. Bras. Psiquiatr*. 2018;67(2):101-109. doi: 10.1590/0047-2085000000192.
  13. Arán M, Zaidhaft S, Murta D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicol. Soc*. 2008;20(1):70-79. doi: 10.1590/S0102-71822008000100008.
  14. Nemoto T, Bödeker B, Iwamoto M. Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1980-1988. doi: 10.2105/AJPH.2010.197285. PMID: 21493940; PMCID: PMC3222349.
  15. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013;103(5):943-951. doi: 10.2105/AJPH.2013.301241. PMID: 23488522; PMCID: PMC369880.
  16. Ibrahim C, Haddad R, Richa S. Les comorbidités psychiatriques dans le transsexualisme: étude sur une population de transgenres libanais. *Encephale*. 2016;42(6):517-522. doi: 10.1016/j.encep.2016.02.011.
  17. Aparicio-García ME, Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S, López-Núñez MI, García-Nieto I. Health and well-being of cisgender, transgender and non-binary young people. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):2133. doi: 10.3390/ijerph15102133. PMID: 30274141; PMCID: PMC6209926.
  18. Santos MJ, Kassouf AL. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. *Econ. Apl*. 2007;11(1):5-26. doi: 10.1590/S1413-80502007000100001.
  19. Daray FM, Rubinstein AL, Gutierrez L, Lanás F, Mores N, Calandrelli M, et al. Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern cone of Latin America: a population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay. *J Affect Disord*. 2017;220(1):15-23. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.031. PMID: 28575715.
  20. Seibel BL, Silva BDB, Fontanari AMV, Catelan RF, Bercht AM, Stucky JL, et al. The impact of the parental support on risk factors in the process of gender affirmation of transgender and gender diverse people. *Front Psychol*. 2018;9:399. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00399. PMID: 29651262; PMCID: PMC5885980.
  21. Hoffman B. An overview of depression among transgender women. *Depress Res Treat*. 2014;2014:394283. doi: 10.1155/2014/394283. PMID: 24744918; PMCID: PMC3972927.



22. Coutinho, MFC, O'dwyer G, Frossard V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. *Saúde Debate*. 2018;42(116):148-161. doi: 10.1590/0103-1104201811612.
23. Gonzalez JS, Batchelder AW, PSaros C, Safren SA. Depression and HIV/Aids treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58(2):181-187. doi:10.1097/QAI.0b013e31822d490a. PMID: 21857529; PMCID: PMC3858003.
24. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*. 2016;388(10042):412-436. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00684-X. PMID: 27323919; PMCID: PMC7035595.
25. Heylens G, Elaut E, Kreukels BP, Paap MC, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry*. 2014;204(2):151-156. doi: 10.1192/bjp.bp.112.121954. PMID: 23869030.
26. Scheim A, Lyons C, Ezouatchi R, Liestman B, Drame F, Diouf D, et al. Sexual behavior stigma and depression among transgender women and cisgender men who have sex with men in Côte d'Ivoire. *Ann Epidemiol*. 2019;33:79-83.e1. doi: 10.1016/j.annepidem.2019.03.002. PMID: 30955993; PMCID: PMC6980364.
27. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;39:65-73. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.09.029. PMID: 24275005.
28. Lerri MR, Romão APMS, Santos MAD, Giami A, Ferriani RA, Lara LAS. Clinical characteristics in a sample of transsexual people. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2017;39(10):545-551. doi: 10.1055/s-0037-1604134.
29. Bastos FI, Bastos LS, Coutinho C, Toledo L, Mota JC, Velasco-de-Castro CA, et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(1S Suppl 1):16-24. doi: 10.1097/MD.0000000000009447. PMID: 29794601; PMCID: PMC5991532.
30. Heckathorn DD. Respondent-Driven Sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Soc probl*. 1997;44(2):174-199. doi: 10.2307/3096941.
31. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, de Almeida LSP, da Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(8):1533-1543. doi: 10.1590/0102-311X00144612.
32. Szwarcwald CL, Junior PRBS, Damacena GN, Junior AB, Kendall C. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr*. 2011;57(Suppl 3):129-135. doi: 10.1097/QAI.0b013e31821e9a36. PMID: 21857308
33. Johnston LG, Sabin K. Sampling Hard-to-Reach Populations with Respondent Driven Sampling. *Methodological Innovations Online*. 2010;5(2):38-48. doi: 10.4256/mio.2010.0017.

34. Hosmer DW, Lemeshow S. Assessing the Fit of the Model. In: Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. 3rd ed. New York: Wiley; 2013: 157-69.
35. StataCorp. 2015. *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station, TX: StataCorp LP.
36. Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists. *Am J Psychiatry*. 2003;160(7):1332-1336. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1332. PMID: 12832250.
37. Dosani R, Jayesh P, Krishnamurthy D. Level of depression among transgender - a literature review. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;5(2):26-31. doi: 10.5958/2395-180X.2019.00024.0.
38. Rotondi NK, Bauer GR, Travers R, Travers A, Scanlon K, Kaay M. Depression in male-to-female transgender ontarians: results from the trans PULSE Project. *Can J Commun Ment Health*. 2011;30(2):113–133. doi: 10.7870/cjcmh-2011-0020.
39. Chodzen G, Hidalgo MA, Chen D, Garofalo R. Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *J Adolesc Health*. 2019;64(4):467-471. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.07.006. PMID: 30241721; PMCID: PMC6528476.
40. Souza FBC, Drezett J, Meirelles AC, Ramos DG. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprod. Clim*. 2013;27(3):98-103. doi: 10.1016/j.recli.2013.03.002.
41. Amone-P’Olak K, Ovuga E, Jones PB. The effects of sexual violence on psychosocial outcomes in formerly abducted girls in Northern Uganda: the WAYS study. *BMC Psychol*. 2015;3:46. doi: 10.1186/s40359-015-0103-2. PMID: 26694601; PMCID: PMC4689002.
42. Zucchi EM, Barros CRDS, Redoschi BRL, Deus LFAD, Veras MASM. Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(3):e00064618. doi: 10.1590/0102-311x00064618.
43. Newcomb ME, Hill R, Buehler K, Ryan DT, Whitton SW, Mustanski B. High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Arch Sex Behav*. 2020;49(2):645-659. doi: 10.1007/s10508-019-01533-9. PMID: 31485801; PMCID: PMC7018588.
44. Iaisuklang MG, Ali A. Psychiatric morbidity among female commercial sex workers. *Indian J Psychiatry*. 2017;59(4):465-470. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_147\_16. PMID: 29497189; PMCID: PMC5806326.
45. Poliah V, Paruk S. Depression, anxiety symptoms and substance use amongst sex workers attending a non-governmental organisation in KwaZulu-Natal, South Africa. *S Afr Fam Pract*. 2017;59(3):116-122. doi: 10.1080/20786190.2016.1272247
46. Ruggeri M, Nosè M, Bonetto C, Cristofalo D, Lasalvia A, Salvi G, et al. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *Br J Psychiatry*. 2005;187(2):121-130. doi: 10.1192/bjp.187.2.12.

47. Lima AFBS, Fleck MPA. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Braz. J. Psychiatry.* 2011;33(3):245-251. doi: 10.1590/S1516-44462011005000001.
48. Ishak WW, Balayan K, Bresee C, Greenberg JM, Fakhry H, Christensen S, et al. A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Qual Life Res.* 2013;22(3):585–596. doi: 10.1007/s11136-012-0187-6. PMID: 22544416.
49. Sohn JH, Ahn SH, Seong SJ, Ryu JM, Cho MJ. Prevalence, work-loss days and quality of life of community dwelling subjects with depressive symptoms. *J Korean Med Sci.* 2013;28(2):280-286. doi: 10.3346/jkms.2013.28.2.280. PMID: 23399785; PMCID: PMC3565141.
50. Gigantesco A, Fagnani C, Toccaceli V, Stazi MA, Lucidi F, Violani C, et al. The relationship between satisfaction with life and depression symptoms by gender. *Front Psychiatry.* 2019;10:419. doi: 10.3389/fpsy.2019.00419. PMID: 31258495; PMCID: PMC6588028.
51. Bockting W, Coleman E, Deutsch MB, Guillamon A, Meyer I, Meyer 3rd W, et al. Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2016;23(2):188-97. doi: 10.1097/MED.000000000000232. PMID: 26835800; PMCID: PMC4809047.
52. Baptista MN, Baptista ASD, Dias RR. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicol. Cienc. Prof.* 2011;21(2):52-61. doi: 10.1590/S1414-98932001000200007.
53. Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2010;23(4):205-213. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00246.x. PMID: 21073595.
54. Selkie E, Adkins V, Masters E, Bajpai A, Shumer D. Transgender adolescents' uses of social media for social support. *J Adolesc Health.* 2020;66(3):275-280. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.08.011. PMID: 31690534.
55. Friberg O, Emaus N, Rosenvinge JH, Bilden U, Olsen JA, Pettersen G. Violence affects physical and mental health differently: the general population based Tromsø Study. *PLoS One.* 2015;10(8):e0136588. doi: 10.1371/journal.pone.0136588. PMID: 26317970; PMCID: PMC4552864.
56. Blondeel K, de Vasconcelos S, García-Moreno C, Stephenson R, Temmerman M, Toskin I. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2018;96(1):29-41L. doi: 10.2471/BLT.17.197251. PMID: 29403098; PMCID: PMC5791869.
57. Parente JS, Moreira FTLS, Albuquerque GA. Violência física contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do nordeste brasileiro. *Rev. Salud Pública.* 2018;20(4):445-452. doi: 10.15446/rsap.v20n4.62942.
58. Pinto IV, Andrade SS de A, Rodrigues LL, Santos MAS, Marinho MMA, Benício LA, et al. Profile of notification of violence against lesbiangay, bisexual, transvestite and transsexual people recorded in the national information system on notifiable diseases, Brazil, 2015-2017. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23(Suppl 1):1–13. doi: 10.1590/1980-549720200006.supl.1. ISSN 1980-5497.

59. GBD 2019 COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-1712. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7. PMID: 34634250; PMCID: PMC8500697

## ARTIGO II

**Título: Associação entre Violência Física e Sintomas de Transtorno Depressivo Maior em Mulheres Transexuais e Travestis do Nordeste do Brasil**

Marcelo Machado de Almeida<sup>1</sup>, Luís Augusto V. da Silva<sup>1 2</sup>, Beo Leite<sup>1</sup>, Mark Drew Crosland Guimarães<sup>3</sup>, Inês Dourado<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador Bahia, Brasil

<sup>2</sup> Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia, Salvador Bahia, Brasil

<sup>3</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

§ Autor para correspondência: Marcelo Machado de Almeida  
E-mail: marmachadoalmeida@gmail.com

## Resumo

**Introdução:** Mulheres transexuais e travestis (MT) são vítimas mais frequentes de violência física em comparação com a população geral, ou mesmo quando comparadas especificamente à população de mulheres cisgênero. Ademais, MT têm taxas de prevalência de transtorno depressivo maior (TDM) desproporcionalmente mais altas em comparação com a população geral. Estudos estimaram a violência física como um fator de risco independente para TDM entre mulheres travestis e transexuais. **Metodologia:** Foram recrutadas 864 MT das cidades de Salvador (n=166), Recife (n=350) e Fortaleza (n=348). As participantes foram recrutadas pelo método *Respondent Driven Sampling*. Foi analisada a associação entre violência física e sintomas de transtorno depressivo maior (STDM). **Resultados:** As participantes que sofreram violência física tiveram o dobro de chances de apresentar STDM leve/moderado 2.10 (IC95% 1.21-3.65) e quase quatro vezes mais chances de apresentar STDM moderadamente severo/severo 3.80 (IC95% 1.99-7.25). **Conclusão:** O conhecimento sobre a associação entre a violência física e o transtorno depressivo maior em mulheres transexuais e travestis ainda é escassa, principalmente no Brasil. Portanto, esse estudo traz importante contribuição para a temática, apesar de mais estudos serem necessários para melhor definir a associação proposta.

**Palavras-chave:** Travestis; Mulheres Transexuais; Transtorno Depressivo Maior; Violência Física; Patient Health Questionnaire-9; Respondent Driven Sampling.

## **Abstract**

**Introduction:** Transgender women (TGW) are more frequently victims of physical violence if compared to the general population, or even when compared to the population of cisgender women specifically, and have disproportionately higher prevalence rates of major depression disorder (MDD) if compared to the general population. Studies have estimated physical violence as an independent risk factor for MDD among TGW. **Methodology:** We recruited 864 TGW from the Brazilian cities of Salvador (166), Recife (350) and Fortaleza (348). The participants were recruited by the Respondent Driven Sampling method. We analyzed the association between physical violence and symptoms of major depression disorder (SMDD). **Results:** Participants who experienced physical violence were twice as likely to present mild/moderate SMDD (OR=2.10 95% CI 1.21-3.65) and almost four times more likely to present moderately severe/severe SMDD (OR=3.80 95% CI 1.99-7.25). **Conclusion:** Knowledge about the association between physical violence and MDD in TGW is still scarce, especially in Brazil. Therefore, this study brings an important contribution to the theme, although further studies are needed to better define the proposed association.

**Keywords:** Travestis, Transgender Women, Major Depression Disorder, Physical Violence, Patient Health Questionnaire-9, Respondent Driven Sample

## **Introdução**

Mulheres transexuais e travestis (MT) são vítimas mais frequentes de violência física (VF) em comparação com a população geral, ou mesmo quando comparadas especificamente à população de mulheres cisgênero<sup>1,2</sup>. A transfobia pode motivar situações de VF das mais variadas e os agressores podem ser familiares ou outras pessoas conhecidas. Entretanto, tal prática geralmente é protagonizada por transeuntes, ou seja, pessoas desconhecidas<sup>3,4</sup>. O Brasil tem altos índices de VF contra essa população. Um estudo que analisou as notificações de violência contra a população LGBTQIA+, em que 46,5% se identificavam como MT, encontrou uma prevalência de episódios de VF de 75%<sup>5</sup>. O Brasil ainda lidera a quantidade de homicídios contra MT, representando 167 dos 2982 casos (5,6%) reportados em 72 países no ano de 2018<sup>6</sup>. Dentro do país, a região nordeste apresentou uma das mais altas proporções de homicídios contra MT num estudo que avaliou a evolução espacial das taxas de homicídios de pessoas LGBTQIA+ por Estados brasileiros, de 2002 a 2016.<sup>7</sup>

Projetado pela OMS para ser a primeira causa de incapacidade a partir de 2030, o transtorno depressivo maior (TDM) tem cada vez mais espaço nas discussões sobre as políticas de saúde e prevenção de doenças<sup>8</sup>. Além de incapacitante, o TDM também está associado a um maior risco de diversas doenças somáticas e outros transtornos mentais, além de ser umas das principais causas de tentativas de suicídio ou suicídio consumado. O TDM também é um fator de risco importante para o abuso de substâncias psicoativas e para maior exposição às práticas sexuais de risco para infecções sexualmente transmissíveis<sup>11,12,13,14,15</sup>.

MT têm taxas de prevalência de TDM desproporcionalmente mais altas em comparação com a população geral. Esse dado é confirmado por estudos realizados com populações distintas em diversos países<sup>16,17,18,19</sup>. Estudos estimaram a VF como um fator de risco independente para TDM entre MT<sup>12,20</sup>, mas a maioria dos estudos, principalmente no Brasil, investigou a experiência de VF na infância como preditora de TDM, ou VF contra mulheres cisgênero em contextos específicos, principalmente de violência doméstica. No Brasil, principalmente na região nordeste, os dados sobre fatores de risco para TDM são escassos, especificamente entre MT<sup>21,22,23,24</sup>. O presente artigo tem por objetivo investigar a associação entre exposição à VF na vida e sintomas de transtorno depressivo maior (STDm) na população de MT no nordeste do Brasil, no ano de 2017.

## **Metodologia**



Trata-se de uma análise dos dados de MT coletados nas cidades de Salvador, Recife e Fortaleza, que compuseram o estudo DIVAS (“Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis e Mulheres Transexuais”), um inquérito realizado em 12 cidades do Brasil, no período de novembro de 2016 a junho de 2017, com o objetivos de estimar a prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C, e monitorar práticas de risco para essas infecções <sup>25</sup>. O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (CAAE-49359415.9.0000.5240) (ANEXO E).

Foram recrutadas 864 participantes MT das cidades de Salvador (n=166), Recife (n=350) e Fortaleza (n=348) por meio do método *Respondent Driven Sampling* (RDS) ou amostragem dirigida pela participante, em que as próprias participantes recrutaram suas conhecidas <sup>26,27</sup>. Os critérios de elegibilidade foram: se identificar como travesti, mulher, mulher trans ou outra identificação do gênero feminino; ter sido registrada, ao nascimento, como sendo do sexo masculino; passar a maior parte do tempo do dia nos municípios de estudo; aceitar responder o questionário e realizar os testes rápidos para IST; estar disposta a recrutar pares para o estudo; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO A); e ter tido pelo menos uma relação sexual nos últimos 12 meses. Os critérios de exclusão foram: ter menos de 18 anos de idade e estar sob influência de álcool ou outras drogas, que impossibilitasse a participação na pesquisa.

As primeiras participantes, denominadas “sementes”, foram selecionadas pelos pesquisadores após pesquisa qualitativa formativa, de modo a representar a heterogeneidade da população de MT, segundo condições demográficas e socioeconômicas. A partir da pesquisa formativa foram escolhidas 7 sementes em Salvador, 6 sementes em Fortaleza e 5 sementes em Recife. Cada semente e, posteriormente, cada participante recebeu 3 convites para convidar outras MT de sua rede social de contato (cadeias de recrutamento). Para o sucesso no recrutamento, RDS inclui incentivos primários e secundários. O primário foi de R\$ 30,00 (trinta reais) como ressarcimento pelo transporte e tempo perdido do trabalho. O secundário, como ressarcimento pelo recrutamento de contatos, foi de R\$ 30,00 para cada MT recrutada para o estudo. A coleta dos dados foi feita mediante entrevistas com questionário padronizado e testado, realizado por entrevistadores devidamente treinados face a face, em um ambiente reservado exclusivamente para esse fim.

## Variáveis do estudo

A variável de desfecho do estudo – sintomas de TDM (STDM) – foi definida a partir do questionário *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), que é baseado nos critérios diagnósticos do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition* (DSM IV) para esse transtorno mental e já está validada para o português do Brasil. Essa escala é indicada para a triagem de TDM na atenção primária em saúde <sup>28</sup>. O STDM foi categorizado em três grupos: “sem depressão” (escore <5 pontos), depressão leve ou moderada (escore de 5-14 pontos) e moderadamente severa ou severa (escore 15-27 pontos).

A exposição principal nessa análise foi VF, definida a partir de um bloco de 7 perguntas sobre experiências de violência física constantes no questionário DIVAS, com cinco possibilidades de resposta (sempre; muitas vezes; algumas vezes; uma vez; nunca). Foram consideradas como tendo sofrido violência física as participantes que responderam *sempre*, *muitas vezes* ou *algumas vezes* em pelo menos 4 perguntas. As demais foram consideradas como não tendo sofrido VF.

Os potenciais fatores de confusão da associação entre VF e STDM: 1 - sociodemográficas (idade, escolaridade, renda mensal, raça/cor da pele, religião e trabalho sexual na vida); 2 - outras experiências de violência e discriminação (episódios de violência sexual na vida, violência psicológica na vida, histórico de prisão na vida, experiência de discriminação na vida); 3 - suporte social e familiar (apoio social no momento da entrevista, orgulho de ser trans no momento da entrevista, apoio familiar na infância, apoio familiar na transição de gênero, autopercepção da qualidade de vida no momento da entrevista, morar sozinha no momento da entrevista) e 4 - relacionadas à saúde (acesso aos serviços de saúde).

A análise dos dados levou em consideração o desenho complexo de amostragem do recrutamento por RDS, ou seja, a dependência entre as observações resultantes das cadeias de recrutamento e das probabilidades de seleções desiguais devido aos diferentes tamanhos das redes de contatos de cada participante <sup>29</sup>. Cada uma das 3 cidades foi considerada como um estrato. Em cada estrato, a ponderação foi inversamente proporcional ao tamanho da rede de cada participante, totalizando o tamanho do estrato. As perguntas do questionário que mediram o tamanho da rede de contatos de cada MT foram: “Quantas travestis/mulheres trans você conhece pelo nome/apelido e que também conhecem você pelo seu nome/apelido, que moram, trabalham ou estudam no município de Salvador, Recife ou Fortaleza?”; “E dessas que você

citou, quantas você encontrou ou falou pessoalmente, por telefone ou Facebook/WhatsApp nos últimos 30 dias?”.

A associação entre VF e STDM foi estimada pelo *odds ratio* (OR) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) usando regressão logística multinomial com dados ponderados pelo estimador RDSII, comparando depressão leve ou moderada com sem depressão e depressão moderadamente severa ou severa com sem depressão.

As variáveis analisadas como potenciais fatores de confusão foram aquelas que apresentaram mudanças percentuais de 10% entre os *odds ratios* das medidas brutas e ajustadas. Foram incluídas nos modelos de regressão as variáveis com valor de  $p \leq 0,20$  concomitantemente nas análises bivariadas das covariáveis como exposição para STDM (em uma ou outra categoria) e VF. O modelo final foi obtido incluindo essas variáveis, além de raça/cor, renda e idade. Na análise multivariada foi utilizado o método backward elimination e fomos eliminando uma a uma a variável que tivesse o maior valor de  $p$  no teste de Wald. No modelo final, permaneceram as variáveis que com  $P < 0,05$ .

Todas as análises foram ponderadas pelo estimador RDS-II<sup>30</sup>. Os pesos foram calculados pelo RDS Analyst 0.42. As análises foram conduzidas com a rotina de amostras complexas do programa STATA versão 14<sup>35</sup>.

## **Resultados**

As respostas das participantes a cada uma das 7 perguntas do questionário que foram utilizadas para a criação do escore de VF, bem como os perpetradores da VF e as ações realizadas por elas após sofrer a VF estão apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição das respostas das participantes a cada uma das 7 perguntas sobre VF

Alguma vez na vida alguém já	Sim, sempre		Sim, muitas vezes		Sim, algumas vezes		Sim, uma vez		Não, nunca		Total de obs <sup>3</sup>
	% <sup>1</sup> (IC95%) <sup>2</sup>	obs <sup>3</sup>	% <sup>1</sup> (IC95%) <sup>2</sup>	obs <sup>3</sup>	% <sup>1</sup> (IC95%) <sup>2</sup>	obs <sup>3</sup>	% <sup>1</sup> (IC95%) <sup>2</sup>	obs <sup>3</sup>	% <sup>1</sup> (IC95%) <sup>2</sup>	obs <sup>3</sup>	
1. Deu um tapa ou jogou coisas que poderiam lhe machucar?	7.0 (5.1 -9.4)	68	9.9 (7.6-12.8)	96	30.6 (26.78-34.8)	293	20.3 (17.0-24.04)	180	32.3 (28.2 -36.8)	227	864
2. Empurrou você?	5.7 (3.93-8.1)	46	8.65 (6.7-11.1)	100	31.6 (27.7-35.8)	301	18.6 (15.1-22.6)	139	35.5 (31.3-40.0)	275	861
3. Deu um soco em você?	2.24 (1.37-3.65)	27	4.8 (3.4-6.8)	56	19.4 (16.2-23.1)	181	21.2 (17.7-25.2)	174	52.3 (47.8-56.8)	425	863
4. Chutou você, te arrastou ou espancou?	1.7 (.93-3.1)	20	4.6 (3.1-6.6)	48	15.8 (12.9-19.2)	154	15.6 (12.8-19.0)	160	62.3 (58.0-66.5)	480	862
5. Queimou você de propósito?	1.3 (0.6-2.9)	13	1.3 (0.6-2.5)	13	4.8 (3.3-6.8)	50	8.5 (6.3-11.3)	79	84.2 (81.0-87.1)	702	857
6. Ameaçou você com uma faca ou outra arma?	3.2 (1.8-5.4)	25	6.5 (4.8-8.8)	67	17.9 (14.9-21.3)	188	25.75 (22.0-30.0)	232	46.7 (42.3-51.2)	349	861
7. Usou uma faca ou outra arma para te machucar?	68.5 (64.3-72.5)	11	3.3 (2.0-5.4)	27	7.4 (5.6-9.8)	87	19.9(16.6-23.8)	177	69.0 (64.3-72.5)	558	860

Fonte: Elaboração dos autores.

<sup>1</sup> Frequência

<sup>2</sup> Intervalo de Confiança 95%

<sup>3</sup> Total de observações por pergunta

Do total de 864 MT, foram excluídas as 17 sementes das análises dos dados (N=847). A prevalência global de STDM foi de 70.0, sendo que 51.1% foram classificadas com STDM leve ou moderado, e 18.9% com STDM moderadamente severo ou severo (Tabela 2).

Observamos diferenças estatisticamente significantes nas prevalências ( $p < 0.05$ ): STDM leve/moderado mais elevada para as MT com experiência de violência física na vida (53.5%), histórico de trabalho sexual (51.4%), experiência de violência sexual na vida (52.6%), experiência de violência psicológica na vida (52.2%), histórico de prisão na vida (54.3%), sem apoio social (50.0%), sem apoio de familiar na infância (54.2%), sem apoio familiar na transição de gênero (47.7%), sem autopercepção da qualidade de vida (55.7%) e que moravam sozinhas (49.9%). As taxas de prevalência de STDM moderadamente severo/severo foram mais baixas do que de STDM leve/moderado, mas mantendo as diferenças estatisticamente significantes entre as MT com histórico de trabalho sexual na vida (22.0%), experiências de violência sexual (20.6%), violência psicológica (22.2%), e violência física (31.6%) na vida, histórico de prisão (24.1%), sem apoio social (32.0%), sem apoio de familiar na infância (26.4%), sem apoio familiar na transição de gênero (30,3%), sem autopercepção da qualidade de vida (25.8% %), e que moravam sozinhas (25.0%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Análise bivariada multinomial da associação entre as variáveis do estudo e STDM entre mulheres trans no Nordeste do Brasil, 2017

Variáveis	STDM									
	Sem		Leve/moderado			Moderadamente severo/severo				
	N	%	%	OR*	IC 95%	Valor de p	%	OR**	IC 95%	Valor de p
<b>Violência Física na vida</b>										
Não	607	34.3	50.4	1.00		0.001	15.3	1.00		0.000
Sim	226	15.0	53.5	2.43	1.45-4.07		31.6	4.73	2,62-8,53	
<b>Sociodemográficas</b>										
<b>Idade</b>										
>30	264	32.3	48.7	1.00		0.421	19.1	1.00		0.717
<=30	583	28.8	52.3	1.20	0.77-1.89		18.9	1.11	0,64-1,91	
<b>Escolaridade</b>										
Ensino médio incompleto/mais	369	31.9	48.7	1.00		0.255	19.4	1.00		0.940
Até fundamental completo	465	28.0	54.6	1.28	0.84-1.94		17.4	1.02	0,60-1,73	
<b>Renda Mensal</b>										
>R\$ 1000,00	230	29.9	49.6	1.00		0.874	20.6	1.00		0.701
<= R\$ 1000,00	617	30.0	51.7	1.04	0.64-1.69		18.3	0.89	0,49-1,62	
<b>Raça/cor</b>										
Não Negras	134	31.0	48.4	1.00		0.600	20.6	1.00		0.906
Negras	701	29.0	52.4	1.15	0.68-1.97		18.6	0.96	0,51-1,81	

**Tabela 2.** Análise bivariada multinomial da associação entre as variáveis do estudo e STDM entre mulheres trans no Nordeste do Brasil, 2017

Variáveis	STDM									
	Sem		Leve/moderado			Moderadamente severo/severo				
	N	%	%	OR*	IC 95%	Valor de p	%	OR**	IC 95%	Valor de p
<b>Religião</b>										
Sim	586	30,34	51.2	1.00		0.864	18.4	1.00		0.622
Não	261	29.0	50.9	1.04	0.66-1.63		20.2	1.15	0,66-2,00	
<b>Trabalho Sexual na vida</b>										
Não	200	37.3	50.5	1.00		0.124	12.2	1.00		0.003
Sim	647	26.6	51.4	1.43	0.91-2.25		22.0	2.53	1,36-4,69	
<b>Episódio de Violência</b>										
<b>Violência Sexual na vida</b>										
Não	103	49.6	41.7	1.00		0.004	8.7	1.00		0.001
Sim	744	26.9	52.6	2.33	1.32-4.12		20.5	4.34	1.80-10.50	
<b>Violência Psicológica na vida</b>										
Não	225	41.3	48.0	1.00		0.0140	10.7	1.00		0.000
Sim	618	25.6	5.2	1.76	1.12-2.76		22.2	3.34	1.73-6.43	
<b>Histórico de prisão na vida</b>										
Não	608	33.9	50.0	1.00		0.045	17.1	1.00		0.009
Sim	239	21.6	54.3	1.65	1.01-2.71		24.1	2.15	1.21-3.82	

**Tabela 2.** Análise bivariada multinomial da associação entre as variáveis do estudo e STDM entre mulheres trans no Nordeste do Brasil, 2017

Variáveis	STDM									
	Sem		Leve/moderado			Moderadamente severo/severo				
	N	%	%	OR*	IC 95%	Valor de p	%	OR**	IC 95%	Valor de p
<b>Discriminação na vida</b>										
Não	91	38.1	50.3	1.00		0.364	11.6	2.27	1.00	0.118
Sim	756	28.8	51.2	1.35	0.71-2.57		20.0		0.81-6.35	
<b>Suporte social e familiar</b>										
<b>Apoio Social no Momento da Entrevista</b>										
Sim	551	35.3	52.1	1.00		0.013	12.6	1.00		0.000
Não	260	18.1	50.0	1.87	1.14-3.07		32.0	4.95	2.80-8.75	
<b>Orgulho de Ser Trans Atual</b>										
Sim	11	37.3	33.7	1.00			29.0	1.00		0.793
Não	775	29.6	52.5	1.96	0.37-10.47	0.429	17.89	0.78	0.12-5.10	
<b>Apoio Familiar na Infância</b>										
Sim	448	38.9	48.8		1.00	0.000	12.3	1.00		0.000
Não	385	19.34	54.2	2.23	1.45-3.44		26.4	4.33	2.53-7.39	
<b>Apoio Familiar na Transição</b>										
Sim	675	32.5	52.2	1.00		0.293	15.4	1.00		0.001
Não	171	22.0	47.7	1.35	0.77-2.36		30.3	2.91	1.56-5.40	



**Tabela 2.** Análise bivariada multinomial da associação entre as variáveis do estudo e STDM entre mulheres trans no Nordeste do Brasil, 2017

Variáveis	STDM									
	Sem		Leve/moderado		Moderadamente severo/severo					
	N	%	%	OR*	IC 95%	Valor de p	%	OR**	IC 95%	Valor de p
<b>Autopercepção da Qualidade de Vida</b>										
Sim	481	38.3	48.0	1.00		0.000	13.6	1.00		0.000
Não	360	18.5	55.7	2.40	1.53-3.76		25.8	3.92	2.26-6.78	
<b>Mora Sozinha</b>										0.160
Não	653	31.10	51.4	1.00		0.487	17.5	1.00		0.061
Sim	194	25.06	49.9	1.20	0.71-2.04		25.0	1.78	0.97-3.25	
<b>Relacionadas a saúde</b>										
<b>Acesso a Serviços de Saúde</b>										
Sim	260	32.36	48.7	1.00		0.246	19.0	1.00		0.277
Não	362	26.11	52.7	1.34	0.82-2.21		21.2	1.38	0.77-2.49	

Fonte: Elaboração dos autores.

<sup>3</sup> Odds ratio ponderado comparando STDM leve/moderado com o grupo sem STDM para cada característica

<sup>4</sup> Odds ratio ponderado comparando STDM moderadamente severo/severo com o grupo sem STDM para cada característica

<sup>5</sup> Ter respondido sempre, muitas vezes ou algumas vezes em pelo menos quatro das sete perguntas sobre VF

As análises bivariadas mostraram associação estatisticamente significativas ( $p < 0.05$ ) das seguintes variáveis com STDm: trabalho sexual ( $p=0.010$ ), histórico de violência sexual ( $p=0.0001$ ), violência psicológica ( $p=0.001$ ), violência física ( $p=0.0001$ ), histórico de prisão na vida ( $p=0.030$ ), apoio social ( $p=0.0001$ ), apoio familiar na infância ( $p=0.000$ ), apoio familiar na transição de gênero ( $p=0.002$ ) e com autopercepção da qualidade de vida ( $p=0.0001$ ). (Tabela 2). A VF esteve associada às seguintes variáveis: acesso aos serviços de saúde ( $p=0.0069$ ), apoio familiar na infância ( $p=0.0012$ ), apoio social no momento da entrevista ( $p=0.0065$ ), experiência de discriminação na vida ( $p=0.0024$ ), histórico de prisão na vida ( $p=0.00000$ ), violência psicológica na vida ( $p=0.0000$ ), violência sexual na vida ( $p=0.0046$ ), trabalho sexual na vida ( $p= 0.0000$ ), religião ( $p=0.0100$ ), escolaridade ( $p= 0.0003$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Associação entre características selecionadas e ter sofrido violência física<sup>1</sup> entre mulheres trans no Nordeste do Brasil, 2017

Características	N	Violência Física <sup>1</sup>		X <sup>2</sup>	p-valor	
		Não (%)	Sim (%)			
<b><i>Sociodemográficas:</i></b>						
<b>Idade (anos)</b>				0.62	0.520	
>30	264	33.2	30.1			
<=30	585	66.8	69.9			
<b>Escolaridade</b>				19.09	0.000	
Ensino médio incompleto ou mais	461	56.3	43.7			
Até fundamental completo	376	37.7	62.3			
<b>Renda Mensal (Reais)</b>				21.2	3.10	0.136
>R\$ 1000,00	228	28.5	22.0			
<= R\$ 1000,00	621	71.5	78.0			
<b>Raça/cor</b>				0.02	0,900	
Não Negras	171	21.1	20.6			
Negras	667	78.9	79.4			
<b>Religião</b>				9.75	0.010	
Sim	587	66.6	78.7			
Não	262	33.4	21.3			
<b>Trabalho Sexual na vida</b>				46.05	0.000	
Não	199	36.4	10.3			
Sim	650	63.6	89.8			
<b><i>Episódio de Violência:</i></b>						
<b>Violência Sexual na vida</b>				11.75	0.005	
Não	102	15.8	6.00			
Sim	747	84.2	94.0			
<b>Violência Psicológica na vida</b>				64.48	0.000	
Não	223	34.3	4.1			
Sim	620	65.7	95.9			
<b>Histórico de prisão na vida</b>				40.45	0.000	
Não	609	78.5	55.09			
Sim	240	21.5	44.91			
<b>Experiência de discriminação na vida</b>				13.82	0.002	
Não	91	14.7	4.4			
Sim	758	85.3	95.6			
<b><i>Suporte social e familiar:</i></b>						
<b>Apoio Social atual</b>				11.67	0.007	
Sim	556	73.2	60.0			
Não	257	26.8	40.0			
<b>Orgulho de Ser Trans Atual</b>				0.79	0.520	
Sim	44	74.1	25.9			

**Tabela 3.** Associação entre características selecionadas e ter sofrido violência física<sup>1</sup> entre mulheres trans no Nordeste do Brasil, 2017

Características	N	Violência Física <sup>1</sup>		X <sup>2</sup>	p-valor
		Não (%)	Sim (%)		
Não	803	78.9	21.5		
<b>Apoio Familiar na Infância</b>				15.83	0.001
Sim	454	58.0	41.3		
Não	382	42.0	58.7		
<b>Apoio Familiar na Transição</b>				2.60	0.202
Sim	672	80.7	75.3		
Não	165	19.3	24.7		
<b>Autopercepção da Qualidade de Vida</b>				2.45	0.201
Sim	478	59.6	53.1		
Não	365	40.4	46.9		
<b>Mora Sozinha</b>				1.81	0.160
Não	657	82.0	77.6		
Sim	192	18.0	22.4		
<b>Relacionadas a saúde:</b>					
<b>Acesso a Serviços de Saúde</b>				11.40	0.007
Sim	384	64.2	48.3		
Não	257	35.8	51.7		

Fonte: Elaboração dos autores.

<sup>1</sup> Ter respondido *sempre*, *muitas vezes* ou *algumas vezes* em pelo menos quatro das sete perguntas sobre VF.

Na análise multivariada, o modelo sem ajuste demonstrou que as MT que sofreram VF tiveram 2.43 (IC95% 1.45-4.07) e 4.73 (IC95% 2.62-8.53) vezes mais chances de apresentar STDM leve/moderado e STDM moderadamente severo/severo, respectivamente. No modelo final, permaneceram as seguintes variáveis: violência sexual na vida, apoio familiar na infância, autopercepção da qualidade de vida no momento da entrevista. Nesse modelo, as MT que sofreram VF tiveram o dobro de chances de apresentar STDM leve/moderado 2.10 (IC95% 1.21-3.65) e quase quatro vezes mais chances de apresentar STDM moderadamente severo/severo 3.80 (IC95% 1.99-7.25) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Odds ratio ajustado da associação entre VF e STDM entre MT no Nordeste do Brasil, 2017

Variáveis	STDM	
	Leve/moderado <sup>1</sup>	Moderadamente severo/severo <sup>2</sup>
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Violência física (Sim) <sup>3</sup>	2.10 (1.20-3.67)	3.62 (1.88-6.96)
Violência sexual na vida (Sim) <sup>4</sup>	2.06 (1.15-3.68)	3.02 (1.17-7.77)
Apoio familiar na infância (Não)	1.54 (0.93-2.54)	2.17 (1.16-4.05)
Autopercepção da qualidade de vida (Ruim)	2.14 (1.31-3.49)	3.32 (1.80-6.12)
Apoio social atual (Não)	1.26 (0.72-2.20)	2.53 (1.31-4.88)

Fonte: Elaboração dos autores.

<sup>1</sup> Odds ratio ponderado comparando STDM leve/moderado com o grupo sem TDM

<sup>2</sup> Odds ratio ponderado comparando STDM moderadamente severo/severo com o grupo sem TDM

<sup>3</sup> Ter respondido sempre, muitas vezes ou algumas vezes em pelo menos quatro das sete perguntas sobre VF.

<sup>4</sup> Ter respondido sempre, muitas vezes, algumas vezes ou uma vez em pelo menos três das cinco perguntas sobre VF

## Discussão

As MT têm taxas de prevalência de TDM bem maiores do que a população geral. As causas sociais das desigualdades em saúde, ou os determinantes sociais em saúde, podem explicar essa alta prevalência <sup>16,17,18,19,20</sup>, em destaque as experiências de violência. Dentre as formas de violência, a VF é de grande importância na determinação do TDM <sup>10,12,21,22,23</sup>.

Nuttbrock et al <sup>12</sup> num estudo conduzido na área metropolitana de Nova Iorque, encontraram associação significativa entre VF e TDM. As MT com episódios de violência nos 6 meses anteriores tinham 6 vezes mais chances de apresentar TDM sintomático (enquanto as MT com passado de VF tinham quase 3 vezes mais chances). Por sua vez, as MT submetidas a VF de forma persistente, tinham 10 vezes mais chances de apresentar sintomas de TDM no momento da entrevista. As autoras sugerem que um dos motivos para a VF pelas participantes, seja a tentativa de afirmar as suas identidades de gênero.

Num estudo realizado no Camboja <sup>31</sup>, os autores encontram uma taxa de prevalência de TDM de 45% e, depois de ajustar pelos confundidores, encontraram uma chance 54% maior de

TDM em quem tinha sofrido VF (OR = 1.54, 95% CI = 1.15–2.08). Outros estudos em países diversos também encontraram associação entre VF e TDM em MT, porém a literatura não é muito abundante ao analisar a associação de VF com TDM em MT isoladamente<sup>18,20,21,22,23,32,33,34,35,36</sup>. Contudo, estudos sobre ideação e tentativa de suicídio são mais frequentes na literatura, e alguns encontraram TDM e VF como fatores de risco para o comportamento suicida em pessoa trans, como um estudo australiano que encontrou uma chance pouco maior que três vezes de TDM (OR 3.43-IC95% 2.16, 5.46) e duas vezes maior de ter sofrido VS (OR 2.00- IC95% 1.37, 2.93) em pessoas trans com comportamento suicida<sup>37</sup>.

Infelizmente, sofrer VF motivada por transfobia ainda é bastante frequente entre MT e é um fator de risco independente para TDM. A violência é um fenômeno complexo, portanto não é objetivo deste trabalho detalhar todo o processo envolvido na VF perpetrada contra MT. No entanto, apesar de MT claramente sofrerem VF diretamente motivada por discriminação relacionada a identidade de gênero, é importante salientar que MT estão submetidas a contextos de vulnerabilidade social, que por si só também aumentam o risco para a violência física<sup>38,39</sup>. Lombardi et al<sup>40</sup> destacaram que ser mais velha, estar empregada em tempo integral e ter uma boa renda, diminuem o risco para VF. As autoras ainda discutem a maior probabilidade de MT serem demitidas quando expõem a sua identidade de gênero. Para além de legislação que puna os crimes de ódio, políticas de proteção e fomento do emprego são necessárias para a população de pessoas trans. O trabalho sexual também está relacionado com um maior risco de VF em MT, provavelmente influenciado pelo menor suporte social que obtêm, devido ao tipo de trabalho<sup>41</sup>. Além de renda, situação laboral e idade, outros fatores como raça/cor, nível educacional formal, religião e menor suporte social e familiar podem aumentar o risco de MT sofrerem violência física<sup>42,43,44,45</sup>.

VF em MT acontece com grande frequência em contextos específicos, como os encontros amorosos e sexuais que as expõem à violência<sup>46</sup>. A violência policial, também, é relatada amiúde em estudos sobre violência contra populações LGBTQIA+. As MT estão especialmente vulneráveis a esse tipo de violência institucional por, além de estarem sujeitas à transfobia do próprio agressor, MT têm menos acesso aos dispositivos de garantias legais<sup>47,48,49,50</sup>. Outra situação bastante comum é a violência doméstica, geralmente cometida por parceiros e que acontece em maior escala do que com mulheres cisgênero<sup>50,51</sup>.

Apoio social entra como um fator protetor para TDM. Estudos apontam que as pessoas que têm apoio social apresentam menor prevalência de TDM se comparadas com membros da mesma população em que esse apoio é deficiente. Essa situação também se verifica em estudos específicos

com populações de MT. É importante salientar que apoio social também é um importante fator na prevenção da VF na população LGBTQIA+ <sup>52,53,54,55,56</sup>.

O presente estudo tem limitações, por ser de corte transversal e não avaliar a temporalidade, portanto só podemos analisar associações. Foi um estudo realizado nas 3 maiores cidades de nordeste do Brasil, portanto pode não refletir a realidade de cidades menores, ou mesmo de outras capitais. Ademais, os dados foram colhidos em 2017 e mudanças já podem ter ocorrido, principalmente no período a partir da pandemia da COVID-19.

## **Conclusão**

A literatura científica que relaciona VF aos STDM ou TDM entre mulheres trans e travestis ainda é escassa, principalmente no Brasil. Portanto, esse estudo trouxe importante contribuição para a temática. Mais estudos são necessários sobre o assunto, principalmente analisando as situações em que diversos fatores, em distintos contextos, podem concorrer para influenciar e perpetrar a VF contra MT. Assim, pode-se contribuir para mitigar os efeitos da VF na ocorrência de TDM em MT.

## Referências

1. Blondeel K, de Vasconcelos S, García-Moreno C, Stephenson R, Temmerman M, Toskin I. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2018;96(1):29-41. doi: 10.2471/BLT.17.197251. PMID: 29403098; PMCID: PMC5791869.
2. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. Bras. Psiquiatr.* 2018;67(2):101-109. doi: 10.1590/0047-2085000000192.
3. Parente JS, Moreira FTLS, Albuquerque GA. Violência física contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do nordeste brasileiro. *Rev. Salud Pública.* 2018;20(4):445-452. doi: 10.15446/rsap.v20n4.62942.
4. Brasil. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, Secretaria Especial de Direitos Humanos da Saúde. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2013. Brasília, DF; 2016. Disponível em: <https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/RelatorioViolenciaHomofobicaBR2013.pdf>.
5. Pinto IV, Andrade SS de A, Rodrigues LL, Santos MAS, Marinho MMA, Benício LA, et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2020;23(Suppl 1):1-13. doi: 10.1590/1980-549720200006.supl.1. ISSN 1980-5497.
6. Transgender Europe - TGEU. TMM Update Trans Day of Remembrance 2018. Berlin, Germany: Transgender Europe (TGEU); 2018. Disponível em: <https://transrespect.org/en/tmm-update-trans-day-of-remembrance-2018/>
7. Mendes WG, da Silva CMFP. Homicídios da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT) no Brasil: uma análise espacial. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2020;25(5):1709-1722. doi: 10.1590/1413-81232020255.33672019. ISSN 1678-4561.
8. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. 1th ed. Geneva: WHO Document Production Services; 2017. 24p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>.
9. Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz J Psychiatry.* 2020;42(6):657-672. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0650. PMID: 32756809; PMCID: PMC7678895.
10. Mozzambani ACF, Ribeiro RL, Fuso SF, Fiks JP, de Mello MF. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2011;33(1):43-47. doi: 10.1590/S0101-81082011005000007. ISSN 0101-8108.
11. Cunha RV, Bastos GAN, Duca GFD. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2012;15(2):346-354. doi: 10.1590/S1415-790X2012000200012.
12. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, Becker J. Gender abuse and major depression among transgender women: a prospective study of vulnerability



- and resilience. *Am J Public Health*. 2014;104(11):2191-2198. doi: 10.2105/AJPH.2013.301545. PMID: 24328655; PMCID: PMC4202964.
13. Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 1. Disease burden and principles of care. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(9): 510-523. doi: 10.1177/0706743716659416. PMID: 27486151; PMCID: PMC4994789.
  14. Magno L, Dourado I, Silva LAV, Brignol S, Amorim L, MacCarthy S. Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: A mixed methods study. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194306. doi: 10.1371/journal.pone.0194306. PMID: 29641528; PMCID: PMC5894986.
  15. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *J. Bras. Psiquiatr*. 2018;67(2):101-109. doi: 10.1590/0047-2085000000192.
  16. à Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists. *Am J Psychiatry*. 2003;160(7):1332-1336. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1332. PMID: 12832250.
  17. Heylen G, Elaut E, Kreukels BP, Paap MC, Cerwenka S, Richter-Appelt H, et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *Br J Psychiatry*. 2014;204(2):151-156. doi: 10.1192/bjp.bp.112.121954. PMID: 23869030.
  18. Hoffman B. An overview of depression among transgender women. *Depress Res Treat*. 2014;2014:394283. doi: 10.1155/2014/394283. PMID: 24744918; PMCID: PMC3972927.
  19. Dosani R, Jayesh P, Krishnamurthy D. Level of depression among transgender - a literature review. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;5(2):26-31. doi: 10.5958/2395-180X.2019.00024.0.
  20. Zucchi EM, Barros CRDS, Redoschi BRL, Deus LFAD, Veras MASM. Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(3): e00064618. doi: 10.1590/0102-311x00064618.
  21. Brito JCS, Eulálio MC, da Silva Júnior EG. A Presença de Transtorno Mental Comum em Mulheres em Situação de Violência Doméstica. *Contextos Clínicos*. 2020;13(1):198-220. doi: 10.4013/ctc.2020.131.10. ISSN 1983-3482.
  22. Azuelo NCS, de Souza Filho ZA, das Neves ALM, Ferreira BO, Oliveira DL, Tavares NKC. Prevalence of depression in people who experienced intimate partner violence: systematic review with meta-analysis. *Research, Society and Development*. 2020;9(8): e84985094. doi: 10.33448/rsd-v9i8.5094.
  23. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Braz. J. Psychiatry*. 2009;31(suppl 2):S49-S57. doi: 10.1590/S1516-44462009000600003. ISSN 1809-452X.
  24. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, Mohr DC, Schatzberg AF. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16065. doi: 10.1038/nrdp.2016.65. PMID: 27629598.

25. Bastos FI, Bastos LS, Coutinho C, Toledo L, Mota JC, Velasco-de-Castro CA, et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(Suppl 1):16-24. doi: 10.1097/MD.00000000000009447. PMID: 29794601; PMCID: PMC5991532.
26. Heckathorn DD. Respondent-Driven Sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Soc probl*. 1997;44(2):174-199. doi: 10.2307/3096941.
27. Johnston LG, Sabin K. Sampling Hard-to-Reach Populations with Respondent Driven Sampling. *Methodological Innovations Online*. 2010;5(2):38-48. doi: 10.4256/mio.2010.0017.
28. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, de Almeida LSP, da Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(8):1533-1543. doi: 10.1590/0102-311X00144612.
29. Szwarcwald CL, Junior PRBS, Damacena GN, Junior AB, Kendall C. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr*. 2011;57(Suppl 3):129-135. doi: 10.1097/QAI.0b013e31821e9a36. PMID: 21857308.
30. Volz E, Heckathorn D. Probability based estimation theory for respondent driven sampling. *J of Official Statistics*. 2008;24(1):79-97. Disponível em: <https://www.scb.se/contentassets/ff271eeeca694f47ae99b942de61df83/probability-based-estimation-theory-for-respondent-driven-sampling.pdf>
31. Yi S, Tuot S, Chhim S, Chhoun P, Mun P, Mburu G. Exposure to gender-based violence and depressive symptoms among transgender women in Cambodia: findings from the National Integrated Biological and Behavioral Survey 2016. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12 :24. doi: 10.1186/s13033-018-0206-2. PMID: 29853990; PMCID: PMC5975411.
32. White Hughto JM, Pachankis JE, Willie TC, Reisner SL. Victimization and depressive symptomology in transgender adults: The mediating role of avoidant coping. *J Couns Psychol*. 2017;64(1):41-51. doi: 10.1037/cou0000184. PMID: 28068130; PMCID: PMC5226079.
33. Kussin-Shoptaw AL, Fletcher JB, Reback CJ. Physical and/or sexual abuse is associated with increased psychological and emotional distress among transgender women. *LGBT Health*. 2017;4(4):268-274. doi: 10.1089/lgbt.2016.0186. PMID: 28498023; PMCID: PMC5564039.
34. Silva GWS, Meira KC, Azevedo DM, Sena RCF, Lins SLF, Dantas ESO, et al. Fatores associados à ideia suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2021;26(suppl 3):4955-4966. doi: 10.1590/1413-812320212611.3.32342019. ISSN 1678-4561.
35. Maguen S, Shipherd JC. Suicide risk among transgender individuals. *Psychology & Sexuality*. 2010;1(1):34-43. doi: 10.1080/19419891003634430.
36. Ferreira ACG, Coelho LE, Jalil EM, Luz PM, Friedman RK, Guimarães MRC, et al. Transcendendo: a cohort study of HIV-infected and uninfected transgender women in Rio de Janeiro, Brazil. *Transgend Health*. 2019;4(1):107-117. doi: 10.1089/trgh.2018.0063. PMID: 30972370; PMCID: PMC6455979.

37. Zwickl S, Wong AFQ, Dowers E, Leemaqz SY, Bretherton I, Cook T, et al. Factors associated with suicide attempts among Australian transgender adults. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):81. doi: 10.1186/s12888-021-03084-7. PMID: 33557793; PMCID: PMC7869522.
38. Testa RJ, Sciacca LM, Wang F, Hendricks ML, Goldblum P, Bradford J, Bongar B. Effects of violence on transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43(5):452–459. doi: 10.1037/a0029604.
39. Silva GWS, Souza EFL, de Sena RCF, Moura IBL, Sobreira MVS, de Miranda FAN. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016;37(2):e56407. doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.56407. ISSN 1983-1447.
40. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination. *Journal of Homosexuality*. 2002;42(1):89-101. doi: 10.1300/J082v42n01\_05.
41. Milner AN, Hearld KR, Abreau N, Budhwani H, Rodriguez-Lauzurique RM, Paulino-Ramirez R. Sex work, social support, and stigma: experiences of transgender women in the Dominican Republic. *Int J Transgend*. 2019;20(4):403-412. doi: 10.1080/15532739.2019.1596862. PMID: 32999625; PMCID: PMC6913634.
42. Araujo JO. Negritudes transviadas: breves considerações sobre marcadores raciais em violências lgbtfóbicas no Brasil. *In: Anais do Seminário Sul-Matogrossense em educação, gênero, raça e etnia*. 2019 nov 19-21; Dourados. Matogrosso do Sul: UEMS/UFDG; 2019. Disponível em: <https://anaisonline.uems.br/index.php/mseducacaogeneroracaetnia/article/view/6804>.
43. Soares JRT, Queiroz Junior AS de, Knupp VM de AO, Peixoto EM, Andrade LM de M, Sampaio F de JN, et al. Community violence experienced by the population of transvestites and transsexual women in Rio de Janeiro: a cross-sectional study. *Research, Society and Development*. 2021;10(4):e30310414155. doi: 10.33448/rsd-v10i4.14155.
44. Gyamerah AO, Baguso G, Santiago-Rodriguez E, Sa'id A, Arayasirikul S, Lin J, et al. Experiences and factors associated with transphobic hate crimes among transgender women in the San Francisco Bay Area: comparisons across race. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1053. doi: 10.1186/s12889-021-11107-x. PMID: 34078334; PMCID: PMC8173924.
45. Batista RL, Verduguez EDR, Inacio M, Cunha FS, Marques MD, Gomes NLRA, et al. Impact of schooling in the HIV/AIDS prevalence among Brazilian transgender women. *Arch Endocrinol Metab*. 2020;64(4):369-373. doi: 10.20945/2359-3997000000260. PMID: 32813764.
46. Dank M, Lachman P, Zweig JM, Yahner J. Dating violence experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *J Youth Adolesc*. 2014;43(5):846-57. doi: 10.1007/s10964-013-9975-8. PMID: 23861097.
47. Lanham M, Ridgeway K, Dayton R, Castillo BM, Brennan C, Davis DA, et al. "We're going to leave you for last, because of how you are": transgender women's experiences of gender-based violence in healthcare, education, and police encounters in Latin America and the Caribbean. *Violence Gend*. 2019;6(1):37-46. doi: 10.1089/vio.2018.0015. PMID: 30937323; PMCID: PMC6442261.

48. Bovo CRM. Travestilidades versus agentes de segurança pública: A produção acadêmica brasileira com base em um levantamento bibliométrico. *Rev. Estud. Conflito Controle Soc.* 2020;13(2):237-295. doi: 10.17648/dilemas.v13n2.20077. ISSN 2178-2792.
49. Pinto TP, Barros CRS, Deus LFA, Maschião LF, Generoso IP. Violência policial contra travestis e mulheres transexuais no estado de São Paulo. In: *Anais do X Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. 2017 out 7-11; Florianópolis. Santa Catarina: Abrasco/UFSC; 2017. Disponível em: [https://epi2017servicos2.websiteseguro.com/programacao/exibe\\_trabalho.php?id\\_trabalho=19821&id\\_atividade=2458&tipo=#topo](https://epi2017servicos2.websiteseguro.com/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=19821&id_atividade=2458&tipo=#topo).
50. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M, et al. Intimate partner violence in transgender populations: systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *Am J Public Health*. 2020;110(9):e1-e14. doi: 10.2105/AJPH.2020.305774. PMID: 32673114; PMCID: PMC7427218.
51. Langenderfer-Magruder L, Whitfield DL, Walls NE, Kattari SK, Ramos D. Experiences of intimate partner violence and subsequent police reporting among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer adults in Colorado: comparing rates of cisgender and transgender victimization. *J Interpers Violence*. 2016;31(5):855-71. doi: 10.1177/0886260514556767. PMID: 25392392.
52. Daray FM, Rubinstein AL, Gutierrez L, Lanás F, Mores N, Calandrelli M, et al. Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern cone of Latin America: a population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay. *J Affect Disord*. 2017;220(1):15-23. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.031. PMID: 28575715.
53. Lerri MR, Romão APMS, Santos MAD, Giami A, Ferriani RA, Lara LAS. Clinical characteristics in a sample of transsexual people. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2017; 39(10): 545-551. doi: 10.1055/s-0037-1604134.
54. Nemoto T, Bödeker B, Iwamoto M. Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1980-1988. doi: 10.2105/AJPH.2010.197285. PMID: 21493940; PMCID: PMC3222349.
55. Ren P, Qin X, Zhang Y, Zhang R. Is social support a cause or consequence of depression? A longitudinal study of adolescents. *Front Psychol*. 2018;9:1634. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01634. PMID: 30233469; PMCID: PMC6132191.
56. Braga IF, Silva JL da, Santos YG de S, Santos MA dos, Silva MAI. Rede e apoio social para adolescentes e jovens homossexuais no enfrentamento à violência. *Psicologia Clínica*. 2017;29(2):297-318. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291053259009>.

## ARTIGO III

**Violência, sofrimento, (re)existências e acesso ao cuidado em saúde: narrativas de travestis e mulheres trans de Salvador/Brasil**

Marcelo Machado de Almeida<sup>1</sup>, Luís Augusto V. da Silva<sup>1,2</sup>, Alexandre Costa Val<sup>3</sup>, Inês Dourado<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

<sup>2</sup> Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

<sup>3</sup> Departamento de Medicina de Família, Saúde Mental e Coletiva, Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil

§ Endereço para correspondência: Marcelo Machado de Almeida

E-mail: marmachadoalmeida@gmail.com

## Resumo

Pessoas trans são expostas a diferentes formas de violência e de segregação que repercutem negativamente na saúde. Diante disso, não é raro que elas apresentem manifestações somáticas e psíquicas que não podem ser reduzidas a um problema médico ou psicológico como o sofrimento social. Trata-se de um fenômeno coletivo e relacional composto não só por processos de subjugação, mas também por estratégias de resistências que são desenvolvidas por essas pessoas em suas práticas cotidianas. Para compreender melhor essa questão, entrevistamos 15 mulheres trans residentes na área metropolitana de Salvador-BA. Suas narrativas foram analisadas a partir da perspectiva de que a realidade não é algo dado a priori, mas um efeito de práticas performativas cotidianas que envolvem diferentes atores/actantes, incluindo humanos e não humanos. As categorias identificadas evidenciaram que o sofrimento social está diretamente relacionado às violências física, psicológica e sexual, à discriminação, à prostituição e às dificuldades de acesso à saúde. Nesse contexto, estratégias de (re)existências são desenvolvidas, tais como buscar serviços privados, fazer “barraco”, andar em pares e se comunicar através do *pajubá* (forma particular de comunicação). Concluímos, assim, que travestis e mulheres trans vivenciam diariamente situações de vulnerabilidade e de violência que causam sofrimento e, ao mesmo tempo, abrem possibilidades de agência que reconfiguram, dinamicamente, a realidade no momento da interação.

**Palavras-chave:** Sofrimento social, vulnerabilidades, estratégias de resistência, travestis, mulheres transexuais

## Abstract

Transgender people are exposed to different forms of violence and segregation that negatively impact their health. In view of this, it is not uncommon for them to present somatic and psychological manifestations that cannot be reduced to a medical or psychological problem such as social suffering. This is a collective and relational phenomenon composed not only of processes of subjugation, but also of resistance strategies that are developed by these people in their daily practices. In order to better understand this issue we interviewed 15 trans women living in the metropolitan area of Salvador-BA. Their narratives were analyzed from the perspective that reality is not something given *a priori*, but a result of daily performative practices that involve different actors/actants, including human and non-human. The categories identified showed that social suffering is directly related to physical, psychological, and sexual violence, discrimination, prostitution, and difficulties in access to health care. In this context, strategies of (re)existence are developed, such as seeking private services, "going apeshit", walking in pairs, and communicating through *pajubá* (a particular form of communication). Therefore, we conclude that TGW experience daily situations of vulnerability and violence that cause suffering and, at the same time, open acting possibilities that dynamically reconfigure reality at the moment of interaction.

**Keywords:** Social suffering, vulnerabilities, resistance strategies, travestis, transgender women

## Introdução

Pessoas trans, por não se enquadrarem nas “normas de gênero”<sup>1</sup> que regem as sociedades ocidentais são expostas a diferentes formas de violência e de segregação que repercutem negativamente no âmbito da saúde física e mental. No Brasil, travestis e mulheres trans são, particularmente, vulneráveis à morte violenta e prematura. Apesar da escassez de notificações oficiais, há indicativos de que a expectativa de vida dessas pessoas seja de 35 anos<sup>2</sup>, menos da metade da média de vida da população geral brasileira. Frequentemente, elas são expulsas de casa durante a pré-adolescência, não conseguem dar continuidade aos estudos e, conseqüentemente, são impedidas de entrar no mercado formal de trabalho<sup>3</sup>.

Não é por acaso que estudos mostram que travestis e mulheres trans apresentam maiores prevalências de manifestações de sofrimento psíquico – sobretudo transtornos afetivos, ansiosos e aqueles decorrentes do abuso de substâncias psicoativas – quando comparadas à população geral. O suicídio também é mais recorrente, independentemente da presença de algum tipo de transtorno psiquiátrico maior<sup>3,4</sup>. O acesso aos serviços formais de saúde, no entanto, é dificultado por obstáculos políticos, socioeconômicos, organizacionais, técnicos e simbólicos. A escassez de financiamentos específicos para ações voltadas para esse público, a ausência de políticas para o combate efetivo à discriminação, a inadequação da formação dos profissionais de saúde e a institucionalização de comportamentos transfóbicos são alguns dos fatores que contribuem para a precarização do cuidado em saúde voltado para esse público<sup>5,6,7</sup>.

As reiteradas violações de direitos básicos associados a toda a sorte de violências física, sexual e psicológica afetam o processo de saúde-adoecimento-cuidado desses corpos, contribuindo para que eles se mantenham em uma zona de abjeção. Nesse contexto, podemos localizar aquilo que alguns autores têm nomeado como “sofrimento social”<sup>8,9</sup>, ou seja, uma variedade de vivências somáticas e psíquicas que não podem ser reduzidas a um problema médico ou psicológico. Afinal, não se trata exclusivamente de um acontecimento individual, mas de uma experiência coletiva cuja dimensão sociopolítica e cultural é fundamental. Werlang e Mendes<sup>10</sup> (p. 766) esclarecem que:

O sofrimento social não é apenas “um sofrimento”, mas um sofrimento que se instala/esconde nas zonas de precariedade, nas zonas sociais de fragilidade e cuja ação implica na perda ou possibilidade de perda dos objetos sociais: saúde, trabalho, desejos, sonhos, vínculos sociais, ou seja, o todo da vida composto pelo concreto e pelo subjetivo que permite viver [...].



Quando se trata de travestis e mulheres trans, a natureza coletiva desse fenômeno parece ser negada, fato que impossibilita a construção de políticas e de ações específicas para esse público e reforça a sua segregação social, repercutindo negativamente no cuidado à saúde. Nesse contexto de vulnerabilidade em que o próprio estatuto de humanidade é questionado <sup>11</sup>, essas pessoas, frequentemente, desenvolvem em suas práticas cotidianas formas de resistência para situações que possam funcionar como gatilhos para o sofrimento social. É o caso, por exemplo, de travestis que preferem andar na companhia de outras quando circulam por certos espaços e se valem de uma forma particular de comunicação, conhecida como “pajubá”, para se protegerem de situações de violência <sup>12</sup>.

Tais estratégias desenvolvem-se em um rearranjo constante, através de relações dinâmicas entre os diversos atores/actantes presentes na cena, sejam eles humanos ou não, e estabelece múltiplas realidades que podem se sobrepor ou interferir umas nas outras <sup>13,14</sup>. Para compreender melhor essa questão, buscamos conhecer as experiências de 15 mulheres trans e travestis, localizando, a partir de suas perspectivas, possíveis manifestações de sofrimento social (incluindo aquelas que envolvem a busca pelo cuidado em saúde), os elementos relacionados ao seu desencadeamento e as estratégias de resistência. Acreditamos que tal delineamento possa fomentar um debate que contribua para a melhoria do cuidado desses corpos e para a redução de suas vulnerabilidades sociais.

### **Percurso teórico-metodológico**

Este estudo compõe um dos braços do projeto multicêntrico DIVAS, que envolveu 12 capitais brasileiras selecionadas pelo Ministério da Saúde a partir de critérios epidemiológicos relacionados à epidemia de HIV/aids. Trata-se de uma investigação qualitativa que aconteceu entre janeiro e maio de 2017, em Salvador/BA. Selecionamos, de acordo com a nossa conveniência, mulheres trans e travestis que estavam participando do DIVAS e as convidamos para participar de entrevistas em profundidade. Estas foram conduzidas pelo pesquisador principal e aconteceram na própria sede do projeto.

Para desencadear as narrativas, foi utilizada a seguinte pergunta: “Como você tem se sentido atualmente?”. Temáticas relacionadas ao sofrimento social, sobretudo no que diz respeito às suas caracterizações, às suas origens e gatilhos, assim como às suas estratégias de enfrentamento foram mobilizadas de diferentes maneiras de acordo com a interação entre entrevistador e entrevistadas.

As possibilidades e experiências concretas de acesso aos serviços de saúde também foram ativamente investigadas.

Foram entrevistadas 15 mulheres trans e travestis (Quadro 1) após receberem informação verbal e escrita sobre a pesquisa e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO A). As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. A produção de novas entrevistas foi interrompida quando toda a equipe chegou ao consenso de que as informações começaram a se tornar, de alguma forma, repetitivas e de que havíamos produzido uma quantidade suficiente de material para nos aproximarmos da complexidade do fenômeno investigado <sup>15</sup>. Em respeito ao anonimato, os nomes das participantes foram substituídos por nomes fictícios nesse artigo.

As entrevistas foram analisadas a partir da perspectiva de que a realidade não é algo dado a priori, mas um efeito de práticas performativas que envolvem diferentes atores/actantes, incluindo humanos e não humanos. Há, nesse sentido, o funcionamento permanente de uma rede de caráter relacional, que produz, na prática, realidades múltiplas e heterogêneas <sup>13</sup>. Ou seja, se, por um lado, a forma como cada um/a atua e subjetiva as suas experiências depende de um processo de reiteração de premissas sociais, por outro, existem elementos contingentes que podem provocar arranjos inesperados e modificar a própria realidade.

Seguindo esse raciocínio, buscamos localizar, nas narrativas, experiências de sofrimento social vivenciadas pelas participantes e as suas respectivas estratégias de resistência através de suas práticas cotidianas. As práticas foram colocadas em primeiro plano de análise para enfatizar que existem múltiplas versões desse sofrimento e efeitos diversos que decorrem de interações heterogêneas <sup>13,16</sup>. O processo de leitura e de análise das entrevistas foi, nesse sentido, norteado pelos seguintes questionamentos: Quais temas relacionados ao sofrimento social apareceram nas histórias de vida que foram narradas? Em que contextos eles apareceram? Quais as explicações quanto às suas possíveis causas e desdobramentos? Quais as estratégias para lidar com essas situações dentro de cada situação específica? Quais outros atores/actantes estiveram envolvidos nessa produção de práticas e significados?

As narrativas foram organizadas de acordo com os seus pontos de conexão e de divergência, levando em conta as suas singularidades e o contexto social em que foram produzidas. Estabelecemos, nesse processo, 4 eixos principais de análise – violência, sofrimento social, acesso aos serviços de saúde e estratégias de (re)existências – que serão apresentados e discutidos a partir do tensionamento com a literatura das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva.

**Quadro 1.** Participantes da pesquisa DIVAS entrevistadas em Salvador, Bahia, 2017.

Nome	Idade	Autoidentificação*
Agnes	23 anos	Travesti
Bianca	22 anos	Trans
Clarice	43 anos	Travesti
Diana	56 anos	Travesti
Eduarda	37 anos	Travesti
Fátima	28 anos	Trans
Gilda	22 anos	Trans
Helena	65 anos	Trans
Ivana	35 anos	Travesti
Joana	34 anos	Trans/travesti
Leila	19 anos	Trans
Marta	28 anos	Trans
Nívea	19 anos	Travesti
Olivia	50 anos	Travesti
Paula	48 anos	Travesti

Fonte: Elaboração dos autores.

\*Este dado foi sistematizado a partir da forma que cada participante se autoidentificou ao longo da entrevista.

## Resultados e discussão

*“Eles acham que toda travesti é um lixo, uma bagunça, um monstro!”*: entre olhares, tiros e xingamentos

As narrativas das entrevistadas evidenciaram uma multiplicidade heterogênea de realidades que são permanentemente constituídas a partir da interação entre diversos atores/actantes humanos e não humanos <sup>17</sup>. Famílias, maridos, amigos, clientes, profissionais de saúde, educadores e policiais se entrelaçam aos cabelos, às roupas, aos silicones, às pistas, às moradias, ao dinheiro, aos documentos e às normativas oficiais para compor redes complexas nas quais não existe nada dado a priori <sup>14</sup>. O seguimento desses emaranhados – que se constituem e são constituídos a cada momento – nos permitiu a aproximação de formas de violência e de subjetivação do sofrimento que nem sempre são exploradas em investigações envolvendo mulheres trans e travestis.

Bianca, 22 anos, por exemplo, antes de se assumir como mulher trans, contou que ficava bastante incomodada ao caminhar na rua:

[...] tinha medo da rejeição da sociedade [...] eu tinha uma fobia [...] botava no meu psicológico que todo mundo tava me olhando. Assim, tinham uns que ficavam de cara feia, não sei... Eu também não olhava pras pessoas. Eu sempre caminhava olhando pra baixo ou, então, ficava com mania de coçar a mão, de ficar olhando pra unha e coçando o nariz pra poder não olhar pra cara da sociedade [...].

Diferentemente de Bianca, que relacionou o incômodo em relação aos olhares a uma questão individual de autoaceitação, Ivana, 35 anos, travesti, ressaltou que o desconforto de transitar pela cidade decorre da violência estrutural de uma sociedade regida por uma normatividade que pressupõe uma continuidade entre sexo, gênero e desejo <sup>1</sup>:

[...] gosto muito de me vestir normal, nada curto, nada vulgar que chame atenção, mas tem sempre aquele que cata e fala assim: ó é um travesti! Principalmente se a gente tiver em uma fila de alguma coisa e abrir a voz. [...] aí eu me sinto ... sei lá, ridícula, como se fosse uma coisa de um outro planeta!

De fato, pessoas que materializam de forma mais evidente a subversão dessa norma – como é o caso de algumas travestis e mulheres trans cujas performances de gênero não correspondem a certo ideal hegemônico de feminilidade – são mais expostas à violência e discriminação <sup>18</sup>. Há de se destacar, no entanto, que, na maioria das narrativas, a violência não surgiu como um acontecimento extraordinário e esporádico, mas como algo que fazia parte da própria vida das entrevistadas <sup>19</sup>.

O olhar perturbador do outro, muitas vezes acompanhado de comentários e xingamentos, se destacou como um dos dados do cotidiano que comprova o lugar social de abjeção habitado por esses corpos. Trata-se de um tipo de violência simbólica que, embora nem sempre seja percebida, contribui não só para perpetuar a ausência de qualquer direito à cidadania, mas também para fixar as fronteiras entre o que pode ou não ser considerado como humano <sup>11</sup>. Expressões como “coisa de outro planeta”, “monstro”, “ET”, “lixo” e “homem vestido de mulher” foram, nesse sentido, recorrentemente acionadas pelas entrevistadas. Tal como destaca Foucault <sup>20</sup>, esses termos remetem a um campo relacionado à transgressão de pressupostos tidos como “naturais”, envolvendo, ao mesmo tempo, uma dimensão jurídico-moral que forja uma norma e mantém esses corpos excluídos do espaço social.

É o caso de Paula, 50 anos, travesti que desde nova tem o sonho de ser compositora e cantora, embora a vida a tenha levado para outros caminhos. Abandonou os estudos muito cedo, foi expulsa de casa e começou a se prostituir para sobreviver. Um dia, se encheu de esperança ao conhecer uma travesti que cantava na noite. A cantora, contudo, a desiludiu ao dizer: “[...] eu sinto muito dizer a você, mas é um sonho impossível! Porque você sabe que travesti não tem vez no Brasil, né?” Desde então, ela começou a questionar os motivos que fazem com que travestis ocupem, sempre, um lugar marginal na sociedade e não tenham o direito de ter uma “profissão digna”. A despeito dos questionamentos das colegas, ela “desgostou das ruas” e passou a trabalhar como “ajudante de cozinha”.

Ainda que a prostituição, para a maioria das travestis, seja uma forma de subsistência e de socialização <sup>21,22</sup>, ela não garante “dignidade”, seja ela simbólica, subjetiva ou material. Em nossa investigação, a maioria das entrevistadas não conseguiram adquirir uma estabilidade financeira a partir do mercado do sexo. Clarice, 43 anos, travesti, por exemplo, mencionou a “paranoia” que a ausência de direitos trabalhistas para esse tipo de ocupação lhe causava, ressaltando que não precisava de “esmolos”, mas sim de leis que a assegurassem ser um “ser humano digno”:

[...] eu queria trabalhar, ter meu salário, ter meus direitos... Porque eu já tô numa idade que eu já tô pensando na minha velhice... Eu já tô com 43 anos! [...] E aí eu tô pensando, né? O que é que vai ser da minha velhice? Eu não contribuo no INSS, não tenho direito a nada, eu não recebo nada. O que vai ser? Imagine eu com cinquenta anos na rua... Vovó do sexo, fazendo programa?

A situação ainda é mais delicada quando se trata de mulheres marcadas pelo estigma do HIV/aids. Olívia, mulher trans, negra, com 50 anos de idade, após ter passado anos na Europa,

perdeu todo o dinheiro que havia juntado por conta de um relacionamento devastador com um parceiro que usava “drogas”. Ele vendeu o que ela tinha e gastou todo o seu dinheiro. Depois do término da relação, Olívia vivenciou a morte da mãe, o assassinato da irmã e do sobrinho e a descoberta de que era HIV-positivo. Desde então, “algo dentro dela se fechou”: ela perdeu a vontade de ir para as ruas e de fazer sexo. Apesar do esforço para conseguir outras fontes de renda, ela não teve sucesso e, no momento da entrevista, sobrevivia com muita dificuldade:

Agora mesmo a única coisa que eu ganho, assim, por mês é oitenta e cinco reais do Bolsa Família e com a faxina que eu faço na casa de uma pessoa que me paga setenta reais toda semana. E, aí, não dá pra mim, pra eu sobreviver... [...] eu tenho que ir em busca de emprego, de trabalho, mas isso não acontece porque a questão é que eu sou mulher trans, né? Sou negra, né? E, hoje em dia, hoje em dia não, sempre aconteceu: travesti-transsexual não tem vez no mercado de trabalho. E nem nunca vai ter!

Olívia evidencia uma precariedade que é desigualmente distribuída de acordo com certos marcadores sociais das diferenças. Raça, etnia, classe social, identidade de gênero e sexualidade são elementos que se entrecruzam nesse processo de vulnerabilidade que, no campo da saúde, frequentemente é reduzido a um “comportamento de risco” cujo suposto destino certo é o HIV/aids. Essa violência institucional limita o cuidado desses corpos a essa infecção, alocando-os, muitas vezes, na zona do masculino. Reitera-se, assim, um julgamento moral que acaba sendo introjetado pelo próprio grupo. Não é por acaso que, diante do risco de uma desonra que mina a própria sobrevivência social, exista um silenciamento entre as travestis a respeito dessa questão. É frequente, nesse contexto, que a “equação travesti-aids-morte” seja acionada por essas mulheres, que acabam abandonando a prostituição como uma estratégia de fugir da morte <sup>23</sup>.

Há de se destacar que, para além da violência simbólica, material e institucional, a vida de travestis e mulheres trans é permeada por uma dimensão da violência ainda mais obscena. Tiros, pauladas, pedradas, facadas, espancamentos e estupros são alguns dos atos aos quais esses corpos são rotineiramente expostos. Estudos <sup>3,18,24</sup> mostram que os espaços públicos, sobretudo as ruas, são os locais onde mais acontecem esse tipo de agressão. Entre as vítimas, a maioria são profissionais do sexo, negras e de baixa renda.

Em nossa investigação, esses relatos apareceram, na maioria das vezes, pontualmente, mas de maneira bastante emblemática. Joana, por exemplo, 34 anos de idade, trans/travesti, negra, tinha uma história de vida marcada por “glórias” e “tristezas”. Aos 20 anos, foi expulsa de casa e começou

a se prostituir. Desde então, situações de violência extrema começaram a fazer parte de seu cotidiano:

Estupro, eu sofri quando eu tinha vinte e três anos... quatro homens, eu e mais duas trans. [...] A gente tava chegando da praia, aí a gente foi passar no galpão. Fomos pra o galpão porque um dos meninos chamou a gente e a gente foi. Quando foi ver tinha mais de cinco. Aí, a gente foi obrigada a fazer as coisas com ele. Com polícia também... uma vez o policial me pegou, me levou e eu também fui obrigada a fazer com ele o que eu não queria fazer. [...] E também teve uma vez que um pegou eu e mais três amigas minhas ... a gente passando na rua aí eles deram tiro. A gente teve que se jogar dentro da maré pra fugir dele...

Vale lembrar que, habitualmente, esse tipo de acontecimento não ganha qualquer visibilidade. O receio das vítimas de fazer uma denúncia e serem tomadas como suspeitas – e não como vítimas – contribui para que não ocorram investigações e para que os dados de violência sejam subnotificados. Nos poucos casos em que a Justiça ou as forças policiais se mobilizam, as suas atuações são marcadas pela ausência de rigor nas apurações, na identificação e na punição dos verdadeiros criminosos<sup>3</sup>. Essa situação corrobora com a institucionalização de um círculo permanente de violência, eximindo o Estado de qualquer responsabilidade<sup>25,26</sup>.

Nesse contexto, ainda que os espaços públicos sejam os locais onde esses episódios ocorram com mais frequência, a sua difusão para outros ambientes é comum. Tal como já demonstrado na literatura sobre o tema<sup>3,24</sup>, várias entrevistadas relataram ter sofrido violência em casa e na escola, espaços que, pelo menos em princípio, deveriam ser acolhedores e seguros.

Diante de tantas violações de direitos, em um processo em que a violência, em seus diferentes matizes, se torna uma regra, nos perguntamos: como as travestis e mulheres trans subjetivam o sofrimento que envolve esse tipo de experiência?

*“É coisinha rápida, como se fosse um vento que passa!”: diferentes dimensões do sofrimento*

Em nossa pesquisa, buscamos conhecer como as participantes estavam se sentindo no momento do nosso encontro, assim como os afetos e emoções desencadeados ao longo de suas experiências de vida. “Chateação”, “tristeza”, “ansiedade”, “paranoia”, “timidez”, “vergonha” e “fobia” foram alguns dos significantes utilizados para falar de momentos em que alguma dimensão do sofrimento emergiu em suas vidas. Tais termos nos revelaram uma forma particular de

subjetivação que, como veremos, não pode ser reduzida aos pressupostos da psicopatologia contemporânea.

Para todas as entrevistadas, o sofrimento esteve diretamente associado às situações violentas em que o outro social estava, de alguma forma, envolvido. O preconceito, a discriminação, a violação de direitos e a alocação no lugar de abjeção foram os principais desencadeadores de emoções negativas. Nívea, por exemplo, estava com 19 anos no momento da entrevista e fazia pouco tempo que havia se mudado para capital. Desde nova, se sentia uma mulher, mas apenas aos 18 anos se assumiu como trans. No interior, era foco de olhares julgadores, de comentários ofensivos e de outras posturas segregatórias:

Quando eu ia para as festas... porque, lá, o povo achava que era mulher cis, que eu não era mulher trans... algumas pessoas que vinham de fora... e ia dançar com alguém, com algum homem heterossexual cis e, aí, o povo ia lá e falava. E eu me sentia super mal. Depois, o povo ficava falando “ó, aí não é mulher, é travesti, é um homem!” Tentava me humilhar, na verdade. Me sentia super mal... aí, já fui pra casa chorando depois de festa, mas é normal. [...] Eu só chorava. A única maneira que eu desabafava era chorando. Me sentia mal ... me sentia como algo muito ruim, muito ruim mesmo! Não me sentia bem. Eu já tentei me suicidar também.

A experiência de Nívea não é algo inédito entre travestis e mulheres trans. Conforme comentamos na introdução, diversos estudos mostram que a prevalência de transtornos psiquiátricos – tais como transtornos afetivos, de ansiedade e relacionados ao uso de substâncias psicoativas – entre essas pessoas é maior que na população geral. O suicídio, em todas as suas vertentes, também é mais frequente<sup>3,4</sup>. Não se trata, no entanto, de um achado inerente à própria experiência de ser trans ou travesti, como alguns pesquisadores e instituições tendem a sugerir.

Sabemos que os manuais psiquiátricos contemporâneos, apesar de terem mudado as suas nomenclaturas nos últimos tempos<sup>27</sup>, continuam compreendendo essas experiências como quadros patológicos. Suas descrições, supostamente objetivas e ateóricas, assumem uma perspectiva claramente fisicalista e tomam diferentes formas de se vivenciar identidades de gênero fora do marco cisheteronormativo como um conjunto homogêneo e dotado de uma essência<sup>28</sup>. Nessa lógica, a menção recorrente a sintomas depressivos e ao suicídio associados a esse quadro – ora nomeado como disforia de gênero, ora nomeado como incongruência de gênero – pode forjar a ideia de que essas manifestações fazem parte da própria patologia. Dito de outro modo, é como se esses



sintomas fossem uma questão exclusivamente individual, dissociada de qualquer elemento histórico, político e social.

Foi, nesse sentido, que, na tentativa de subverter essa lógica, privilegamos em nossa análise a noção de “sofrimento social”. Kleinman<sup>29</sup> propõe que a experiência de sofrimento é uma resposta à relação entre a subjetividade, as representações culturais e as experiências sociais. Escrito de outro modo, não existe uma experiência de sofrimento desconectada da realidade sociocultural, pois, para além da conexão com certos códigos culturais, os sujeitos sofrem sempre em diálogo com outros corpos e objetos<sup>9</sup>. Vale destacar que, embora o sofrimento social se relacione diretamente com eventos cotidianos, ele não representa, necessariamente, uma situação provocada por questões concretas, mas de uma estrutura social de opressão que pode interferir tanto no corpo individual quanto nas representações coletivas dos problemas sociais<sup>29,30</sup>.

É o caso de Diana, uma travesti de 56 anos de idade, que, há cerca de um ano, se sentia desiludida, triste e desesperançosa. O término de um relacionamento de mais de 20 anos com um companheiro que a ajudava financeiramente foi o desencadeador de seu sofrimento. Nessa época, ela estava morando em um bairro distante da zona central, fato que lhe dificultava o acesso às “pistas”, que, embora não fossem muito boas, possibilitava “pegar algum dinheirinho”. As dívidas aumentaram, a água e a luz foram cortadas e Diana começou a passar fome: “(...) eu fiquei com depressão. Fiquei mal, tentei suicídio... me jogar do prédio em baixo... (...)”.

Ainda que o sofrimento de Diana decorrente da ruptura com o companheiro fosse interpretado por ela como um assunto de foro privado, é notável que ele se inscreve em uma estrutura coletiva de poder que a aloca, permanentemente, no campo da abjeção. Antes de ser abandonada pelo parceiro, ela já estava abandonada pelo sistema, sem ter qualquer garantia de acesso a direitos muito fundamentais. Essa dimensão social de seu sofrimento, embora fosse reconhecido por ela, foi, em alguns momentos da entrevista, invisibilizada por questões individuais:

Mas eu fui errada! Eu me acomodei! Isso eu assumo meu erro, mas 20 anos uma pessoa com você, dizendo que gosta de você como um irmão... eu tirei ele da droga, eu tirei ele da cachaça pra trabalhar... e ele me descartar por causa de uma pessoa daqui do centro? [...] eu fiquei ruim, né?

De fato, é frequente que as pessoas não compartilhem esse tipo de sofrimento com os seus pares por se sentirem desvalorizadas e humilhadas. Esse processo, que envolve uma censura tanto do sistema quanto do próprio indivíduo, dificulta o encontro de suportes para que o sofrimento

possa ser manifestado na coletividade. Esse apagamento contribui para que experiências como essa não ganhem representatividade político-institucional, mantendo a estrutura social inalterada <sup>31</sup>.

A despeito dos relatos, como o de Diana, cujo sofrimento assumiu tonalidades mais dramáticas, nos chamou a atenção o fato de que, para a maioria das entrevistadas, o sofrimento apareceu como um desconforto pontual e passageiro. Agnes, travesti de 27 anos, tem uma história de vida marcada por violências e preconceitos. Apesar de sempre ser “extrovertida” e “alegríssima”, em alguns momentos, ficava “chateada” com os olhares, com as piadas e com os comentários agressivos das pessoas. Entre as diversas estratégias que ela desenvolveu para lidar com esse tipo de situação, a indiferença se destacou:

Eu não... eu nem ligo! Eles falam mesmo e eu nem ligo! Eles passam e percebem. Não tô nem aí mais! É, apesar que a gente nunca tá nem aí, né? A gente não liga pro que o povo fala porque se a gente ligasse pra o povo não tava sendo travesti, não era?

A narrativa de Agnes nos pareceu emblemática em relação a uma forma de subjetivação do sofrimento social em que danos, agravos, humilhações, vergonha, falta de reconhecimento ou outras situações de vulnerabilidade são interpretadas como um preço que se paga por ser o que se é. Tais situações, nesse caso, podem assumir uma função pedagógica ou, ainda, representar uma espécie de rito de passagem que permite que a pessoa vivencie um sentimento de pertença a certo grupo <sup>19,31</sup>. Essa estratégia tem efeitos importantes nas narrativas de sofrimento dessas pessoas que não podem ser desconsiderados nas práticas de cuidado:

Não fico assim... tão... como se fosse ter uma depressão, entendeu? É coisinha rápida... assim, como se fosse um vento... fuhhh... e passasse! Não é aquela depressão, que fica o dia todo... é só coisinha rápida mesmo! Aí, pronto! E esquece!

Não podemos nos esquecer, no entanto, que estamos diante de uma situação cotidiana que vulnerabiliza a saúde de travestis e mulheres trans, incorrendo no risco de minimizar a dimensão coletiva do sofrimento ou, até mesmo, de naturalizar as diversas formas de violência que afetam os seus corpos. Os efeitos diretos na saúde dessas pessoas merecem uma análise cuidadosa, considerando que o direito à saúde é uma importante dimensão, dentro das múltiplas facetas do

sofrimento social. Foi, nesse sentido, que buscamos localizar como se deu (ou não) a busca e o acesso aos serviços de saúde por nossas entrevistadas.

*“Eu nunca passei mal!”*: busca e acesso aos serviços de saúde

A maioria das participantes disse que nunca buscou os serviços públicos de saúde ou, quando o fez, foi apenas em caso de necessidade extrema. As justificativas mais recorrentes para não procurar assistência incluíram o fato de “nunca passar mal” ou de “nunca precisar”. Quando precisavam, muitas preferiram acessar a rede privada por acreditar que receberiam um cuidado mais rápido, resolutivo e respeitoso. Vale ressaltar que esse achado não se refere às demandas específicas de travestis e de mulheres trans, mas às demandas gerais de saúde que deveriam ser acolhidas na Atenção Primária.

Estudos mostram que, apesar da portaria do Processo Transexualizador<sup>32</sup> prever uma participação ativa da Atenção Primária no cuidado desses corpos, na prática, isso não acontece. Muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS) não fazem um acolhimento adequado de travestis e pessoas trans, situação que prejudica o vínculo com o serviço, a qualidade da assistência, assim como a integralidade e a longitudinalidade do cuidado. Os preconceitos e a falta de preparo dos profissionais são alguns fatores que colaboram para que as intervenções sejam fortemente focadas nas doenças e não na pessoa. Isso impede a realização de um trabalho de promoção de saúde que fomenta a autonomia e o exercício pleno da cidadania<sup>6,7</sup>.

Em nossa investigação, apesar de poucas entrevistadas terem descrito experiências concretas envolvendo serviços e profissionais de saúde, suas narrativas foram emblemáticas e estiveram em consonância com dados da literatura<sup>6,7,12</sup>. O desrespeito ao nome social e a redução de suas queixas às doenças sexualmente transmissíveis, especialmente infecções por HIV, foram alguns dos motivos para que elas evitassem esses espaços:

E acho eles muito... eles tratam a gente com muita indiferença, entendeu? Como se “ah, deixa lá” ou “faça isso, faça aquilo”. E toda vez que você procura o centro de saúde e o povo vê que você é travesti, você pode tá vestindo o que for, mas eles têm que passar um teste de HIV. Parece que você já tem na testa que você é doente de HIV, entendeu? [...] já não gosto mesmo! Aí, eu pego e já não vou mesmo!

Eduarda, 37 anos, travesti, em sua fala, evidencia que a lógica médico-centrada, focada em ações prescritivas e preconcebidas, gera a sensação de indiferença e afasta as pessoas dos serviços

assistenciais. Nesse processo, esses locais que deveriam ser dedicados ao cuidado e à proteção se tornam meros reprodutores de desigualdades, violências e preconceitos. Uma das consequências diretas desse fenômeno é a diminuição da auto percepção dos processos de saúde-doença por essa população <sup>7</sup>, algo que potencializa a vulnerabilidade de seus corpos.

Diante da dificuldade de acesso e de acolhimento satisfatórios, algumas entrevistadas se valeram de certos recursos para driblar essa questão:

Ela [a médica] viu que eu tava com uma asma, uma asma muito grave! Eu cheguei parecendo uma velha corcunda [...] e ela, simplesmente, não abriu o portão! Me olhou de cima a baixo, me destratou e entrou na sala. E aí, eu comecei a fazer aquele velho escândalo que os brasileiros têm que fazer em todo lugar quando se sente mal ou quando se sente ofendido. [...] Eu balancei grade de hospital, eu balancei cadeira, eu quebrei coisa, eu derrubei maca e aí ela foi ... mandou o segurança abrir!

Nesse episódio relatado por Clarice, 43 anos, travesti, o “barraco” ou “bafão” aparece mais uma vez como estratégia para reivindicar um direito muito básico: o atendimento médico em uma situação de urgência. Cenas como essas podem funcionar, para muitos profissionais de saúde, como um dado que confirma o pressuposto de que travestis e pessoas trans são “vulgares” e “sem-educação” <sup>5,12</sup>. Esse tipo de argumento, no entanto, ao ofuscar os jogos de poder que determinam os corpos que importam ou não para o sistema, contribui para manutenção dessas pessoas no campo de abjeção.

Ivana, 35 anos, travesti, seguindo uma via diferente, construiu uma outra estratégia para acessar a UBS perto de sua casa:

Lá eu procuro também o posto, o posto de saúde, né? Que eu tenho algumas amigas lá. E procuro também uns dois amigos meus, gays que são enfermeiros. Aí, se eu tiver passando por algum problema de saúde, eu primeiro ligo, ligo pra eles, procuro saber se eles estão trabalhando no dia e vou e me consulto normal!

Embora Ivana encontre um espaço de cuidado em saúde a partir do vínculo e da confiança, é importante problematizarmos o fato de travestis e mulheres trans se sentirem melhor acolhidas em serviços que têm profissionais LGBT <sup>7,12</sup>. Afinal, estamos falando de um sistema que deveria

ser universal, integral e igualitário, independentemente de qualquer marcador social da diferença, que, inevitavelmente, envolve usuárias, usuários, trabalhadoras e trabalhadores.

Ressaltamos, nesse sentido, que a diferença não é exatamente aquilo que está do lado de fora de cada um de nós, uma vez que ela faz parte de nossa própria constituição enquanto seres sociais<sup>33</sup>. Talvez, esse entendimento seja o primeiro passo para que possamos, efetivamente, nos engajar em processos de transformação social que permitam o estabelecimento, no campo da saúde, de práticas e discursos mais acolhedores e menos violentos<sup>34</sup>.

Apesar de todas essas formas de violência e sofrimento, decorrentes também das dificuldades de acesso e barreiras ao cuidado à saúde, travestis e mulheres trans, em seu cotidiano diverso, atuam diferentemente, fazem muitas coisas e *(re)existem*. Nessa direção, algumas questões que serão desenvolvidas adiante são importantes: quais estratégias que essas mulheres adotam para lidar com as diversas formas de violências e de sofrimento que permeiam as suas experiências de vida? Quais os recursos que elas acionam para garantir as suas existências?

*“Eu falo mesmo! Eu faço a doida! Eu fecho!”: estratégias de (re)existências*

A análise das narrativas de nossas entrevistadas evidenciou que a violência e a exclusão, assim como o sofrimento decorrente desse processo, não são eventos isolados e individuais, mas acontecimentos que fazem parte do cotidiano e da coletividade social. Localizamos, nesse contexto, estratégias de resistências que se inscrevem no dia a dia dessas mulheres e se relacionam diretamente com os efeitos desses acontecimentos em seus corpos e discursos, assim como com as possibilidades – muitas vezes, sutis – de existência<sup>8</sup>.

É o caso de Eduarda, travesti de 37 anos de idade, que, a despeito dos episódios de desrespeito e humilhação, conseguiu “fazer a sua vida”. Antes de sair da casa dos pais, diferentemente do que ocorre com a maioria das travestis, ela completou o ensino médio e chegou a fazer parte de um curso superior. Encontrou na prostituição uma forma de conseguir dinheiro e carinho dos homens. Passou temporadas em diferentes países da Europa e, como manteve o “foco”, juntou dinheiro e comprou diversos imóveis no Brasil. No momento da entrevista, ela vivia de aluguel e, quando estava disponível, atendia alguns clientes. Levava uma vida pacata e passava a maior parte do tempo em casa, em um bairro nobre, com suas cachorras e com o marido, com quem está casada há 22 anos:

Eu vou pro quarto assistir televisão [...] ou fico do lado de fora sentada, ou procuro alguma coisa pra fazer, ajeitar alguma coisa [...], ou vou bordar. Eu gosto muito de bordar: eu bordo sutiã, calcinha... aí, pego minhas lantejoulas e começo a bordar tudo!

A narrativa de Eduarda evidencia algumas formas de resistência que fazem parte de um cotidiano <sup>19</sup> em que diversos atores e objetos estão envolvidos <sup>13</sup>. A prostituição, por exemplo, surgiu como uma possibilidade de ganhar dinheiro, construir um patrimônio, ter carinho e levar uma vida tranquila <sup>35</sup>. Para isso, como já demonstrado em pesquisa etnográfica <sup>36</sup>, ela teve “juízo”: manteve o “foco”, não se envolveu com drogas ou com más companhias. Se casou, colocou silicone, aprendeu diversos idiomas e “bordou” uma forma de (re)existência que a deslocou do lugar de abjeção e a permitiu ressignificar o sofrimento. Nesse processo, o “eu” e o “nós” se misturam em uma lógica relacional marcada por práticas culturais e políticas que fazem parte do cotidiano <sup>37</sup>.

Por uma via diferente, mas que também possibilitou alguma inteligibilidade social, algumas participantes – sobretudo as mais novas que se autoidentificaram como mulheres trans – relataram estratégias fortemente centradas em intervenções médicas. Gilda, trans, por exemplo, tem 22 anos e se sente “muito bem com ela mesma”. Desde pequena era delicada, não gostava de jogar bola e preferia “ficar na sua”. Vivía incomodada com a sua aparência e tinha medo das críticas dos outros. Aos 16 anos, conheceu um amigo que a incentivou a investir em mudanças corporais. Sem o apoio da família, buscou, através de indicações de conhecidos e redes sociais, acompanhamento psicológico e endocrinológico. Depois que começou a fazer terapia hormonal, passou a sentir “mais solta” e fez novas amizades. No momento da entrevista, ela estava fazendo um curso superior de fisioterapia e dava aulas de passarela para jovens que pretendiam seguir a carreira de modelo. O fato de enfrentar sozinha a transição de gênero a fez uma “mulher de fibra”: “Hoje em dia, eu passo na rua tranquila despercebida e tal... ninguém percebe que eu sou trans, me chamam até de lésbica!”.

Nesse jogo em que as normas de gênero são materializadas nos corpos e reiteram o campo da “normalidade”, podemos localizar a importância de uma categoria êmica que tem sido discutida na literatura sobre o tema <sup>37</sup>: a “passabilidade”. No caso de Gilda, “passar-se” por mulher, ainda que lésbica, é uma estratégia fundamental para que ela tenha algum pertencimento social. Para isso, ela adota, performaticamente, comportamentos do universo feminino e busca, no discurso médico-jurídico, meios para ser reconhecida como mulher. Afinal, como ela mesma explica, “pra ser transexual tem que ser aquela transexual e lutar bastante pelos direitos. Tem que ser estudada, tem que ser focada... tem que ser uma vencedora, né?”

Embora os limites entre travestilidades e transexualidades sejam imprecisos e envolvam questões políticas e sociais bastante complexas, há algo dessas experiências que pode ser elucidado a partir do fenômeno da medicalização<sup>38</sup>. Habitualmente, as travestilidades são associadas ao exagero, à farsa, à perversidade, à criminalidade, à prostituição e ao HIV/aids<sup>12</sup>. Já as transexualidades se inscrevem dentro do discurso médico-psiquiátrico como uma patologia passível de cura. Conforme mencionamos anteriormente, isso só acontece na medida em que a pessoa aceita ser tratada como “doente”. As intervenções corporais são múltiplas e, muitas vezes, envolvem uma busca por uma perfeição que esteja em consonância com os padrões binários e heteronormativos que regem o campo das sexualidades e dos gêneros:

Estou em busca da perfeição, né? Porque tá faltando tanta coisa... Ainda só tomo hormônio pra fazer alguns ajustes. Pra o futuro eu preciso fazer a cirurgia mesmo, né? Eu queria tirar o pomo de adão, queria fazer a vaginoplastia... essas coisas... Eu não pretendo botar silicone porque eu acho que meu corpo tá bom pra mim. Os hormônios, graças a Deus, foram legais comigo! Eu não quero nada muito avantajado pra não ficar muito andrógena!

Fátima, mulher trans de 28 anos, ressaltou que não quer exageros para manter uma aparência feminina “perfeita”. As suas roupas e estilo de vida são discretos e seguem os valores atribuídos a uma “feminilidade burguesa”<sup>38</sup>. Para além da terapia hormonal, precisava fazer um acompanhamento psicológico para conseguir um “laudo” que a permitisse ter acesso à cirurgia de redesignação sexual e aos tramites jurídicos para mudança do prenome em seus documentos. Esse tipo de acompanhamento com objetivo exclusivo de obtenção de um “laudo” foi recorrente em diversas narrativas, sobretudo daquelas que se identificaram como mulheres trans. Sabemos, no entanto, que, na prática, isso não é uma garantia de acesso aos serviços especializados e, muito menos, de que essas pessoas serão vistas pela sociedade como mulheres. Afinal, além da escassez de hospitais cadastrados para realização de procedimentos cirúrgicos<sup>5</sup>, existe uma dimensão da passabilidade que depende “da interação, do espaço, da contextualidade e, especialmente, de quem faz parte das relações e situações contingentes que envolvem os interlocutores”<sup>37</sup> (p. 16).

Helena, por exemplo, é uma mulher trans de 65 anos que reconhece que, dependendo do contexto e da interação com os outros, ela pode ou não ser reconhecida como mulher. Durante a entrevista, ela comentou que, ao entrar no prédio, um funcionário a chamou de “senhora”. Nessa cena, o mais importante para ela não foi o fato de ele achar que ela fosse mulher, mas a forma respeitosa com que ele a tratou:

[...] eu sei que eu nasci com o sexo masculino! Eu sei porque eu não sou louca, né? A gente sabe isso, né? Mas eu não assumo esse lado e eu também não tenho complexo nenhum das pessoas. Elas vão olhar pra mim e ver que eu não sou uma mulher, que eu sou homossexual. Eu assumo! Agora eu me respeito, eu gosto de me respeitar, gosto de respeitar as pessoas... [...] na hora que vem desfazer de mim, eu desfaço também! Eu também sei falar umas verdades! Dê o que der, mas eu falo!

Helena, em seu relato, evidencia o quão instável são as categorias relacionadas aos gêneros e às sexualidades. Apesar de se autodefinir como mulher trans, a sua demanda é por respeito e não por ser reconhecida como mulher. Esse tipo de posicionamento é frequente, sobretudo, entre travestis. Isso não significa, no entanto, que a identidade travesti seja apreendida por essa questão. O encontro com as entrevistadas revelou que, na prática, a forma como cada uma se identifica varia de acordo com o contexto. As identidades, portanto, são múltiplas, abertas a negociações, intercambiadas, refletindo posições que estão em constante interação e movimento <sup>39</sup>. Algumas mulheres trans, por exemplo, podem, em momentos específicos, acionar o termo “travesti” a partir de uma lógica de apropriação e ressignificação de uma categoria estigmatizada para enfrentar a luta política <sup>38,40</sup>. Nesse processo de embates e negociações, outras estratégias são mobilizadas:

Eles ficam perguntando se é seu cabelo, se é sua unha, se é não sei o quê... Eu digo: “Não, meu filho! Você tá vendo aqui um travesti! Você não tá vendo um gay! Você tá vendo aqui um menino que botou uma peruca? Não! Sou um travesti, meu filho! [...] Não tem nada postiço aqui!” Dá vontade de dizer: “Postiça é você, né? Que se finge de homem e nem é!” Eu falo mesmo! Sou doida geral! Eu falo, eu fecho!

Agnes, 23 anos, travesti, nessa cena, adotou uma forma de resistência que, frequentemente, encontramos em estudos envolvendo travestis e mulheres trans. Mesmo correndo risco de mais violência, ela disse entrar em conflito direto com aquele que tentar apagar a sua existência social. “Fechar”, “dar uma de doida”, “fazer um barraco” ou “dar um bafão” são categorias êmicas que se referem a estratégias políticas acionadas para impor respeito, exigir direitos ou responder a algum tipo de agressão <sup>12,34,40</sup>.



Em nossa investigação, em algumas situações, tais recursos foram acompanhados de mobilizações legais, como, por exemplo, fazer queixa na delegacia ou recorrer ao tribunal e abrir um processo. Sabemos que, embora a formalização de leis não seja suficiente para luta política de reconhecimento desses corpos, ela pode ser um importante instrumento nas negociações e nos intercâmbios sociais. Nesse processo, é fundamental que o sujeito não seja tomado como uma identidade unificada ou como uma substância distinta, e sim como “um conjunto ativo e transitivo de inter-relações”<sup>41</sup> (p. 210). Na prática, no entanto, as coligações entre diferentes sujeitos políticos não ocorrem o tempo todo, situação que impõe outras formas de (re)existências relacionadas à socialização entre semelhantes.

Muitas de nossas entrevistadas destacaram, nesse sentido, estratégias que utilizam para se sentirem mais seguras como, por exemplo, evitar sair durante o dia, andar em espaços públicos sempre em pares e frequentar locais específicos da cidade onde a presença de travestis e mulheres trans é mais frequente<sup>12</sup>. Tais espaços, embora sejam simbolicamente marginais e associados, direta ou indiretamente, à prostituição, se constituem como importantes meios para constituição das identidades de gênero dessas pessoas<sup>21,35,36</sup>. Paula, 48 anos, travesti, destaca esse aspecto, ao contar sobre o seu processo de transição que ocorreu a partir do momento em que foi acolhida na casa de uma travesti mais velha:

A casa dela, aliás, era cheia de travestis. Aí, eu via aquelas bichas colocando megahair, colocando silicone, indo pra rua ganhar dinheiro... Aí, eu ficava olhando... [...] aquilo me despertou algo estranho, renasceu dentro de mim, né? [...] Incentivo que não faltou! Aí, uma logo disse assim: “Olhe eu tô com esse megahair aqui, mas eu não passo dois meses com um megahair na minha cabeça. Você quer comprar? Como você está começando agora e [...] eu tenho condições, eu vou te vender baratinho!” [...] Então, ela disse: “Mas você não tem roupa! Vamos produzir você pra você ir pra pista fazer programa!”.

Além da sensação de pertencimento que ocorre através de construções corporais envolvendo roupas, cabelos, maquiagens, hormônios e silicones, uma outra estratégia de sobrevivência que se destacou em nossa análise foi o uso do pajubá: “[...] bofe, na nossa língua, é um homem... Tipo, você é um homem lindo, tá? Tá eu e outra e fala assim: nossa, que bofe lindo!” (Ivana, 35 anos, travesti).

Esse dialeto funda um sistema de pensamento e de linguagem que constitui as travestis de forma profunda e relacional. Ele “extrapola um meio de lidar com rechaços ou brutalizações, tendo

em vista que é também uma forma de valorizar as diferenças”<sup>42</sup> (p. 53). Trata-se de uma estratégia que possibilita não só uma realocação desses corpos fora do marco patológico, mas também a comunicação em público entre os pares para tratar de assuntos pessoais ou organizar formas de enfrentamento sem que o outro consiga compreender.

### **Considerações finais**

Travestis e mulheres trans ocupam um lugar social marcado pela discriminação, pela segregação e por uma série de outras formas de violências que causam sofrimento e efeitos negativos na saúde de seus corpos. Em nossa investigação, constatamos que essa violência, em seus diferentes matizes, muitas vezes não são eventos extraordinários, compondo o próprio cotidiano dessas pessoas<sup>19</sup>. Olhares, julgamentos e comentários pejorativos se unem a toda a sorte de violências físicas, sexuais e psíquicas – incluindo a busca pelo cuidado nos serviços de saúde – em uma rotina em que suas vidas são, reiteradamente, afirmadas como “vidas matáveis”. Não se trata, portanto, de simples acontecimentos trágicos, individuais ou atrelados à alguma condição patológica, mas da reprodução sistêmica de uma estrutura social regida pela (cis)heteronormatividade<sup>43</sup>.

A vulnerabilidade desses corpos, longe de qualquer aproximação com uma ideia de passividade, deve ser entendida como parte de uma dinâmica sócio, histórico e relacional em que estratégias de (re)existências são desenvolvidas<sup>43</sup>. Em nossa análise, as estratégias desenvolvidas nas práticas cotidianas – como, por exemplo, buscar serviços privados, se “passar por mulher”, fazer “barraco”, andar em pares e se comunicar através do pajubá – não representaram, exatamente, uma superação da opressão à qual as mulheres trans e travestis são submetidas, mas uma forma de afirmação da própria precariedade de suas existências.

Se, por um lado, essa afirmação se constitui como uma poderosa reivindicação pela vida, por outro, não podemos desconsiderar a importância de que se haja maiores investimentos em ações e políticas públicas específicas para essas pessoas, envolvendo diferentes atores e instituições das esferas micro e macroestruturais. A luta política, no entanto, não pode ser reduzida à demanda por um cuidado mobilizada exclusivamente pela vulnerabilidade, uma vez que esse tipo de estratégia incorre no risco de fomentar práticas paternalistas. Ou seja, práticas que desconsideram as possibilidades de agências desses corpos, relegando-os ao lugar de meros objetos que, eventualmente, podem ser dignos de normatização, caridade e/ou indulgência<sup>43</sup>.

De fato, sustentar uma política que se restringe a demandar cuidado e proteção das mesmas instituições que perpetraram a violência contra esses corpos parece reforçar o círculo vicioso de um sistema que, continuamente, transforma as diferenças em desigualdades e injustiça social. Concordamos, nesse sentido, com a potência transformadora de mobilizações coletivas – envolvendo profissionais, gestores, pessoas trans, travestis, entre outras – nos diferentes espaços de cuidado em saúde, a partir do reconhecimento de que a vulnerabilidade está desigualmente distribuída entre todos nós. Essa lógica, em que não existe a possibilidade de uma existência solitária, pode permitir a criação de alianças entre corpos em um movimento em que a primazia da violência seja, permanentemente, questionada <sup>43</sup>.

Talvez, essa seja uma via que permita deslocar as práticas de cuidado hierarquizadas e protocolares para um processo coletivo, dinâmico e criativo que comporte, verdadeiramente, a participação ativa dos sujeitos, as diferenças e o desejo por uma vida digna de ser vivida. Desta forma, destacamos também que o cuidado, como processo, não tem fronteiras claras, ele se faz ou se produz em situações concretas através de uma rede heterogênea de atores/actantes. O cuidado, portanto, “não é uma transação em que alguma coisa é trocada (um produto contra um preço), mas uma interação em que as ações vão para frente e para trás (em um processo contínuo)” <sup>13</sup> (p. 21). Assim, o cuidado implica a imprevisibilidade dos corpos e da própria vida, assim como tensionamentos, experimentações/tentativas e modos de existência diversos. Nesse cotidiano, e especialmente no cotidiano de pessoas trans, para além da ideia/lógica de “escolha”, diante da impossibilidade de controlar as variáveis do mundo, entra em cena a necessidade de ser perseverante, adaptável e tenaz <sup>13</sup>.

Finalmente, queremos destacar que, assim como o cuidado e os corpos são múltiplos <sup>44</sup>, sendo feitos/performados nas práticas, há também “modos” distintos de produção do sofrimento. Um sofrimento decorrente das tensões entre, por exemplo, a heteronormatividade e outros modos de vida e desejos. Se, muitas vezes, essas tensões não podem ser evitadas, contingencialmente, no decorrer da vida, precisamos lidar com elas. No caso das pessoas trans, nas práticas cotidianas, interativas, através dos recursos e materiais (atores/actantes) disponíveis em cena, como o uso de hormônios e silicone, inventam-se também maneiras de lidar ou resistir a estes sofrimentos. Certamente, há limites nessas ações, o que, conforme já destacamos, abre a necessidade de outros engajamentos coletivos, na forma de políticas públicas, para viabilizar a própria vida. Acreditamos que os resultados de nosso estudo, embora sejam limitados, possam contribuir com esse debate e estimular futuras investigações.

## Referências

1. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 2013.
2. Brasil. Senado Notícias. Expectativa de vida de transexuais é de 35 anos, metade da média nacional. Agência Senado: 2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional>, acesso 19/12/2021
3. Benevides BG, Nogueira SNB, organizadores. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE; 2021.
4. Guzmán-González M, Barrientos J, Saiz JL, Gómez F, Cárdenas M, Espinoza-Tapia R, et al. Mental health in a sample of transgender people. *Rev Med Chil.* 2020;148(8):1113-1120. doi: 10.4067/S0034-98872020000801113. PMID: 33399778.
5. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(8):2517-2526. doi: 10.1590/1413-81232015218.14362015. ISSN 1678-4561.
6. Pereira LBC, Chazan ACS. O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2019;14(41):1795. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795>.
7. Rocon PC, Wandekoken KD, de Barros MEB, Duarte MJO, Sodré F. Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. *Trab. educ. saúde.* 2020;18(1):e0023469. doi: 10.1590/1981-7746-sol00234. ISSN 1981-7746.
8. Carvalho JEC. Violência e sofrimento social: a resistência feminina na obra de Veena Das. *Saúde Soc.* 2008;17(3):9-18. doi: 10.1590/S0104-12902008000300003. ISSN 1984-0470.
9. Marques TP. Illness and the politics of social suffering: towards a critical research agenda in health and science studies. *Revista Crítica de Ciências Sociais Coimbra. Spec no:*141-164. doi: 10.4000/rccs.7763.
10. Werlang R, Mendes JMR. Sofrimento social. *Serv. Soc. Soc.* 2013;116:743-768. doi: 10.1590/S0101-66282013000400009. ISSN 2317-6318.
11. Butler J. *Deshacer el género.* Barcelona: Paidós; 2006.
12. Muller MI, Knauth DR. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é “babado”? *Cad. EBAPE.BR.* 2008;6(2):1-14. doi: 10.1590/S1679-39512008000200002.
13. Mol A. *The logic of care: health and the problem of patient choice.* New York: Routledge; 2008.
14. Mol A. Corpos múltiplos, ontologias políticas e a lógica do cuidado: uma entrevista com Annemarie Mol. *Interface Com, Saúde Educ.* 2018;22(64):295-305. doi: 10.1590/1807-57622017.0171. ISSN 1807-5762.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2007.
16. Mol A. Ontological politics. A word and some questions. In: Law J, Hassard J, editores. *Actor network theory and after.* Oxford, UK: Blackwell; 1999. p. 74-89.

17. Freire LL. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. *Revista Comum*. 2006;11(26):46-65.
18. Carrara S, Vianna ABR. “Tá lá um corpo estendido no chão...”: a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. *Physis*. 2006;16(2):233-249.
19. Das V. Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário. São Paulo: Editora da Unifesp; 2020.
20. Foucault M. Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes; 2002.
21. Pelúcio L. Toda quebrada na plástica: corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. *Campos Rev. Antrop.* 2005;6:97-112. doi: 10.5380/cam.v6i0.4509
22. Teixeira FB. L'Italia dei Divieti: entre o sonho de ser européia e o babado da prostituição. *Cad. Pagu*. 2008;31:275-308. doi: 10.1590/S0104-83332008000200013
23. Teixeira FB, Paulino DB, Raimondi GA, Crovato CAS, Prado MAM. Entre o segredo e as possibilidades do cuidado: (re)pensando os silêncios em torno das narrativas das travestis sobre HIV/aids. *Sex., Salud Soc.* 2018;29:373-388. doi: 10.1590/1984-6487.sess.2018.29.17.a. ISSN 1984-6487.
24. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. Mapeamento das pessoas trans na cidade de São Paulo: relatório de pesquisa. São Paulo; 2021. 82p.
25. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saude Soc.* 2008;17(2):11-21. doi: 10.1590/S0104-12902008000200003. ISSN 1984-0470.
26. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, dos Santos AM. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde Debate*. 2019;43(spe8):305-323. doi: 10.1590/0103-11042019S822. ISSN 2358-2898.
27. Cano-Prais HÁ, Costa-Val A, Souza ER de. Incongruências classificatórias: uma análise dos discursos sobre as propostas da CID11 em relação às experiências trans. *Cad. Pagu*. 2021;62:e216219. doi: 10.1590/18094449202100620019. ISSN 1809-4449.
28. Russo JA. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: Piscitelli A, Gregori MF, Carrara S, organizadores. *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond; 2004. p. 95-109.
29. Kleinman A. “Everything That Really Matters”: Social Suffering, Subjectivity, and the Remaking of Human Experience in a Disordering World. *Harvard Theological Review*. 1997;90(3):315-336. doi:10.1017/S0017816000006374
30. Pussetti C, Brazzabeni M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. *Etnográfica*. 2011;15(3):467-78.
31. Carreiro TC. Sofrimentos sociais em debate. *Psicologia USP*. 2003;14(3):57-72. doi: 10.1590/S0103-65642003000300006. ISSN 1678-5177.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, nº 225, Seção 1, 20 nov 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html).
33. Miskolci R. Teoria queer: um aprendizado pelas diferenças. Belo Horizonte: Autêntica; 2017.

34. Rocon PC. Clínica (trans)sexualiza(dor)a: processos formativos de trabalhadores da saúde. Salvador: Editora Devires; 2021.
35. Pelúcio L. “Amores perros”: sexo, paixão e dinheiro na relação entre espanhóis e travestis brasileiras no mercado transnacional do sexo. In: Piscitelli A, Olivar JMN, Assis GO, organizadores. Gênero, sexo, amor e dinheiro: mobilidades transnacionais envolvendo o Brasil. Campinas: Unicamp; 2012. p.185-224.
36. Teixeira FB. Juízo e sorte: enredando maridos e clientes nas narrativas sobre o projeto migratório das travestis brasileiras para a Itália. In: Piscitelli A, Olivar JMN, Assis GO, organizadores. Gênero, sexo, amor e dinheiro: mobilidades transnacionais envolvendo o Brasil. Campinas: Unicamp; 2012. p.225-262.
37. Duque T. “A gente sempre tem coragem?”: identificação, reconhecimento e as experiências de (não) passar por homem e/ou mulher. Cad. Pagu. 2017;51:1-32. doi: 10.1590/18094449201700510010
38. Carvalho M. “Travesti”, “mulher transexual”, “homem trans” e “não binário”: interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. Cad. Pagu. 2018;52:33-67. doi: 10.1590/1809444920100520011
39. Silva LAV, Lopes M. Corpos híbridos e transexualidade: para além da dicotomia de gênero. In: Coelho MTAD, Sampaio LLPS, organizadores. Transexualidades: um olhar multidisciplinar. Salvador: EDUFBA; 2014. p.25-39.
40. Barbosa BC. “Doidas e putas”: usos das categorias travesti e transexual. Sex., Salud Soc. 2013;14:352-379. doi: 10.1590/S1984-64872013000200016. ISSN 1984-6487.
41. Butler J. Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.
42. Favero S. Crianças trans: infâncias possíveis. Salvador: Deveris; 2021.
43. Butler J. A força da não violência: um vínculo ético-político. São Paulo: Boitempo; 2021.
44. Mol, A. The body multiple: ontology in medical practice. Durham; London: Duke University Press; 2002.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo trouxe importantes contribuições para um tema pouco investigado no Brasil que é a presença de STDM entre MT. Apesar da importância de outros fatores, as violências em geral e, mais especificamente, a VF aparecem como importantes fatores de associação com STDM entre MT. A VF é um fenômeno complexo estando intimamente relacionado a contextos de vulnerabilidade social, portanto torna-se difícil estudar o fenômeno destacado de um contexto específico. As MT, como discutido nesta tese, estão submetidas a um contexto de vulnerabilidade social (e conseqüentemente de violência) ímpar. Nesse sentido, os determinantes sociais em saúde acabam por ter uma influência amplificada e particular nesta população para diversos agravos em saúde (DHEJNE et al, 2016). Portanto, a compreensão das situações de vulnerabilidade que MT experienciam em todas as esferas da vida é de suma importância. Essas experiências podem suscitar formas de subjetivação peculiares, que podem trazer diferentes perspectivas de como os STDM e as experiências de VF aparecem, afetam, são modificadas, são vivenciadas e são transmitidas por essa população específica. Nesse jogo, os diversos fatores de risco para VF e STDM entre MT dentro da trama intrincada e dinâmica dos contextos de vulnerabilidade social que essa população vivencia, podem se interseccionar de forma particular.

Não obstante o contributo que as metodologias quantitativas podem trazer para responder às presentes perguntas, acreditamos que é imprescindível um exame mais aprofundado da questão, sob o risco de as situações de vulnerabilidade de MT ficarem diluídas em categorias estanques de vulnerabilidade social. Desse modo, nos utilizamos de uma metodologia mista, para que questões sociais estruturais também pudessem emergir com maior clareza.

Pudemos apontar e problematizar possíveis fatores de risco para TDM em MT, mas também conseguimos trazer à luz de que resolver essas demandas estão longe de ser uma questão simples como fomentar normas de acesso à saúde, à segurança, à educação, à habitação entre outras, que apesar de imprescindíveis são limitadas. É importante estimular uma práxis em que se possa construir algo de novo, em que se possa (re) conhecer e problematizar essa linha tênue entre sofrimento social no cotidiano e a lida do dia-a-dia em si. Entre o que está essencializado e o que faz parte da experiência humana trivial. Seguramente não há como definir um limite claro e hermético entre essas duas dimensões, mas isso não diminui a importância de problematizá-las. Por outro lado, não podemos mais correr o risco de naturalizar o sofrimento social como da própria natureza humana e criar dispositivos para atenuá-los, como um “remédio” a ser administrado a algo essencialmente adoecido. Não é possível reduzir o problema a equações simplificadas, como: se há

violência, investimos em segurança; se há desemprego, investimos em geração de empregos e assim por diante.

Apesar das múltiplas estratégias de *(re)existências*, travestis e mulheres trans continuam ocupando um lugar social bastante vulnerável. As distintas situações de vulnerabilidade em que estão colocadas produzem violência e sofrimentos diversos, inclusive na forma como experienciam os serviços e cuidado à saúde. Esses contextos de violência/opressão, no entanto, trazem possibilidades de agência que reconfiguram, dinamicamente, a realidade no momento da interação. Como esses eventos acontecem no decorrer da vida, para investigá-los, é fundamental que a dinâmica de opressão e resistência seja lida a partir do cotidiano, sob pena de reduzirmos esse embate a eventualidades (DAS, 2020). Essas cenas acontecem no dia-a-dia e as tensões geradas, apesar de dinâmicas, são persistentes e exigem um trabalho diário de enfrentamento.

Nessa conjuntura, são necessárias políticas públicas que levem em consideração a característica difusa e trivializada do sofrimento social, no sentido de mitigar os seus efeitos, tanto através do enfraquecimento de contextos desfavoráveis, como no estímulo às possibilidades de agência dessas mulheres. Dentro do contexto da atenção em saúde, melhorando o acesso de travestis e mulheres trans aos serviços de saúde, evidentemente. Mas, para além disso, melhorando o acesso à saúde dentro de uma perspectiva mais ampliada de melhora da qualidade de vida ou de uma “vida digna” como discutimos acima dentro de uma das propostas da teoria dos determinantes sociais em saúde (MARMOT, 2018, p. 2).

A despeito de todas essas questões elucidadas, é necessário que analisemos o problema a partir de uma lógica estrutural em que as potencialidades e autonomia possam ser problematizadas e estimuladas. E, como em qualquer problema estrutural, mobilizando todos os atores/actantes envolvidos, e, sobretudo, reconhecendo que o protagonismo desta luta, pertence às maiores interessadas, as MT.

Nesse trabalho, apontamos fatores associados ao STDM e VF e situações de SS que, como já discutido, coincidem com muitos aspectos da literatura sobre o tema. Como não é o objetivo, nesse momento, pormenorizar cada fator de associação e cada fala, somente a título de exemplo, chama atenção o fato de que a falta de apoio familiar na infância pode ser um fator de associação importante entre VF e STDM e que algumas falas trazem uma luz de aspectos de como esse fenômeno pode ocorrer. A infância é um período privilegiado e maleável do desenvolvimento humano. As intervenções e o cuidado nessa fase da vida costumam ser mais eficientes e duradouros. Numa época sombria em que se discute “kit gay”, “escola sem partido”, “ideologia de gênero”, entre outros impropérios, a escola pode tornar-se um locus privilegiado de ação e de mudança. A



escola está em contato direto com a infância, na medida em que esperamos que a maior parte das crianças esteja inserida na educação formal. Ao mesmo tempo, a escola tem um lugar favorecido de contato com as famílias e comunidades. Intervenções nesse ambiente podem amplificar o alcance das ações. Como já explanamos acima, este é apenas um dos exemplos de propostas que podem ser feitas para a modificação da estrutura de opressão e (re) existência de forma mais firme e perdurável. Não é admissível que naturalizemos que se tenha que depreender tanta energia e esforço, somente para existir, somente para ser.

Apesar de a nossa amostra não ter revelado esses dados, as narrativas apontam que fatores sociodemográficos influenciam na relação VF e STDM. Nomeadamente, raça/cor, renda, escolaridade e idade. Alguns estudos com essa população também reforçam essa associação (ARÁN et al, 2008; NEMOTO et al, 2011; BOCKTING et al, 2013; NUTTBROCK et al, 2013; FREDRIKSEN-GOLDSSEN et al, 2014; IBRAHIM et al, 2016; APARICIO-GARCÍA et al, 2018).

Por fim, este trabalho se utilizou de uma metodologia mista, na qual os referenciais teóricos têm pontos de divergência e partem de lugares distintos para a análise do problema. Contudo, existe uma complementaridade entre os métodos. Foi possível identificar fatores associados com o STDM entre as MT, especificamente a associação VF com o STDM no Nordeste do Brasil, e complementar com algumas explicações de como essas associações realmente se processam no dia-a-dia. Um olhar mais cuidadoso nos permite identificar nas entrevistas qualitativas das participantes, aspectos ímpares de como a relação das variáveis do estudo (especificamente da VF) com o desfecho podem se processar na experiência cotidiana, seja como indivíduo, seja como grupo.

## REFERÊNCIAS

- ADLER, N. E.; OSTROVE, J. M. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. **Ann N Y Acad Sci.**, Nova York, v. 896, p. 3–15, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x>
- AGUIAR, M. P.; ORTEGA, F. J. G. Psiquiatria biológica e psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 889-910, dez. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000400889&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000400889&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 19 nov. 2018.
- ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-Driven Sampling” na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciência) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- DE ALMEIDA, J. J. R. L. Psiquiatria e nomeação. **Rev. Latinoam. Psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 352-368, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p352.12>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 380-407, ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>. Acesso em: 13 out. 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, dez. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400009>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **Am J Public Health**, Washington, v. 93, n. 12, p. 2037-2043, dez. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.93.12.2037>. Acesso em: 15 out. 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. **Soc Sci Med.**, [S. l.], v. 59, n. 7, p. 1339–1353, out. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.037>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Construindo a etnoepidemiologia. In: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L.; **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 386-393.
- ANDREASEN, N. C. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. **Schizophr Bull.**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 108–112, jan. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl054>. Acesso em: 13 jan. 2020.
- APA. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. ed. Washington: American Psychiatric Publishing, 1994.
- APARICIO-GARCÍA, M. E. et al. Health and well-being of cisgender, transgender and non-binary young people. **Int J Environ Res Public Health**, [S. l.], v. 15, n. 10, p. 2133, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15102133>. Acesso em: 5 out. 2018.

- ARÁN, M. et al. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>. Acesso em: 5 ago. 2018.
- ARÁN, M. et al. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 70-79, abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000100008>. Acesso em: 10 ago. 2018.
- ARROLL, B. et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. **Ann Fam Med.**, Ann Arbor, v. 8, n. 4, p. 348-53, ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1139>. Acesso em: 10 jul. 2018.
- BARBOSA, D. G. et al. Sintomas depressivos em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 221-227, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020195>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- BASTOS, F. I.; MALTA, M. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório Técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.
- BASTOS, F. I. et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. **Medicine**, Baltimore, v. 97, Suppl 1, p. 16-24, mai. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009447>. Acesso em: 5 jul. 2018.
- BENJAMIN, W. O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987a. p. 213-240. Vol. 1.
- BENJAMIN, W. Sobre o conceito da História. In: BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense; 1987b. p. 241-252. Vol. 1.
- BENTO, B. **A reinvenção do corpo: Sexualidade e Gênero na Experiência Transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- BENTO, B. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. **Contemporânea**, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 165-182, jun. 2014. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/197>. Acesso em: 15 jul. 2018.
- BENTO, B; PELÚCIO, L. Vivências trans: desafios, dissidências e conformações - apresentação. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 485-488, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200009>. Acesso em: 23 ago. 2018.
- BERRIOS, G. E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 113-127, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000300005>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- BLAZER, D. G. Mood disorders: epidemiology. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (ed.). **Comprehensive textbook of Psychiatry**. 6. ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995. p. 1079-88.

- BOCKTING, W. O. et al. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. **Am J Public Health**, Washington, v. 103, n. 5, p. 943-951, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301241>. Acesso em: 10 nov. 2018.
- BONIERBALE, M. et al. MMPI-2 profile of french transsexuals: the role of sociodemographic and clinical factors. A cross-sectional design. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 6, n. 24281, p. 1-9, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/srep24281>. Acesso em: 17 ago. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº. 446**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, dez. 2012.
- BUDHWANI, H. et al. Transgender women's drug use in the Dominican Republic. **Transgender health**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 188–194, out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0032>.
- BUTLER, J. **A força da não violência**: um vínculo ético-político. São Paulo: Boitempo, 2021.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, set. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900033>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- À CAMPO, J. et al. Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists. **Am J Psychiatry**, [S. l.], v. 160, n. 7, p. 1332–1336, jul. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1332>. Acesso em: 5 dez. 2018.
- CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em debate. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 57-72, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000300006>. Acesso em: 7 jun. 2018.
- CARROLL-BEIGHT, D.; LARSSON, M. Exploring the needs, expectations, and realities of mental healthcare for transgender adults: a grounded theory study on experiences in Sweden. **Transgend Health**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 88-104, mai. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0033>. Acesso em: 9 jul. 2018.
- CASSORLA, R. M. S. Prefácio. In: TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- CASTELO BRANCO, G. As resistências ao poder em Michel Foucault. **Trans/Form/Ação Rev. Filos. Unesp**, Marília, SP, v. 24, n. 1, p. 237-248, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-31732001000100016>. Acesso em: 16 jun. 2018.
- CLEMENTS-NOLLE, K. et al. Sex trade in a male-to-female transgender population: psychosocial correlates of inconsistent condom use. **Sex Health**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 49–54, mar. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1071/sh07045>. Acesso em: 23 mai. 2018.
- COUTO, J. C. G. C. Transexualidade: passado, presente e futuro. 2013. Dissertação (Mestrado em Medicina Legal) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2013.
- CUNHA, R. V. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346-

354, jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>. Acesso em: 12 mai. 2018.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DALAL, P. K.; SIVAKUMAR, T. Moving towards ICD-11 and DSM-V: concept and evolution of psychiatric classification. **Indian J Psychiatry**, [S. l.], v. 51, n. 4, p. 310-319, dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.58302>. Acesso em: 23 out. 2018.

DAMACENA, G.N. et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, Filadélfia, v. 57, Suppl 3, p. 144-152, ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31821e9bf6>. Acesso em: 19 ago. 2019.

DARAY, F. M. et al. Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern cone of Latin America: a population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay. **J Affect Disord.**, [S. l.], v. 220, n. 1, p. 15-23, out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.031>. Acesso em: 30 out. 2018.

DAS, V. **Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário**. São Paulo: Editora da Unifesp, 2020.

DE JONGE, M. et al. The association between the number of previous episodes and modifiable vulnerability factors in remitted patients with recurrent depression. **PloS One**, [S. l.], v. 13, n. 11, e0206495, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206495>. Acesso em: 25 nov. 2018.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 6-11, mai. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>. Acesso em: 30 jul. 2018.

DHEJNE, C. et al. Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. **Int Rev Psychiatry**, Abingdon, v. 28, n. 1, p. 44-57, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>. Acesso em: 20 out. 2018.

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**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181415>. Acesso em: 14 out. 2018.

DURÀ-VILÀ, G. et al. Depression and the medicalization of sadness: conceptualization and recommended help-seeking. **Int J Soc Psychiatry**, [S. l.], v. 59, n. 2, p. 165-175, mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020764011430037>. Acesso em: 7 ago. 2018.

FEITOSA, F. B. A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 488-499, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000992013>. Acesso em: 9 fev. 2019

FERREIRA, S. A. T. A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSMs) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. **Rev Hosp Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.78-90, jun. 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8855>. Acesso em: 19 abr. 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

- FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I. et al. Physical and mental health of transgender older adults: an at-risk and underserved population. **Gerontologist**, Oxônia, Reino Unido, v. 54, n. 3, p. 488–500, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnt021>. Acesso em: 25 set. 2019.
- FREIRE, L. L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Rev. Comum**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 26, p. 46-65, jun. 2006. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/12232>. Acesso em: 26 dez. 2019.
- GARNELO, L. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1115-1117, mai. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500025>. Acesso em: 13 out. 2019.
- GONÇALVES, A. M. C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 101-109, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- GRABOIS, P. F. Resistência e revolução no pensamento de Michel Foucault: contracondutas, sublevações e lutas. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, [S. l.], v. 2, n. 19, p. 7-27, dez. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cefp/article/view/55736>. Acesso em: 21 abr. 2020.
- HECKATHORN, D. D. Respondent-Driven Sampling: a new approach to the study of hidden populations. **Social Problems**, Oxônia, Reino Unido, v. 44, n. 2, p. 174–199, mai. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3096941>. Acesso em: 7 nov. 2018.
- HECKATHORN, D. D. Respondent-Driven Sampling II: deriving valid population estimates from Chain-Referral Samples of Hidden Populations. **Social Problems**, Oxônia, Reino Unido, v. 49, n. 1, p. 11–34, fev. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1525/sp.2002.49.1.11>. Acesso em: 7 nov. 2018.
- HEYLEN, G. et al. Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. **Br J Psychiatry**, Londres, v. 204, n. 2, p. 151-156, fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121954>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- IBRAHIM, C. et al. Les comorbidités psychiatriques dans le transsexualisme: étude sur une population de transgenres libanais. **Encephale**, [S. l.], v. 42, n. 6, p. 517-522, dez. 2016. Disponível em: <https://www.em-consulte.com/article/1096359/les-comorbidites-psychiatriques-dans-le-transsexua>. Acesso em: 5 dez. 2019.
- KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos Clin.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 153-165, abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v18i1p153-165>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. Tratado de psiquiatria. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. v. 1, v. 2, v. 3.
- KERR, L. R. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, Londres, v. 27, n. 3, p. 427-35, jan. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835ad504>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- KLEINMAN, A. The meaning of illness. In: KLEINMAN A. **The illness narratives suffering, healing, and the human condition**. New York: Basic Books, 1989.
- KLEINMAN, A. et al. “Everything that really matters”: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. **Harv. Theol. Rev.**, Cambridge, v. 90, n. 3, p. 315-336, 1997. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/1509952>. Acesso em: 30 jun. 2018.

- KROENKE, K. et al. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J. Gen. Intern. Med.**, [S. l.], v. 16, n. 9, p. 606-13, set. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>. Acesso em: 27 set. 2018.
- LAM, R. W. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016. Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section I. Disease, burden and principles of care. **Can J Psychiatry**, [S. l.], v. 61, n. 9, p. 510-523, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0706743716659416>. Acesso em: 13 fev. 2019.
- LOMBARDI, E. L. et al. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination. **J Homosex.**, v. 42, n. 1, p. 89–101, 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1300/j082v42n01\\_05](https://doi.org/10.1300/j082v42n01_05). Acesso em: 16 abr. 2018.
- MAGNANI, R. et al. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. **AIDS**, Londres, v. 19, Suppl 2, p. 67–72, mai. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000172879.20628.e1>. Acesso em: 8 dez. 2019.
- MAGNO, L. et al. Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: a mixed methods study. **PloS One**, [S. l.], v. 13, n. 4, e0194306, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194306>. Acesso em: 9 mai. 2018.
- MALTA, M.; BEYRER, C. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. **J Int AIDS Soc.**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 18817, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.7448/IAS.16.1.18817>. Acesso em: 3 set. 2018.
- MARMOT, M. Inequalities in health. **N Engl J Med.**, Waltham, Massachusetts, v. 345, n. 2, p. 134-6, jul. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJM200107123450210>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- MARMOT, M. Just societies, health equity, and dignified lives: the PAHO Equity Commission. **Lancet**, Londres, v. 392, n. 10161, p. 2247–2250, nov. 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32349-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32349-3). Acesso em: 20 fev. 2019.
- MARQUES, T. P. Illness and the politics of social suffering: towards a critical research agenda in health and science studies. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. spe 2018, p. 141-164, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/rccs.7763>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- MEYER, D. et al. Vulnerabilidade, gênero e políticas sociais: a feminização da inclusão social. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 885-904, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000300009>. Acesso em: 13 jan. 2021.
- MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MOL, A. The logic of care: health and the problem of patient choice. Abingdon: Routledge, 2008.
- MOL, A. The body multiple: ontology in medical practice. Durham and London: Duke University Press, 2002.
- MOL, A.; LAW, J. Embodied action, enacted bodies: the example of hypoglycaemia. **Body and Society**, Londres, v. 10, n. 2–3, p. 43–62, jun. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1357034X04042932>. Acesso em: 12 dez. 2018.
- NADAL, K. L. A decade of microaggression research and LGBTQ communities: an introduction to the special issue. **J Homosex.**, Nova York, v. 66, n. 10, p. 1309-1316, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1539582>. Acesso em: 21 abr. 2020.

- NEMOTO, T. et al. Social support, exposure to violence and transphobia, and correlates of depression among male-to-female transgender women with a history of sex work. **Am J Public Health**, Washington, v. 101, n. 10, p. 1980-1988, out. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.197285>. Acesso em: 5 jan. 2019.
- 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. **Am J Public Health**, Washington, 103: 300–07, fev. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300568>. Acesso em: 23 set. 2019.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, out. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000009>. Acesso em: 13 mai. 2019.
- OMS. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. rev. São Paulo: Organização Mundial da Saúde; Universidade de São Paulo, 1997.
- PARKER, G.; BROTHIE, H. Depressão maior suscita questionamento maior. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, supl. 1, p. S3-S6, mai. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000500002>. Acesso em: 13 jul. 2019.
- PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*, [S. l.], v. 81, n. 8, p. 609-615, out. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572527/pdf/14576893.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2018.
- PIRES, B. As políticas de verificação de sexo/gênero no esporte: intersexualidade, doping, protocolos e resoluções. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, v. n. 24, p. 215-23, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.09.a>. Acesso em: 1 dez. 2020.
- POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- PUSSETTI, C.; BRAZZABENI, M. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. **Etnográfica**, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 467-478, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/etnografica.1036>. Acesso em: 17 jan. 2021.
- RIESSMAN, C. K. Ruptures and sutures: time, audience and identity in an illness narrative. **Sociol Health Illn.**, [S. l.], v. 37, n. 7, p. 1055–1071, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12281>. Acesso em: 10 mai. 2018.
- ROBLES, R. et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a mexican field study for ICD 11. **Lancet Psychiatry**, [S. l.], v. 3, n. 9, p. 850- 859, set. 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30165-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30165-1). Acesso em: 19 mar. 2020.
- ROQUE, A.; RODRÍGUEZ, R. M. The right to health care for transsexual people in Cuba. **MEDICC Review**, [S. l.], v. 14, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.37757/MR2012V14.N2.9>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460-483, set. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142006003007>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- SALGANIK, M. J. et al. Assessing network scale-up estimates for groups most at risk of HIV/AIDS: evidence from a multiple-method study of heavy drug users in Curitiba, Brazil. **Am J**



**Epidemiol.**, [S. l.], v. 174, n. 10, p. 1190–1196, nov. 2011. Disponível em:

<https://doi.org/10.1093/aje/kwr246>. Acesso em: 6 fev. 2021.

SALGANIK, M. J.; HECKATHORN, D. D. Sampling and estimation in hidden populations using Respondent-Driven Sampling. **Sociological Methodology**, Washington, v. 34, p. 193-239, 2004. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3649374>. Acesso em: 6 nov. 2019.

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Econ. Apl.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 5-26, mar. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-80502007000100001>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1533-1543, ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>. Acesso em: 13 out. 2018.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35-47, mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100004>. Acesso em: 18 nov. 2018.

SOUZA, E. M.; CARRIERI, A. P. A analítica queer e seu rompimento com a concepção binária de gênero. **RAM Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 46-70, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-69712010000300005>. Acesso em: 22 abr. 2019.

SPINK, M. J. P. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, supl. 1, p.115-123, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01010>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SQUIRE, C. O que é narrativa? **Civitas Rev. Ciênc. Soc.**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 272-284, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2014.2.17148>. Acesso em: 13 mai. 2019.

STANHOPE, J. Patient Health Questionnaire-4. **Occup Med.**, Londres, v. 66, n. 9, p. 760-761, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw165>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SZWARCWALD, C. L. et al. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, Filadélfia, v. 57, Suppl 3, p. 129-135, ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e31821e9a36>. Acesso em: 19 ago. 2019.

TOLEDO, L. et al. Putting Respondent-Driven Sampling on the map: insights from Rio de Janeiro, Brazil. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, Filadélfia, v. 57, Suppl 3, 136-143, ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31821e9981>. Acesso em: 19 ago. 2019.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, dez. 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000400010>. Acesso em: 13 jan. 2020.

UNAIDS. Miles to Go: closing gaps, breaking barriers, righting injustices. **Global AIDS Update 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em:

<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/global-aids-update>. Acesso em: 12 jun. 2019.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. (ed.). **Social determinants of health: the solid facts**. 2. ed. Compenhagem: WHO, 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326568>. Acesso em: 18 nov. 2018.

WHO. World Health Organization. **World Health Statistics 2014**. Geneva: WHO Press, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112738>. Acesso em: 18 nov. 2018.

ZORZANELLI, R. et al. O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica. **Rev. Latinoam. Psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 328-341, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a12>. Acesso em: 13 nov. 2018.

## **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**INTRODUÇÃO** Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis/Mulheres Trans”, coordenada pela pesquisadora Mônica Malta, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Eu vou ler para você esse documento, que tem informações sobre a pesquisa, para depois você decidir se gostaria de participar do estudo ou não. Você pode me interromper para fazer perguntas a qualquer momento, e se não entender alguma coisa que eu disser pode pedir para que eu pare e explique melhor. Quando eu terminar de ler estas informações, e se você ainda desejar participar, eu vou pedir que você assine esse documento e vou lhe dar uma cópia assinada por mim.

**1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO ESTUDO** Eu faço parte de um grupo de pesquisadores que está trabalhando em um projeto de pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, do Ministério da Saúde. O objetivo deste estudo é conhecer melhor os comportamentos e experiências das Travestis/Mulheres Trans de 12 capitais do Brasil. Você foi convidada para participar da pesquisa porque foi identificada por uma conhecida como fazendo parte da população alvo do estudo. A sua decisão de participar desse estudo não vai influenciar de maneira nenhuma a qualidade do serviço de saúde que você está recebendo neste ou em qualquer outro lugar.

**2. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA** Primeiramente, faremos uma entrevista que deverá levar mais ou menos uma hora. Caso você decida participar, iremos lhe fazer algumas perguntas sobre suas condições de vida, necessidades de saúde e experiências em serviços de saúde, seus comportamentos sexuais, o que você sabe sobre o HIV (o vírus que causa a AIDS), suas experiências de preconceito e discriminação e para conhecer melhor os grupos e pessoas que lhe ajudam no seu dia a dia. Quando você terminar o questionário, iremos lhe oferecer a possibilidade de fazer testes para ver se você tem HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C. Para o teste de HIV, nós vamos usar um teste rápido e lhe daremos o resultado logo depois do teste. Para fazer os testes de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C nós iremos coletar com uma seringa esterilizada 30ml (equivalente a 4 colheres de sopa) de sangue para fazer estes exames. Os

resultados confirmatórios ficarão prontos 3 meses depois e você poderá vir aqui pegar quando puder. Se você tiver um resultado positivo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C, nós iremos lhe encaminhar para um serviço que poderá lhe oferecer tratamento para essas infecções gratuitamente. As informações da sua entrevista serão digitalizadas em um computador e somente um código será usado para identificação, não usaremos seu nome nem outras informações pessoais.

**3. DESCONFORTOS E RISCOS POSSÍVEIS** Para colher seu sangue, você poderá sentir um pequeno desconforto no lugar da picada da agulha, e depois desse exame você poderá ficar com uma pequena marca roxa neste local. Para diminuir estes problemas, serão utilizados equipamentos modernos para coletar seu sangue e as pessoas responsáveis por colher seu sangue são experientes e bem treinadas. Você pode também se sentir ansiosa ou angustiada por estar respondendo a perguntas muito pessoais ou sensíveis nas entrevistas. E o último risco possível em participar dessa pesquisa é você se sentir estressada ou triste se receber um resultado positivo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C.

RUBRICA PESQUISADOR \_\_\_\_\_

RUBRICA PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

Todos estes riscos são importantes e precisam ser evitados. Há mais de 20 anos a nossa equipe de pesquisa realiza este tipo de estudo, e não sabemos de nenhuma situação na qual houve uma quebra de sigilo com participantes. Com relação aos possíveis sentimentos de estresse ou tristeza, nossa equipe é bastante experiente e treinada para lhe oferecer aconselhamento no momento da entrevista. E se você quiser, nós podemos também lhe encaminhar para um serviço público que possa lhe oferecer apoio psicológico mais aprofundado depois da pesquisa. Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será anotado em nenhum local do questionário.

**4. BENEFÍCIOS ESPERADOS** O benefício direto que você pode ter em participar desta pesquisa é ter acesso a testagem para HIV, Sífilis, Hepatite B e C e, se for necessário, ser encaminhada para serviços públicos especializados para receber aconselhamento e tratamento. Outro benefício principal desta pesquisa é a possibilidade de utilizar as informações que você e

outras participantes nos derem para conhecer melhor a realidade e as necessidades das Travestis/Mulheres trans brasileiras. Estas informações poderão ajudar na elaboração de melhores programas de saúde e apoio às Travestis/Mulheres trans do Brasil.

5. GARANTIA DE SIGILO A sua participação nesta entrevista é totalmente confidencial e voluntária. Para assegurar o sigilo das informações que você nos der, as seguintes medidas serão tomadas: nenhum nome próprio, endereço ou informações pessoais serão coletados; ninguém além do grupo de pesquisadores terá acesso ao que você disser aqui e seu nome não será escrito ou publicado em nenhum local. Nenhuma informação que você vier a nos dar, durante a sua participação na pesquisa, serão divulgadas para qualquer outra pessoa que não faça parte do nosso grupo de pesquisa. As participantes terão códigos de identificação, que serão usados nos formulários, ao invés de seu nome. Todos os arquivos serão guardados em segurança e os arquivos de computador serão protegidos por senhas. Os formulários escritos serão mantidos guardados no escritório da pesquisadora responsável, Monica Malta, por um período de 5 anos, depois do fim do estudo, conforme exigido pelas Normas Éticas de Pesquisa brasileiras. Se os resultados do estudo forem publicados, seu nome nunca aparecerá.

6. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO Você poderá nos fazer qualquer pergunta ou tirar qualquer dúvida que você tenha a qualquer momento, quer dizer, você pode nos perguntar qualquer coisa da pesquisa antes de ter começado a participar da entrevista ou enquanto você estiver participando da entrevista. Se você tiver interesse em conhecer os resultados deste estudo quando este terminar, os pesquisadores poderão lhe dar uma cópia do relatório final. Os resultados da pesquisa serão apresentados em todas as 12 capitais participantes, nos serviços de saúde e outras organizações que atendem e trabalham com Travestis/Mulheres Trans. Você também pode acompanhar as novidades e resultados da pesquisa através das redes sociais e de nosso site. Caso você tenha qualquer pergunta, preocupação ou reclamação sobre essa pesquisa, você pode entrar em contato com Mônica Malta, pesquisadora responsável pela pesquisa, no telefone (+55) 21-2598-2715, ou através do e-mail malta@ensp.fiocruz.br. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

RUBRICA PESQUISADOR \_\_\_\_\_

RUBRICA PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos. Contatos do CEP/ENSP” Tel e Fax - (+55) 21 - 25982863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041- 210. 7. SUA PARTICIPAÇÃO E SAÍDA DO ESTUDO Lembre-se que você pode se recusar a responder qualquer pergunta, ou parar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem problema algum. Se você decidir não participar da pesquisa, ou quiser parar a qualquer momento, você não irá sofrer nenhum prejuízo, nem o atendimento que você recebe atualmente neste serviço de saúde, ou em qualquer outro serviço será prejudicado. A sua participação é totalmente voluntária e não existe problema algum se você não quiser participar. Se você decidir participar da pesquisa, deverá rubricar as duas vias desse Termo, assinando na última folha. Uma dessas vias é sua e a outra é nossa. Você gostaria de perguntar alguma coisa mais? Você gostaria de participar? Declaro que compreendi o estudo e aceito participar do estudo. 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:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR Eu declaro que o participante teve o tempo necessário para ler e compreender o estudo e que todas suas dúvidas foram sanadas. É minha opinião que o participante compreendeu os objetivos, riscos, benefícios e procedimentos que irão ser seguidos neste estudo e que concordou em participar de forma voluntária.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Assinatura de pessoa que obteve o TCLE)

Nome:

RUBRICA PESQUISADOR: \_\_\_\_\_

RUBRICA PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

**ANEXO B - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENTREVISTADOR****TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ENTREVISTADOR**

Declaro que as informações por mim coletadas atendem ao padrão de qualidade exigido pela FIOCRUZ, ou seja: (1) a entrevistada enquadrou-se dentro do perfil exigido; (2) as informações são verdadeiras e foram corretamente marcadas no questionário; (3) o questionário foi revisado cuidadosamente e todos os campos estão devidamente preenchidos; e (4) tenho conhecimento que pelo menos 20% do material por mim coletado poderá ser verificado em campo para controle da qualidade.

Estou ciente das informações incluídas acima sob a denominação de informação relevante.

---

Assinatura do entrevistador

RG entrevistador: \_\_\_\_\_

Órgão: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_



## **ANEXO C- ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

### **Entrevista Semiestruturada**

#### **1) Pergunta disparadora:**

Como você tem se sentido ultimamente?

#### **2) História de Vida**

Você poderia me contar um pouco de sua história?

(Nessa pergunta, a interlocutora inicia a narrativa no momento de vida de sua escolha e perguntas subsequentes são feitas sobre alguma fase de vida específica que ela não tenha narrado)

Como é o seu dia a dia?

#### **3) Sofrimento Psíquico**

Você já viveu algum momento de sua vida de maior sofrimento?

Como era?

Você identifica alguma causa para este sofrimento?

#### **4) Lidando com o sofrimento**

Você fez alguma coisa para tentar lidar com esse sofrimento?

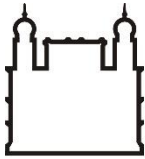
Pensou em procurar ajuda?

Você obteve essa ajuda?

(Se procurou e conseguiu ajuda num serviço de saúde) Como você fez para conseguir acompanhamento?

**ANEXO D – QUESTIONÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA PESQUISA DIVAS**

ID Questionário \_\_\_\_\_



Ministério da Saúde  
**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Ministério da Saúde



Data da entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID Entrevistador: \_\_\_\_\_

Número RDS da Participante: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Horário de Início: \_\_\_\_\_

Vou começar o questionário da pesquisa, sinta-se à vontade para me interromper sempre que quiser.

**INFORMAÇÕES SOBRE REDE DE CONTATOS SOCIAIS**

Gostaria que você respondesse pensando nas travestis/mulheres trans que você conhece.

**ATENÇÃO ENTREVISTADOR:** Verifique se os números fazem sentido. Por exemplo, o número de travestis/transsexuais que moram nesta cidade deve ser maior do que o número de travestis/transsexuais que a entrevistada encontrou nos últimos 30 dias.

Quantas travestis/mulheres trans você conhece, pelo nome/apelido e que também conhecem você pelo seu nome/apelido, apelido, que moram, trabalham ou estudam no município de _____?	
E dessas que você citou, quantas você encontrou ou falou pessoalmente, por telefone ou Facebook/WhatsApp nos últimos 30 dias?	
E dessas ____ (número acima) travestis/mulheres trans, quantas você convidaria para participar desta pesquisa?	

Cite o nome de 3 a 6 travestis/mulheres trans da sua rede de contatos que você encontrou pessoalmente nos últimos 30 dias.	Quantas dias você encontrou essa pessoa nos últimos 30 dias?	Em qual local isso aconteceu? (MOSTRE O CARTÃO A)	Qual (nome do estabelecimento/local)?
1.	_____ dias	1.	1.
2.	_____ dias	2.	2.
3.	_____ dias	3.	3.

4.	_____ dias	4.	4.
5.	_____ dias	5.	5.
6.	_____ dias	6.	6.

### BLOCO A: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

**A1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ (ANOS)**

**A2. Qual o dia/mês/ano do seu nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (DD/MM/AAAA)**

**A3. Você prefere que lhe tratem no feminino, masculino ou neutro?**

- (1) Feminino
- (2) Masculino
- (3) Neutro
- (4) Não sabe
- (5) Não quis responder

**A4. Qual a sua identidade de gênero atual?**

- (1) Mulher
- (2) Mulher Trans
- (3) Travesti
- (4) Transexual
- (5) Transgênero
- (6) Andrógino/Não binário
- (7) Agênero/Neutro
- (8) Genderqueer
- (9) Outro: \_\_\_\_\_
- (10) Não sabe
- (11) Não quis responder

**A5. Com que idade você passou a se identificar assim?**

- (1) \_\_\_\_\_ anos
- (2) Não sabe
- (3) Não quis responder

**A6. E com que idade você iniciou a sua transição?(E)**

- (1) \_\_\_\_\_ anos
- (2) Não sabe
- (3) Não quis responder

**A7. Como você se classifica em relação à sua raça/cor? (L)**

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**ATENÇÃO:** Leia as alternativas e explique que são as categorias que o IBGE usa no Censo. Caso necessário, se a pessoa questionar, insista nas categorias do IBGE e na importância de utilizá-las.

**A8. Qual é a sua situação conjugal? (L)**

- (1) Sozinha/solteira/sem parceiro (a)
- (2) Namorando/ficando
- (3) Casada ou morando junto
- (4) Separada ou divorciada
- (5) Viúva

- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**A9. Você tem filhos? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - *pular para A11*
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**A9.a. Quantos filhos biológicos você tem? \_\_\_\_\_(número) (E)**

**A10.b. Quantos filhos adotivos você tem? \_\_\_\_\_(número) (E)**

**A11. Você sabe ler e escrever? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não – *pular para A13*
- (3) Não sabe – *pular para A13*
- (4) Não quis responder – *pular para A13*

**A12. Até que série você estudou? (E)**

- (1) Não completou nenhuma série
- (2) Alfabetização (completa)
- (3) 1ª grau incompleto/Ensino fundamental incompleto
- (4) 1ª grau completo/Ensino fundamental completo
- (5) 2o grau incompleto/Ensino médio incompleto
- (6) 2o grau completo/Ensino médio completo
- (7) Superior incompleto
- (8) Superior completo
- (9) Especialização
- (10) Mestrado
- (11) Doutorado
- (12) Não sabe
- (13) Não quis responder

**A13. Qual a sua principal ocupação/trabalho atualmente? (E)**

- (1) Servidora pública
- (2) Empregada com carteira de trabalho
- (3) Empregada sem carteira de trabalho
- (4) Trabalha por conta própria/autônoma
- (5) Trabalhos esporádicos/bicos
- (6) Estudante
- (7) Dona de casa
- (8) Aposentada/em benefício
- (9) Empregadora
- (10) Não trabalha atualmente
- (11) Não sabe
- (12) Não quis responder

**A14. Nos últimos 30 dias, quais foram as suas fontes de renda? (E)**

Marque quantas opções forem aplicáveis

- (1) Renda de Assistência/Benefício (assistência social, previdência, seguro desemprego, seguro-doença, bolsa família)
- (2) Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos / presentes)
- (3) Trabalho regular com carteira assinada
- (4) Trabalho regular sem carteira assinada
- (5) Trabalho por conta própria/autônoma
- (6) Trabalho esporádico/bicos
- (7) Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas
- (8) Profissional do sexo

(9) Atividade ilícita (Outra, que não tráfico de drogas, como: cafetinagem, furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria...)

(10) Pedir esmolas

(11) Outras: \_\_\_\_\_

(12) Não sabe

(13) Não quis responder

**A15. Nos últimos 30 dias, quanto de dinheiro você recebeu no total das suas fontes de renda? (E)**

(1) \_\_\_\_\_ (em reais)

(2) Não sabe

(3) Não quis responder

**A16. Nos últimos 30 dias, em que lugar você viveu ou passou/dormiu a maioria das noites? (E)**

(1) Casa ou apartamento próprio ou da família

(2) Casa ou apartamento alugado

(3) Casa ou apartamento de amigos

(4) Casa ou apartamento invadido (ocupação)

(5) Quarto alugado em casa, hotel ou pensão

(6) Quarto cedido no local do trabalho

(7) Casarão coletivo/República LGBT

(8) Abrigo

(9) Hospital

(10) Delegacia/prisão

(11) Na rua

(12) Não sabe

(13) Não quis responder

**A17. Com quem você mora atualmente? (E)**

(1) Mora sozinha, não divide moradia – pular para A19

(2) Amigos/amigas

(3) Mãe e/ou pai

(4) Outros parentes que não pai ou mãe

(5) Companheiro(a)

(6) Outras travestis/transsexuais

(7) Mora na rua

(8) Não sabe/recusou

(9) Não sabe

(10) Não quis responder

**A18. Quantas pessoas compartilham com você o mesmo espaço de moradia? (E)**

(1) 1 a 2

(2) 3 a 5

(3) 6 a 10

(4) 11 e mais

(5) Não sabe

(6) Não quis responder

**A19. Você já se mudou de cidade alguma vez na vida? (L)**

(1) Não – *pular para A24*

(2) Sim, dentro do Brasil. Quantas vezes? \_\_\_\_\_(número)

(3) Sim, para fora do Brasil. Quantas vezes? \_\_\_\_\_(número)

(4) Não sabe

(5) Não quis responder

**A20. Por que você se mudou da cidade onde nasceu? (E)**

(1) Mudou com a família

(2) Foi vítima de agressões (psicológica, sexual ou física)

(3) Rejeição da família e/ou da comunidade

(4) Para fazer minha transição de gênero

- (5) Procurar trabalho
- (6) Para estudar
- (7) Para acompanhar meu/minha parceiro(a)
- (8) Porque aqui sou mais aceita (como travesti/mulher trans)
- (9) Para me prostituir ou mudar de praça para continuar me prostituindo
- (10) Outra
- (11) Não sabe
- (12) Não quis responder

**A21. Há quanto tempo você mora na sua cidade atual? (E)**

- (1) < 1 ano
- (2) Entre 1 e 5 anos – *pular para A23*
- (3) Entre 5 e 10 anos – *pular para A23*
- (4) Entre 10 e 20 anos – *pular para A23*
- (5) 20 anos ou mais – *pular para A23*
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**A22. Nos últimos 12 meses, em quantas cidades você morou? (E)**

\_\_\_\_\_ (número)

**A23. Por que você está morando nessa cidade? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Mudou com a família
- (2) Foi vítima de agressões (psicológica, sexual ou física)
- (3) Rejeição da família e/ou da comunidade
- (4) Para conseguir as transformações que desejo
- (5) Procurar trabalho
- (6) Para estudar
- (7) Para acompanhar meu/minha parceiro(a)
- (8) Porque aqui sou mais aceita (como travesti/mulher trans)
- (9) Para me prostituir ou mudar de praça para continuar me prostituindo
- (10) Retornei para minha cidade natal
- (11) Outra
- (12) Não sabe
- (13) Não quis responder

**A24. Você tentou mudar seu nome em documentos oficiais?**

- (1) Sim
- (2) Não - *pular para A26*
- (1) Não sabe - *pular para A26*
- (2) Não quis responder - *pular para A26*

**A25. Você conseguiu mudar seu nome em documentos oficiais?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**A26. No seu estado já está disponível a Carteira com Nome Social?**

- (1) Sim
- (2) Não - *pular para A28*
- (5) Não sabe - *pular para A28*
- (6) Não quis responder - *pular para A28*

**A27. Você tem a Carteira com Nome Social?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (7) Não sabe
- (8) Não quis responder

**A28. Qual a sua religião ou Culto? (E)**

- (1) Não tenho religião – *pular para o Bloco B*
- (2) Católica
- (3) Espírita
- (4) Afro-brasileira (Umbanda ou Candomblé)
- (5) Judaica
- (6) Evangélica/Protestante
- (7) Orientais/Budismo
- (8) Outra. Qual?
- (9) Não sabe
- (10) Não quis responder

**A29. Com que frequência vai a cultos ou atividades religiosas? (E)**

- (1) Uma vez por semana ou mais
- (2) Uma a três vezes por mês
- (3) Algumas vezes por ano
- (4) Menos do que uma vez por ano
- (5) Nunca - *pular bloco B*
- (6) Não sabe - *pular bloco B*
- (7) Não quis responder - *pular bloco B*

**A30. Você se sente acolhida (respeitada, bem vinda) nas atividades promovidas pela sua religião (cultos, reuniões...)?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**BLOCO B: CONHECIMENTO SOBRE DST, AIDS, HEPATITES VIRAIS E ACESSO A PRESERVATIVOS**

*Agora vamos falar sobre conhecimentos de HIV, Aids e Hepatites e como você acha que essas doenças podem ser transmitidas.*

**B1. Se uma pessoa usar camisinha toda vez que ela tiver relação sexual ela terá menos risco de se infectar pelo vírus da Aids. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B2. Se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro fixo e não infectado pelo vírus da Aids. ela terá menos risco de se infectar. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B3. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da Aids. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B4. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da Aids ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda

- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B5. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da Aids compartilhando talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B6. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da Aids compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B7. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da Aids se não usar preservativos nas relações sexuais. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B8. Existe cura para a Aids. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B9. Uma pessoa com HIV que está tomando corretamente o coquetel (medicamento para HIV/Aids) tem menos risco de transmitir o vírus da Aids para outra pessoa. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B10. Se uma mulher grávida estiver com o vírus da Aids, e ela receber tratamento durante a gravidez e no parto, o risco de passar o vírus para o filho diminui. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B11. Se uma mulher grávida estiver com sífilis e receber tratamento no início da gravidez, isto diminui o risco da mãe passar sífilis para o bebê. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B12. Uma pessoa pode contrair Hepatite B ou C compartilhando material para manicure (tesoura, alicate, algodão, palito, alicate, etc.). (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder



**B13. Uma pessoa pode contrair Hepatite B ou C fazendo tatuagem ou colocando piercing. (E) –**

**MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B14. Uma pessoa pode contrair Hepatite B ou C compartilhando escova de dente. (E) –**

**MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B15. Uma pessoa pode contrair Hepatite B ou C compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B16. Uma pessoa pode contrair Hepatite B ou C se não usar preservativos nas relações sexuais. (E) – MOSTRAR CARTÃO B**

- (1) Concorda
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B17. Quais das práticas sexuais SEM o uso de preservativo podem levar ao risco de infecção pelo HIV? (L) *Pode marcar mais de uma opção***

- (1) Sexo Vaginal
- (2) Sexo Anal
- (3) Sexo Oral
- (4) Masturbação (fazer ou receber de outro (a))
- (5) Não sabe
- (6) Não quis responder

**B18. Na sua opinião, qual o risco de você se infectar com o vírus da Aids? (L)**

- (1) Nenhum risco
- (2) Pouco
- (3) Moderado (mais ou menos)
- (4) Grande
- (5) Não sabe
- (6) Não quis responder

**B19. Você já ouviu falar em PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ou seja, o uso de medicação para evitar a infecção pelo vírus da Aids APÓS uma situação de sexo sem camisinha, rompimento da camisinha, violência sexual, etc.? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - *pular para 21*
- (3) Não sabe - *pular para 21*
- (4) Não quis responder - *pular para 21*

**B20. Você já utilizou a PEP (Profilaxia Pós-Exposição)? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B21. Você já ouviu falar em PrEP (Profilaxia Pré-Exposição), ou seja, medicações que uma**

**pessoa pode tomar ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - pular para 23
- (3) Não sabe - pular para 23
- (4) Não quis responder - pular para 23

**B22. Você já utilizou Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para HIV? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B23. Se o teste para HIV estivesse disponível para venda em farmácias, você o faria por conta própria para saber se você tem HIV/Aids? (E)**

- (1) Sim
- (5) Não
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**B24. Você tomaria um comprimido de antiretroviral (coquetel) todo dia se isso prevenisse a infecção pelo HIV? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B25. Você deixaria de usar camisinha se tomasse um comprimido de antiretroviral (coquetel) para prevenir a Aids todos os dias? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B26. Você teria um maior número de relações sexuais se tomasse um comprimido de antiretroviral (coquetel) para prevenir a Aids todos os dias? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B28. Você deixaria de tomar comprimido de antiretroviral (coquetel) por medo dos efeitos colaterais? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**B29. Você deixaria de tomar comprimido de antiretroviral (coquetel) por medo das pessoas acharem que você tem HIV? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

### **BLOCO C: ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

*Agora vamos falar sobre suas experiências nos serviços de saúde que costuma frequentar.*

**C1. Você está cadastrada em algum Posto de Saúde do SUS?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**C2. Você tem plano de saúde? (E) (Não considerar aquelas que informem ter apenas plano odontológico)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**C3. Quando você consultou um médico pela última vez? (E)**

- (1) Há menos de 12 meses
- (2) Entre 12 meses e 2 anos
- (3) Entre 2 e 3 anos
- (4) 3 anos ou mais
- (5) Nunca foi ao médico
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**C4. Quando você fica doente ou precisa de atendimento em saúde, onde você costuma ir: (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
- (2) Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica, Ambulatório de Hospital Público
- (3) UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou outra unidade de pronto atendimento público; Pronto-socorro ou emergência de hospital público
- (4) Consultório particular, ambulatório ou consultório de clínica particular
- (5) Pronto-atendimento ou emergência de hospital particular
- (6) Farmácia
- (7) Outro lugar ou alguém de sua confiança (amigas(os), bombadeira, cafetina, benzadeira etc)
- (8) Não procurou ajuda
- (9) Não sabe
- (10) Não quis responder

**C5. Agora vou lhe perguntar sobre o serviço de saúde que você mais frequenta:**

(a) Esse serviço de saúde fica aberto no sábado ou domingo?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(b) Esse serviço de saúde fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(c) Quando esse serviço de saúde está aberto e você adocece, alguém de lá atende você no mesmo dia?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(d) Quando o serviço de saúde que você frequenta e está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(e) Quando o serviço de saúde que você frequenta está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(f) É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (check-up) nesse serviço de saúde?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca

(g) Você tem que esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse serviço de saúde?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(h) É difícil para você conseguir atendimento médico nesse serviço de saúde quando pensa que é necessário?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(i) Quando você vai a esse serviço de saúde, é o mesmo médico ou enfermeira que atende você todas as vezes?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(j) O médico, enfermeiro ou profissional de saúde que lhe atende nesse serviço responde a suas perguntas de maneira que você entenda?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(k) O médico, enfermeiro ou profissional de saúde que lhe atende nesse serviço lhe dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(l) Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao médico, enfermeiro ou profissional de saúde que lhe atende nesse serviço?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(m) Quando você vai a esse serviço, os profissionais de saúde respeitam sua identidade de gênero?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca
(n) Quando você vai a esse serviço, os profissionais de saúde te chamam pelo seu nome social?	Sempre	Na maioria das vezes	Às vezes	Raramente	Nunca

**C6. Nos últimos 12 meses, onde você recebeu de forma regular preservativos? (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Recebi de graça no serviço de saúde
- (2) Recebi de graça em organização não governamental (ONG)
- (3) Recebi de graça no local de trabalho
- (4) Recebi de graça em outro local
- (5) Comprou
- (6) Não obtive camisinha
- (7) Não uso camisinha
- (8) Não sabe
- (9) Não quis responder

**C7. Nos últimos 12 meses, você recebeu de forma regular gel/creme lubrificante? (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Sim, Recebi de graça no serviço de saúde
- (2) Sim, Recebi de graça em organização não governamental (ONG)
- (3) Sim, Recebi de graça no local de trabalho
- (4) Sim, Recebi de graça em outro local
- (5) Sim, Comprou
- (6) Não obtive gel lubrificante
- (7) Não uso gel lubrificante
- (8) Não sabe
- (9) Não quis responder

**C8. Nos últimos 12 meses você fez algum teste para identificar doenças transmitidas pelo sexo, as chamadas DST? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não – pular para C11

- (3) Não sabe – pular para C11
- (4) Não quis responder – pular para C11

**C9. Algum desses testes teve resultado positivo para alguma DST? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não – pular para C11
- (3) Não sabe – pular para C11
- (4) Não quis responder – pular para C11

**C10. Você recebeu tratamento para alguma dessas DST? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**C11. Nos últimos 12 meses, você apresentou: (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Corrimento pelo canal da urina
- (2) Úlceras ou Feridas no seu órgão genital ou ânus
- (3) Verrugas no seu órgão genital ou ânus
- (4) Não teve nenhum dos problemas mencionados - pular para C14
- (5) Não sabe - pular para C14
- (6) Não quis responder - pular para C14

**C12. Na última vez que você teve algum problema (verruga, corrimento, ferida, etc.), no seu órgão genital ou ânus onde procurou ajuda? (E)**

- (1) Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
- (2) Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica, Ambulatório de Hospital Público
- (3) UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou outra unidade de pronto atendimento público; Pronto-socorro ou emergência de hospital público
- (4) Consultório particular, ambulatório ou consultório de clínica particular
- (5) Pronto-atendimento ou emergência de hospital particular
- (6) Farmácia
- (7) Outro lugar ou alguém de sua confiança (amigas(os), bombadeira, cafetina, benzedeira etc)
- (8) Não procurou ajuda - pular para C14
- (9) Nunca tive nenhum problema no órgão genital ou ânus - pular para C14
- (10) Não sabe - pular para C14
- (11) Não quis responder - pular para C14

**C13. Na última vez que você teve um desses problemas no seu órgão genital ou ânus, você foi orientada sobre: (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Uso de preservativo durante as relações sexuais
- (2) Necessidade de tratamentos dos parceiros
- (3) Fazer o teste de HIV (vírus da Aids)
- (4) Fazer o teste de sífilis
- (5) Fazer o teste de hepatite
- (6) Não recebi orientações
- (7) Outra
- (8) Não sabe
- (9) Não quis responder

**C14. Você já tomou vacina para Hepatite B? (E)**

- (1) Sim, todas as 3 doses
- (2) Sim, mas não completei as 3 doses
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**BLOCO D: TESTE DE HIV, SÍFILIS e HEPATITES**

Agora vamos conversar sobre suas experiências ao fazer os testes de HIV e outras infecções.

**D1. Caso queira realizar um teste de HIV/Aids, você sabe onde ir? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não – pular para D3
- (3) Não sabe – pular para D3
- (4) Não quis responder – pular para D3

**D2. Onde você iria preferencialmente? (E)**

- (1) CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) ou COA (Centro de Orientação e Aconselhamento)
- (2) Unidade de atenção básica (Posto de Saúde, Clínica da Família, Consultório de/na rua)
- (3) Pronto Socorro / UPA 24H / Hospital público
- (4) Hemocentro (doação de sangue)
- (5) Hospital particular
- (6) Consultório particular
- (7) Participando de Campanhas
- (8) No local de trabalho
- (9) ONG
- (10) Outras
- (11) Não sabe
- (12) Não quis responder

**D3. Quais dos seguintes testes (rápidos ou laboratoriais) você já realizou alguma vez na vida? (L)**

Marque quantas opções forem aplicáveis

<b>Hepatite C</b>	<b>Sífilis</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> <li>3. Não sabe responder</li> <li>4. Não quis responder</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> <li>3. Não sabe</li> <li>4. Não quis responder</li> </ol>
<b>Hepatite B</b>	<b>HIV/AIDS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> <li>3. Não sabe responder</li> <li>4. Não quis responder</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não – <i>pular para D12</i></li> <li>3. Não sabe – <i>pular para bloco E</i></li> <li>4. Não quis responder – <i>pular para bloco E</i></li> </ol>

**D4. Você já fez teste de HIV/Aids de fluido oral/saliva? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não conhece esse tipo de teste/nunca ouviu falar
- (4) Não Sabe
- (5) Não quis responder

**D5. Quando foi a última vez que você fez o teste de HIV/ Aids: (E)**

- (1) Há menos de 6 meses
- (2) Entre 6 e 12 meses
- (3) Entre 12 meses e 2 anos – *pular para D7*
- (4) 2 anos ou mais – *pular para D7*
- (5) Não sabe – *pular para D7*
- (6) Não quis responder – *pular para D7*

**D6. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez o teste para HIV/ Aids? (E)**

\_\_\_\_\_ vez(es)

**D7. Onde você fez o teste para HIV/ Aids da última vez? (E)**

- (1) CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) ou COA (Centro de Orientação e Aconselhamento)
- (2) Unidade de atenção básica (Posto de Saúde, Clínica da Família, Consultório de/na rua)
- (3) Pronto Socorro / UPA 24H / Hospital público
- (4) Hemocentro (doação de sangue)
- (5) Hospital particular
- (6) Consultório particular
- (7) Campanhas
- (8) No local de trabalho
- (9) ONG
- (10) Outras
- (11) Não sabe
- (12) Não quis responder

**D8. Qual o principal motivo de você ter feito teste para HIV/ Aids da última vez? (E)**

- (1) Me foi ofertado (campanhas)
- (2) Exame de rotina (checkup)
- (3) Por achar que tinha algum risco (camisinha furou, relação sem preservativo, compartilhamento de aparato para uso de droga injetável, etc.)
- (4) Por curiosidade
- (5) Porque o parceiro(a) pediu
- (6) Porque o parceiro(a) está infectado(a) pelo vírus do HIV ou tem Aids
- (7) Por indicação médica
- (8) Por exigência do trabalho/concurso
- (9) Por outro motivo
- (10) Não sabe
- (11) Não quis responder

**D9. Qual foi o resultado do seu último teste de HIV/ Aids? (E)**

- (1) Positivo
- (2) Negativo – *pular para bloco E*
- (3) Não recebi resultado – *pular para bloco E*
- (4) Não sabe – *pular para bloco E*
- (5) Não quis responder – *pular para bloco E*

**D10. Foram receitados medicamentos antirretrovirais (medicamentos para Aids) para você? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não – *pular para bloco E*
- (3) Não sabe – *pular para bloco E*
- (4) Não quis responder – *pular para bloco E*

**D11. Você toma estes medicamentos? (E)**

- (1) Sim – *pular para bloco E*
- (2) Não – *pular para bloco E*
- (3) As vezes – *pular para bloco E*
- (4) Não sabe – *pular para bloco E*
- (5) Não quis responder – *pular para bloco E*

**D12. Qual o principal motivo de você nunca ter feito o teste de HIV/Aids? (E)**

- (1) Nunca me foi ofertado
- (2) Porque a unidade de saúde é muito distante da minha residência/trabalho
- (3) Porque não sei onde fazer o teste
- (4) Não vejo motivo/não me sinto em risco
- (5) Porque tenho medo do resultado
- (6) Porque tenho medo do preconceito
- (7) Outro: \_\_\_\_\_
- (8) Não sabe

(9) Não quis responder

## **BLOCO E: DISCRIMINAÇÃO, VIOLÊNCIA E VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS**

*Agora vamos conversar sobre estigma e discriminação e como você, lidou/lida com essas questões. Lembre-se das experiências em que você percebeu que foi tratada diferente por ser travesti/mulher trans.*

### **E1. Alguma vez na vida, você já se sentiu discriminada por alguma pessoa e/ou local por ser travesti/mulher trans? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - pular para E4
- (3) Não sabe - pular para E4
- (4) Não quis responder - pular para E4

### **E2. Em que locais isso ocorreu? (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Em casa
- (2) No trabalho
- (3) Em estabelecimentos comerciais
- (4) Em locais de lazer
- (5) Em serviços de saúde ou assistenciais
- (6) Escola/ faculdade
- (7) Em delegacias
- (8) No transporte coletivo/complementar (ônibus, metro, barca, avião, van/kombi)
- (9) No transporte individual (taxi, uber, etc)
- (10) Em serviços de utilidade pública (poupa tempo, subprefeitura, cartórios...)
- (11) Banheiro público
- (12) Instituição religiosa (Igreja, terreiro, centro, sinagoga, etc)
- (13) Outro
- (14) Não sabe
- (15) Não quis responder

### **E3. Quem fez isso com você? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Parceiro(a)
- (2) Cliente
- (3) Familiar
- (4) Amigo
- (5) Chefe, colega de trabalho
- (6) Professor, funcionário da escola/faculdade, aluno
- (7) Vizinho(a), colega, conhecido(a)
- (8) Representante religioso
- (9) Alguém da comunidade Trans
- (10) Motorista, trocador
- (11) Atendente, vendedor, gerente comercial
- (12) Funcionário público (saúde, justiça, assistência social)
- (13) Desconhecido(a)
- (14) Outros
- (15) Não sabe
- (16) Não quis responder

### **E4. No caso de precisar usar o banheiro fora de casa, você: (L)**

- (1) Evita de todas as maneiras
- (2) Usa o banheiro feminino se só entrar uma pessoa por vez
- (3) Usa o banheiro feminino coletivo
- (4) Usa o banheiro masculino
- (5) Não sabe
- (6) Não quis responder

### **E5. Como sua família lida com o fato de você ser travesti/mulher trans? (E)**



- (1) Apoia completamente
- (2) Apoia parcialmente
- (3) É indiferente
- (4) Não apoia
- (5) Reprova completamente
- (6) A família não sabe
- (7) Não sabe
- (8) Não quis responder

*Agora vamos falar sobre violência, incluindo a violência física e sexual, ameaças e humilhações. Algumas perguntas podem ser difíceis de responder, ou você pode se lembrar de experiências desagradáveis ou tristes. Como lhe falei antes, se em algum momento você precisar parar ou se quiser pular qualquer pergunta não tem problema.*

**E6. Alguma vez na vida alguém já: (L) – MOSTRAR CARTÃO D**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

(1) Insultou você ou lhe fez se sentir mal consigo mesma?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(2) Fez você se sentir menosprezada frente de outras pessoas?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(3) Fez coisas para lhe assustar ou intimidar? (Por exemplo pela maneira de olhar ou gritando/atirando coisas)	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(4) Ameaçou lhe machucar ou machucar alguém que você gosta?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(5) Ameaçou revelar sua identidade de gênero (ou revelou sua identidade de gênero) contra sua vontade?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca

*[Se responder Não, nunca para TODAS as perguntas, pular para questão E9]*

**E7. Quem praticou essas das violências, ameaças e humilhações que você sofreu? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Parceiro(a)
- (2) Cliente
- (3) Familiar
- (4) Amigo
- (5) Chefe, colega de trabalho
- (6) Professor, funcionário da escola/faculdade
- (7) Vizinho(a), colega, conhecido(a)
- (8) Representante religioso
- (9) Alguém da comunidade Trans
- (10) Motorista, trocador
- (11) Atendente, vendedor, gerente comercial
- (12) Funcionário público (saúde, justiça, assistência social)
- (13) Desconhecido(a)
- (14) Outros

- (15) Não sabe  
 (16) Não quis responder

**E8. Da última vez que você passou por uma situação deste tipo, o que você fez (E)?**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Revidei a agressão  
 (2) Procurei a delegacia  
 (3) Procurei apoio de amigos(as)  
 (4) Procurei apoio da família  
 (5) Procurei um advogado  
 (6) Fiz uma denúncia em órgãos oficiais (disque 100, site da secretaria da justiça ou outro)  
 (7) Não fiz nada  
 (8) Outro  
 (9) Não sabe  
 (10) Não quis responder

**VIOLÊNCIA FÍSICA**

**E9. Alguma vez na vida alguém já: (L) – MOSTRAR CARTÃO D**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

(1) Deu um tapa ou jogou coisas que poderiam lhe machucar?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(2) Empurrou você?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(3) Deu um soco em você?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(4) Chutou você, te arrastou ou espancou?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(5) Queimou você de propósito?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(6) Ameaçou você com uma faca ou outra arma?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(7) Usou uma faca ou outra arma para te machucar?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca

*[Se responder Não, Nunca responder para todas as perguntas, pular para questão E12]*

**E10. Quem praticou essas violências físicas?**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Parceiro(a)  
 (2) Cliente  
 (3) Familiar  
 (4) Amigo  
 (5) Chefe, colega de trabalho  
 (6) Professor, funcionário da escola/faculdade, aluno(a)  
 (7) Vizinho(a), colega, conhecido(a)  
 (8) Representante religioso  
 (9) Alguém da comunidade Trans  
 (10) Motorista, trocador  
 (11) Atendente, vendedor, gerente comercial

- (12) Funcionário público (saúde, justiça, assistência social)
- (13) Desconhecido(a)
- (14) Outros
- (15) Não sabe
- (16) Não quis responder

**E11. Da última vez que você passou por uma situação deste tipo, o que você fez? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Revidei a agressão
- (2) Procurei a delegacia
- (3) Procurei apoio de amigos(as)
- (4) Procurei apoio da família
- (5) Procurei um advogado
- (6) Fiz uma denúncia em órgãos oficiais (disque 100, site da secretaria da justiça ou outro)
- (7) Não fiz nada
- (8) Outro
- (9) Não sabe
- (10) Não quis responder

**VIOLÊNCIA SEXUAL**

**E12. Alguma vez na vida alguém já: (L) - MOSTRAR CARTÃO D**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

(1) Tentou fazer sexo com você contra a sua vontade?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(2) Tentou fazer sexo com você sem preservativo contra a sua vontade?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(3) Forçou você a fazer alguma prática sexual que você achou humilhante?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(4) Alguma vez você fez sexo contra a sua vontade por medo do que o outro poderia lhe fazer?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
(5) Alguma vez você fez sexo contra a sua vontade por medo do seu parceiro (a) lhe abandonar?	Sim, sempre	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, uma vez	Não, nunca

[Se responder Não, nunca para TODAS as perguntas, pular para E15]

**E13. Quem fez essas violências sexuais com você? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis**

- (1) Parceiro(a)
- (2) Cliente
- (3) Familiar
- (4) Amigo
- (5) Chefe, colega de trabalho
- (6) Professor, funcionário da escola/faculdade
- (7) Vizinho(a), colega, conhecido(a)
- (8) Representante religioso
- (9) Alguém da comunidade Trans
- (10) Motorista, trocador
- (11) Atendente, vendedor, gerente comercial
- (12) Funcionário público (saúde, justiça, assistência social)
- (13) Desconhecido(a)
- (14) Outros
- (15) Não sabe

(16) Não quis responder

**E14. Da última vez que você passou por uma situação deste tipo, o que você fez? (E)  
Marque quantas opções forem aplicáveis**

- (1) Revidei a agressão
- (2) Procurei a delegacia
- (3) Procurei apoio de amigos(as)
- (4) Procurei apoio da família
- (5) Procurei um advogado
- (6) Fiz uma denúncia em órgãos oficiais (disque 100, site da secretaria da justiça ou outro)
- (7) Não fiz nada
- (8) Outro
- (9) Não sabe
- (10) Não quis responder

**Agora vamos falar um pouco sobre quando você era criança...**

<b>E15. Enquanto eu crescia...</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas Vezes</b>	<b>As vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Sempre</b>
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio(a)".					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					

18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de umamaneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentirassobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistircoisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a)emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quandoeu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

*Agora eu gostaria de fazer algumas perguntas específicas sobre a presença e/ou ameaça da polícia*

**E16. A polícia aparece no lugar onde você trabalha?**

- (1) Muito
- (2) De vez em quando
- (3) Pouco
- (4) Nunca
- (5) Não sabe
- (6) Não quis responder

**E17. O local onde você trabalha já teve uma batida da polícia?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**E18. Você já foi presa no trabalho?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**E19. Você se sente à vontade para dar queixa na polícia?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**E20. Você já se sentiu ameaçada pela polícia?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**E21. Você já sofreu violência física da polícia?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**E22. Você já sofreu violência sexual da polícia?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**BLOCO F: COMPORTAMENTO SEXUAL**

*Agora eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus relacionamentos e comportamentos sexuais no período mais recente. Lembre-se que as suas respostas são inteiramente confidenciais e que eu não irei comentar com ninguém o que você me falar.*

**F1. Com quantos anos você começou a ter relações sexuais?**

\_\_\_\_\_

**F2. Você costuma fazer a Chuca? (E)**

Entrevistador: Em caso de dúvida, explicar que trata-se da lavagem retal

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Sim – Antes do ato sexual
- (2) Sim – Depois do ato sexual
- (3) Não – pular para F6
- (4) Não sabe
- (5) Não quis responder

**F3. Qual material você utiliza para fazer a Chuca? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Mangueira de chuveiro/outra mangueira
- (2) Garrafa pet ou similar
- (3) Industrializado/ Clister/pera
- (4) Não sabe
- (5) Não quis responder

**F4. Que produto você utiliza? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Água
- (2) Água e sabonete
- (3) Água com produto antibacteriano diluído
- (4) Detergente
- (5) Vinagre
- (6) Água sanitária
- (7) Suco de limão
- (8) Álcool
- (9) Produtos comerciais
- (10) Laxantes
- (11) Óleo mineral/base de glicerina
- (12) Solução salina
- (13) Outros
- (14) Não sabe
- (15) Não quis responder

**F5. Nos últimos 30 dias, você teve relações sexuais com: (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Com homens

- (2) Com mulheres
- (3) Com transexuais/travestis/transgêneros
- (4) Não teve relações sexuais nos últimos 30 dias - *Pular para BLOCO G*
- (5) Não sabe
- (6) Não quis responder

### **PARCEIROS(AS) FIXOS(AS)**

*Agora vamos falar de suas experiências sexuais. Vamos começar perguntando sobre seus parceiros(as) fixos(as), com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Parceiro(a) fixo(a) pode ser um namorado(a), esposa/marido, companheiro(a) ou alguém para quem você não recebe nem dá nenhum tipo de dinheiro, favores ou drogas para ter relações sexuais.*

#### **F6. Você teve relações sexuais com PARCEIROS (as) FIXO(AS) nos últimos 30 dias? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não – *pular para F13*
- (3) Não tenho parceiro(a) fixo(a) -- *pular para F13*
- (4) Não sabe – *pular para F13*
- (5) Não quis responder – *pular para F13*

#### **F7. Com quantos(as) PARCEIROS (as) FIXO(AS) você teve relações sexuais nos últimos 30 dias? (E)**

- (1) Um parceiro(a)
- (2) 2 a 5 parceiros(as)
- (3) 2 a 5 parceiros(as)
- (4) 6 a 10 parceiros(as)
- (5) Mais de 10 parceiros(as)
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

#### **F8. Com que frequência você usou camisinha nos últimos 30 dias, com PARCEIROS (as) FIXO(AS)? (L) – MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

#### **F9. Com que frequência você bebeu e/ou usou alguma droga antes/durante a relação sexual com PARCEIROS (as) FIXO(AS) nos últimos 30 dias? – MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

#### **F10. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS (as) FIXO(AS) durante sexo anal, quando você foi penetrado, nos últimos 30 dias? (L) – MOSTRAR CARTÃO C (Entrevistador: explicar se houver dúvida “foi ativa” “comeu”)**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não realiza esta prática
- (7) Não sabe

(8) Não quis responder

**F11. Com que frequência você usou camisinha PARCEIROS (as) FIXO(AS), durante sexo anal, quando você foi penetrada, nos últimos 30 dias? (L) – MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não realizo esta prática
- (7) Não sabe
- (8) Não quis responder

**F12. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS (as) FIXO(AS) durante o sexo oral (quando você fez ou recebeu de outro(a), nos últimos 30 dias? (L) – MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

#### **PARCEIROS(AS) EVENTUAIS/CASUAIS**

*Agora vamos falar de suas experiências sexuais nos últimos 30 dias com parceiros(as) eventuais/casuais. Parceiro(a) eventual/casual é alguém com quem você transou uma ou mais vezes sem regularidade ou compromisso, e para quem você não recebe nem dá dinheiro, drogas ou favores para ter relações sexuais. Pode ser um rolo, ficante, paquera etc...*

**F13. Você teve relações sexuais com PARCEIROS(AS) EVENTUAIS/CASUAIS nos últimos 30 dias? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não – pular para F20
- (3) Não tenho parceiro(a) eventual/casual - pular para F20
- (4) Não sabe – pular para F20
- (5) Não quis responder – pular para F20

**F14. Com quantos(as) PARCEIROS(AS) EVENTUAIS/CASUAIS você teve relações sexuais nos últimos 30 dias? (E)**

- (1) Um parceiro(a)
- (2) 2 a 5 parceiros(as)
- (3) 2 a 5 parceiros(as)
- (4) 6 a 10 parceiros(as)
- (5) Mais de 10 parceiros(as)
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**F15. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS(AS) EVENTUAIS/ CASUAIS nos últimos 30 dias? (L) - MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**F16. Com que frequência você bebeu e/ou usou alguma droga antes/durante a relação sexual com PARCEIROS(AS) EVENTUAIS/CASUAIS nos últimos 30 dias? - MOSTRAR CARTÃO C**



- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**F17. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS durante sexo anal, quando você foi penetrado, nos últimos 30 dias? (L) – MOSTRAR CARTÃO C**  
(Entrevistador: explicar se houver dúvida “foi ativa” “comeu”)

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**F18. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS, durante sexo anal, quando você foi penetrada, nos últimos 30 dias? (L) – MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**F19. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS durante o sexo oral (quando você realizou ou recebeu), nos últimos 30 dias? (L) – MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

#### **PARCEIROS(AS) COMERCIAIS**

*Agora vamos falar de suas experiências sexuais nos últimos 30 dias com parceiros(as) comerciais, ou seja, de quem você recebeu ou ofereceu dinheiro, drogas ou favores em troca de sexo.*

**F20. Alguma vez na vida você já trabalhou como profissional do sexo? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - pular para BLOCO G
- (3) Não sabe - pular para BLOCO G
- (4) Não quis responder - pular para BLOCO G

**F21. Com que idade você começou a trabalhar como profissional do sexo? (E)**

- (1) \_\_\_\_\_ anos
- (2) Não sabe
- (3) Não quis responder

**F22. Onde você costuma (ou costumava) fazer programas? (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Boates/Bares
- (2) Hotel/Motel

- (3) Sauna/Termas
- (4) Nas ruas
- (5) Agência
- (6) Bordel/Casa de cafetina
- (7) Na sua casa
- (8) No carro
- (9) Outros
- (10) Não sabe
- (11) Não quis responder

**F23. Com quem ou em quais das situações abaixo você aceitaria fazer sexo sem preservativo, atuando como profissional do sexo? (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Com cliente casado
- (2) Com cliente jovem
- (3) Com cliente bonito
- (4) Com cliente educado
- (5) Quando não tenho preservativo disponível
- (6) Quando penso que não há risco de transmissão de doenças
- (7) Quando foi combinado que não haverá o gozo dentro
- (8) Quando é um cliente fixo
- (9) Quando o cliente paga mais
- (10) Quando usa drogas e/ou álcool
- (11) Quando não está com vontade de usar
- (12) Não aceita em nenhuma situação
- (13) Quando confio no meu parceiro (a)
- (14) Não sabe
- (15) Não quis responder

**F24. Você teve relações sexuais com PARCEIROS(AS) COMERCIAIS nos últimos 30 dias? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não – pular para BLOCO G
- (3) Não tenho Parceiro(a) comercial - pular para BLOCO G
- (4) Não sabe – pular para BLOCO G
- (5) Não quis responder – pular para BLOCO G

**F25. Com quantos(as) PARCEIROS(AS) COMERCIAIS você teve relações sexuais nos últimos 30 dias? (E)**

- (1) Um parceiro(a)
- (2) 2 a 5 parceiros(as)
- (3) 2 a 5 parceiros(as)
- (4) 6 a 10 parceiros(as)
- (5) Mais de 10 parceiros(as)
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**F26. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS(AS) COMERCIAIS, nos últimos 30 dias? (L) – MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**F27. Com que frequência você bebeu e/ou usou alguma droga antes/durante a relação sexual com PARCEIROS(AS) COMERCIAIS nos últimos 30 dias? – MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes

- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**F28. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS(RAS) COMERCIAIS durante sexo anal, quando você foi penetrado, nos últimos 30 dias? (L) – MOSTRAR CARTÃO C**

*(Entrevistador: explicar se houver dúvida “foi ativa” “comeu”)*

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**F29. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS(RAS) COMERCIAIS, durante sexo anal, quando você foi penetrada, nos últimos 30 dias? (L) – MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**F30. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS(RAS) COMERCIAIS durante o sexo oral (quando você realizou ou recebeu), nos últimos 30 dias? (L) – MOSTRAR CARTÃO C**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) Às vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

#### BLOCO G: ALCOOL E OUTRAS DROGAS

**ASSIST (OMS) - QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.**

#### BLOCO H: MODIFICAÇÕES CORPORAIS

*Agora falaremos sobre alterações corporais que você já fez*

**H1. Você já fez uso de algum recurso/procedimento para modificar seu corpo (como hormônio, silicone, megahair, depilação)? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não – pular para H4
- (4) Não sabe – pular para H4
- (5) Não quis responder – pular para H4

**H2. Que idade você tinha quando fez a sua primeira modificação corporal?**

\_\_\_\_\_ ANOS

**H3. Quais os procedimentos que você já fez? (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Silicone industrial
- (2) Prótese de silicone (glúteo, mama/peito)

- (3) Cirurgias de redesignação sexual
- (4) Outra cirurgia plástica (que não prótese de silicone ou de redesignação sexual)
- (5) Cirurgia de corda vocal
- (6) Exercícios de adaptação vocal (modulação da voz)
- (7) Maquiagem definitiva
- (8) Megahair
- (9) Laser para retirada de barba/pêlos
- (10) Raspagem do pomo de adão
- (11) Botox ou preenchimento com Metacril
- (12) Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- (13) Não sabe
- (14) Não quis responder

**H4. Você toma ou já tomou hormônios? (E)**

- (1) Sim, tomei e continuo tomando
- (2) Sim, mas não tomo mais
- (3) Nunca tomei - *pular para H12*
- (4) Não sabe - *pular para H12*
- (5) Não quis responder - *pular para H12*

**H5. Que idade você tinha quando usou hormônios pela primeira vez?**

\_\_\_\_\_ ANOS

**H6. Onde/com quem você comprou/conseguiu o hormônio? (E)**

- (1) Comprou em farmácias sem receita
- (2) Comprou em farmácias com receita
- (3) Com amigos/colegas de trabalho
- (4) Com bombadeiras
- (5) Com outras trans
- (6) No SUS
- (7) Pela internet
- (8) Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- (9) Não sabe
- (10) Não quis responder

**H7. Você recebe/recebeu orientações sobre cuidados no uso de hormônios? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não – *pular para H9*
- (3) Não sabe – *pular para H9*
- (4) Não quis responder – *pular para H9*

**H8. De quem você recebeu as orientações? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Profissional de saúde em geral
- (2) Endocrinologista
- (3) Outras travestis/transsexuais
- (4) Bombadeira.
- (5) Outro: \_\_\_\_\_
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**H9. O quão satisfeita você está com os resultados alcançados com o uso de hormônio no seu corpo? (L)**

- (1) Satisfeita
- (2) Muito satisfeita
- (3) Nem satisfeita, nem insatisfeita
- (4) Muito insatisfeita
- (4) Insatisfeita
- (5) Não sabe
- (6) Não quis responder

**H10. Você já sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de hormônios? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - *pular para H12*
- (3) Não sabe - *pular para H12*
- (4) Não quis responder - *pular para H12*

**H11. O que você fez em relação a este efeito indesejado? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Procurou um profissional de saúde
- (2) Deixou de usar
- (3) Tomou remédio por conta própria
- (4) Procurou ajuda de amigo(as), conhecidos(as)
- (5) Procurou ajuda da bombadeira
- (6) Não fez nada
- (7) Outro: \_\_\_\_\_
- (8) Não sabe
- (9) Não quis responder

**H12. Você já fez uso de silicone industrial? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - *pular para bloco H17*
- (3) Não sabe - *pular para bloco H17*
- (4) Não quis responder - *pular para bloco H17*

*Para quem respondeu que aplicou silicone industrial*

**H13. Em quais partes do corpo você aplicou o silicone industrial?**

- (1) Mamas/Peito
- (2) Glúteos/Bunda
- (3) Coxas
- (4) Panturrilhas
- (5) Face/Rosto
- (6) Braços
- (7) Outros: \_\_\_\_\_

**H14. Quem aplicou o silicone industrial em você? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Bombadeira que não é profissional de saúde
- (2) Bombadeira que é profissional de saúde
- (3) Outra pessoa que não a bombadeira
- (4) Eu mesma
- (5) Outro: \_\_\_\_\_
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**H15. Você já sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de silicone industrial? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - *pular para H17*
- (3) Não sabe- *pular para H17*
- (4) Não quis responder - *pular para H17*

**H16. Quais efeitos indesejados você teve?**

- (1) Reação alérgica
- (2) Infecção
- (3) Trombose (explicar, Trombose é xxx)
- (4) Necrose (explicar, Necrose é xxx)
- (5) Dor
- (6) Feridas
- (7) Silicone espalhou para outros locais do corpo

(8) Outro: \_\_\_\_\_

**H17. O que você fez em relação a este efeito indesejado? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Procurou um profissional de saúde
- (2) Deixou de usar
- (3) Tomou remédio por conta própria
- (4) Procurou ajuda de amigo(as), conhecidos(as)
- (5) Procurou ajuda da bombadeira
- (6) Não fez nada
- (7) Outro: \_\_\_\_\_
- (8) Não sabe
- (9) Não quis responder

**H18. Das vezes que você usou silicone industrial, com que frequência você compartilhou/reutilizou a seringa com outras pessoas? (E)**

- (1) Sempre
- (2) Na maioria das vezes
- (3) As vezes
- (4) Raramente
- (5) Nunca
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

**H.19. Você tem prótese de silicone? (L)**

- (1) Sim, mama
- (2) Sim, glúteo
- (3) Sim, outra:
- (4) Não - *pular para BLOCO I*
- (5) Não sabe - *pular para BLOCO I*
- (6) Não quis responder - *pular para BLOCO I*

**H.20. Que idade você tinha quando colocou prótese pela primeira vez?**

\_\_\_\_\_ ANOS

*Preencha a idade com números. Caso o participante refira não lembrar, tente ajudá-lo.*

**H.21. Onde você realizou o procedimento? (E)**

- (1) Hospital/Clínica pública
- (2) Hospital/Clínica particular
- (3) Outro \_\_\_\_\_
- (4) Não sabe
- (5) Não quis responder

**BLOCO I: SAUDE MENTAL**

*Agora vamos falar dos seus sentimentos e como você se sente em relação à sua saúde emocional.*

**I1. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? - MOSTRE O CARTÃO E**

- (1) Nenhum dia
- (2) Menos de uma semana
- (3) Uma semana ou mais
- (4) Quase todos os dias

**I2. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimida ou sem perspectiva? - MOSTRE O CARTÃO E**

- (1) Nenhum dia
- (2) Menos de uma semana
- (3) Uma semana ou mais

(4) Quase todos os dias

**I3. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume? - MOSTRE O CARTÃO E**

- (1) Nenhum dia
- (2) Menos de uma semana
- (3) Uma semana ou mais
- (4) Quase todos os dias

**I4. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansada ou com pouca energia? - MOSTRE O CARTÃO E**

- (1) Nenhum dia
- (2) Menos de uma semana
- (3) Uma semana ou mais
- (4) Quase todos os dias

**I5. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais? - MOSTRE O CARTÃO E**

- (1) Nenhum dia
- (2) Menos de uma semana
- (3) Uma semana ou mais
- (4) Quase todos os dias

**I6. 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? - MOSTRE O CARTÃO E**

- (1) Nenhum dia
- (2) Menos de uma semana
- (3) Uma semana ou mais
- (4) Quase todos os dias

**I7. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)? - MOSTRE O CARTÃO E**

- (1) Nenhum dia
- (2) Menos de uma semana
- (3) Uma semana ou mais
- (4) Quase todos os dias

**I8. Nas últimas duas semanas, quantos dias você sentiu 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? - MOSTRE O CARTÃO E**

- (1) Nenhum dia
- (2) Menos de uma semana
- (3) Uma semana ou mais
- (4) Quase todos os dias

**I9. Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira, ou que seria melhor estar morta? - MOSTRE O CARTÃO E**

- (1) Nenhum dia
- (2) Menos de uma semana
- (3) Uma semana ou mais
- (4) Quase todos os dias

**I10. 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) Nenhuma dificuldade
- (1) Pouca dificuldade
- (2) Muita dificuldade
- (3) Extrema dificuldade

**I11. Você já pensou em se matar alguma vez na vida? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - *pular para I14*
- (3) Não sabe - *pular para I14*
- (4) Não quis responder - *pular para I14*

**I12. Você já tentou se matar alguma vez na vida? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - *pular para I14*
- (3) Não sabe - *pular para I14*
- (4) Não quis responder - *pular para I14*

**I13. Nos últimos 12 meses você tentou se matar? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sabe
- (4) Não quis responder

**I14. Em geral, você diria que sua saúde emocional/mental é: (L)**

- (1) Excelente
- (2) Muito boa
- (3) Boa
- (4) Razoável
- (5) Ruim
- (6) Não sabe
- (7) Não quis responder

I15. Agora vamos falar sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Como você avaliaria sua qualidade de vida? *	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	MuitoBoa
O quanto você está satisfeita com a sua saúde?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeitanem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
Em que medida você sente alguma dor física que lhe impede de fazer o que você precisa?	Nada	Muitopouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema mente
O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Nada	Muitopouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema mente
O quanto você aproveita a vida?	Nada	Muitopouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema mente
Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	Nada	Muitopouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema mente
O quanto você consegue se concentrar?	Nada	Muitopouco	Mais ou menos	Bastante	Extrema mente



O quanto você se sente segura em sua vida diária?	Nada	Muitopouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
O quanto o seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada	Muitopouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	Nada	Muitopouco	médio	Muito	Completamente
O quanto você está satisfeita com sua aparência física?	Nada	Muitopouco	médio	Muito	Completamente
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada	Muitopouco	médio	Muito	Completamente
O quanto as informações que precisa no seu dia-a-dia estão disponíveis para você?	Nada	Muitopouco	médio	Muito	Completamente
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	Nada	Muitopouco	médio	Muito	Completamente
Quão bem você é capaz de se locomover, isto é, caminhar com as próprias pernas ou deslocar-se com a ajuda de aparelhos ou cadeira de rodas?	Nada	Muitopouco	médio	Muito	Completamente
O quanto você está satisfeita com seu sono?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
O quanto você está satisfeita com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
O quanto você está satisfeita com sua capacidade para o trabalho? *	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
O quanto você está satisfeita consigo mesma?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
O quanto você está satisfeita com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
O quanto você está satisfeita com sua vida sexual?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
O quanto você está satisfeita com o apoio que você recebe de seus amigos?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
O quanto você está satisfeita com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita, nem	Satisfeita	Muito satisfeita

			insatisfeita		
O quanto você está satisfeita com o seu acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
O quanto você está satisfeita com o seu meio de transporte?	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Satisfeita	Muito satisfeita
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	Algumas Vezes	Frequente mente	Muito frequente mente	Sempre

### BLOCO J: ENVOLVIMENTO COM O SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL

*Agora vamos falar de suas experiências com a justiça*

**J1. Você foi detida pela polícia (ficou pelo menos um dia na delegacia) alguma vez na vida? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não
- (4) Não sabe
- (5) Não quis responder

**J2. Você já foi presa alguma vez na vida? (E)**

- (1) Sim
- (2) Não - *pular para J7*
- (4) Não sabe - *pular para J7*
- (5) Não quis responder - *pular para J7*

**J3. Quantos anos você tinha quando foi presa pela primeira vez?**

\_\_\_\_\_ ANOS (E)

**J4. Da última vez que esteve presa, você: (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Compartilhou a cela com Homens
- (2) Compartilhou a cela com Mulheres
- (3) Compartilhou a cela com gays, lésbicas e outras travestis/transsexuais
- (4) Foi encaminhada para penitenciária feminina
- (5) Teve seu cabelo cortado
- (6) Foi chamada pelo nome social
- (7) Utilizou vestimenta conforme o seu gênero
- (8) Não sabe
- (9) Não quis responder

**J5. Da última vez que esteve presa, você passou por alguma(s) da(s) situação(ões) abaixo? (L)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Sofreu alguma violência física por outros(as) presos(as)
- (2) Sofreu alguma violência sexual por outros(as) presos(as)
- (3) Sofreu alguma violência física por funcionários(as) do presídio
- (4) Sofreu alguma violência sexual por funcionários(as) do presídio
- (5) Não sabe
- (6) Não quis responder

**J6. Da última vez que esteve presa, você teve acesso a alguma dessas atividades?**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Cursos ou outras atividades de ensino
- (2) Algum trabalho

- (3) Apoio psicológico
- (4) Atendimento médico
- (5) Serviço de apoio social
- (6) Outro: \_\_\_\_\_
- (7) Não sabe
- (8) Não quis responder

**J7. Por quanto tempo você ficou presa da última vez? (E)**

\_\_\_\_\_ meses

**J8. Qual foi o motivo de você ter sido presa da última vez? (E)**

*Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Uso ou posse de drogas
- (2) Tráfico ou produção de drogas
- (3) Furto, assalto, roubo
- (4) Cafetinagem (incluindo casa de prostituição)
- (5) Homicídio
- (6) Agressão, ameaça, violência sexual
- (7) Envolvimento com tráfico de pessoas
- (8) Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- (9) Não sabe
- (10) Não quis responder

**BLOCO K: APOIO SOCIAL, RESILIÊNCIA E ORGULHO TRANS**

*Agora para finalizar, vamos falar sobre coisas boas!*

**K1. Apoio Social**

Se você precisar, com que frequência você conta com alguém...	Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
Que lhe ajude, se você ficar de cama?					
Para lhe ouvir, quando você precisa conversar?					
Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?					
Para levar você ao médico?					
Que demonstre amor e carinho por você?					
Para se divertir junto?					
Para lhe dar informação que lhe ajude a compreender uma determinada situação?					
Em quem confiar para falar de você ou dos seus problemas?					
Que lhe dê um abraço?					
Com quem relaxar?					
Para fazer sua comida, se você não puder fazer?					
De quem você realmente quer conselhos?					
Com quem distrair a cabeça?					
Para lhe ajudar nas suas atividades do dia a dia, se você ficar doente?					

Com quem você possa compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?					
Com quem você possa fazer coisas agradáveis?					
Que compreenda seus problemas?					
Que você goste e que faça você se sentir querida?					
Você participa de alguma ONG ou de algum grupo/coletivo voltado para mulheres Trans, e Travestis?					

## K2. Resiliência

*Agora vamos falar sobre resiliência. Resumidamente, resiliência é capacidade de o indivíduo lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações difíceis. Vou ler algumas frases e você me diz o quanto você concorda ou não com o que está sendo dito. (MOSTRAR CARTÃO F)*

	Concordo Totalmente	Concordo a maiorias vezes	Não sei	Discordo a maioria das vezes	Discordo Totalmente
(1) Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim					
(2) Eu costumo lidar com os problemas de um jeito ou de outro					
(3) Eu dependo mais de mim do que de qual-quer outra pessoa					
(4) Manter interesse nas coisas é importante para mim					
(5) Diante de uma necessidade, consigo me virar sozinha					
(6) Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida					
(7) Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação					
(8) Eu tenho amor próprio					
(9) Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo					
(10) Eu sou determinada					
(11) Eu faço as coisas sem pensar, ajo por instinto/impulso					
(12) Eu faço as coisas um dia de cada vez					
(13) Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes					
(14) Eu sou disciplinada					
(15) Eu mantenho interesse nas coisas					
(16) Eu consigo achar graça das coisas					

(17) Minha crença em mim mesmo me ajuda a atravessar tempos difíceis					
(18) Em uma emergência, eu sou uma pessoa com quem os outros podem contar					
(19) Eu consigo perceber uma situação de diversas maneiras					
(20) Às vezes eu me obrigo a fazer coisas mesmo não querendo					
(21) Minha vida tem sentido					
(22) Eu não insisto em coisas que eu não posso mudar					
(23) Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída					
(24) Eu tenho determinação para fazer o que eu tenho que fazer					
(25) Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim					

### K3. Orgulho Trans

	I. Discordo Totalmente	II. Discordo a maioria das vezes	III. Não sei	IV. Concordo a maioria das vezes	V. Concordo Totalmente
(1) Minha identidade de gênero me faz sentir especial e única.					
(2) Para mim está tudo bem em ter pessoas que saibam que minha identidade de gênero é diferente do sexo atribuído no meu nascimento.					
(3) Eu não tenho problemas em falar sobre minha identidade e trajetória de gênero para os outros.					
(4) É um dom, uma dádiva que minha identidade de gênero seja diferente do sexo atribuído no meu nascimento.					
(5) Eu sou como as outras pessoas, mas sou também especial pelo fato da minha identidade de gênero ser diferente do sexo atribuído no meu nascimento.					
(6) Tenho orgulho de ser uma pessoa cuja identidade de gênero seja diferente do sexo atribuído no meu nascimento.					
(7) Eu fico confortável em revelar aos outros que minha identidade de gênero é diferente do sexo atribuído no meu nascimento.					

(8) Eu prefiro que as pessoas saibam de tudo e me aceitem com minha identidade e trajetória de gênero.					
--	--	--	--	--	--

### Termo de Responsabilidade do Entrevistador

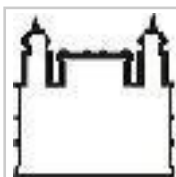
Declaro que as informações por mim coletadas atendem ao padrão de qualidade exigido pela FIOCRUZ, ou seja: (1) a entrevistada enquadrou-se dentro do perfil exigido; (2) as informações são verdadeiras e foram corretamente marcadas no questionário; (3) o questionário foi revisado cuidadosamente e todos os campos estão devidamente preenchidos; e (4) tenho conhecimento que pelo menos 20% do material por mim coletado poderá ser verificado em campo para controle da qualidade.

Estou ciente das informações incluídas acima sob a denominação de informação relevante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

RG entrevistador: \_\_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

## ANEXO E - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis.

**Pesquisador:** Monica Siqueira Malta

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 49359415.9.0000.5240

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Ministério da Saúde

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.349.633

#### Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer consubstanciado de número 1.285.259, em 19/10/2015.

Projeto de Monica Siqueira Malta do Departamento de Ciências Sociais/ENSP/FIOCRUZ, o qual será realizado com financiamento pelo Ministério da Saúde.

Resumo:

"Segundo estimativas recentes do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, em 2014 haviam aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. A estimativa corresponde, entre a população de 15 a 49 anos, a uma prevalência de 0,6% - 0,7% em homens e 0,4% em mulheres. No entanto, prevalências muito mais altas têm sido identificadas em populações sob risco acrescido. Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) profissionais do sexo tem 12 vezes mais chances de adquirir o HIV, homens que fazem sexo com homens 19 vezes, usuários de drogas injetáveis 28 vezes e travestis tem até 49 vezes mais chances de adquirir o HIV, quando comparados com população adulta em geral. Apesar da importância destes segmentos na dinâmica de disseminação da epidemia de AIDS, estes têm

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**CEP:** 21.041-210

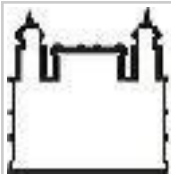
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

(21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/  
FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.349.633

pequena magnitude em termos populacionais e são considerados como populações de difícil acesso para estudos que utilizam desenhos metodológicos habituais, como inquéritos epidemiológicos domiciliares. Faz-se necessário elaborar desenhos amostrais especificamente formulados para acessar essas populações ditas “de difícil acesso”, nas quais é muito difícil ou impossível obter acesso a uma listagem exaustiva de seus integrantes, os quais geralmente estão envolvidos em atividades, ou possuem hábitos e características estigmatizadas e/ou ilegais (ex: usuários de drogas, trabalhadores do sexo, travestis). Não é possível estabelecer a real dimensão destas populações utilizando desenhos amostrais clássicos, e os estudos que lhes dizem respeito se veem às voltas com complexas questões de privacidade e sensibilidade das eventuais abordagens da população-alvo. Alguns métodos têm sido desenvolvidos e utilizados quando o interesse é conhecer melhor características e comportamentos de populações de difícil acesso. Tais métodos de amostragem se aproximam (ou buscam se aproximar) da amostragem probabilística. Um destes métodos é a estratégia de amostragem denominada “Respondent Driven Sampling” (RDS), que será utilizada na presente pesquisa. O método RDS é uma variante da amostragem em cadeia, onde os indivíduos da população sob estudo recrutam seus pares. A coleta de dados é realizada por meio de sucessivos ciclos de recrutamento, ou ondas, até que o tamanho de amostra estipulado seja atingido. O método já foi utilizado com sucesso em estudos anteriores realizadas pelo nosso grupo de pesquisa. É importante ressaltar que inexistem estudos brasileiros acerca da prevalência de HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites virais entre travestis no Brasil. O presente projeto tem o objetivo realizar estudo de comportamentos, atitudes, práticas e prevalências de HIV, Sífilis, HCV e HBV entre travestis de 12 municípios, a saber: Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São Paulo/SP. A pesquisa visa a construção de indicadores relacionados à sua vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, de modo a estabelecer uma linha de base de monitoramento destas epidemias neste segmento populacional, no Brasil. Pretende-se, igualmente, estabelecer parâmetros consistentes para identificar as diferenças sociais, demográficas e geográficas nos padrões de comportamento relacionados à vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS e demais infecções selecionadas, bem como identificar especificidades e necessidades em saúde desta população.”

**Metodologia:**

Serão estudados o conhecimento, as atitudes e práticas de risco relacionadas ao HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C em travestis brasileiras. Todas as participantes serão aconselhadas (pré e

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**CEP:** 21.041-210

**UF:** RJ

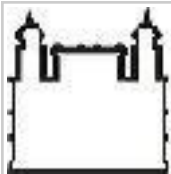
**Município:** RIO DE JANEIRO

(21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br





ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/  
FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.349.633

pós-testes) e será oferecida testagem para as infecções selecionadas. Será utilizada a metodologia de amostragem RDS, a qual se inicia com uma pequena amostra, geralmente identificada através de uma 'pesquisa formativa' inicial. Esta amostra inicial é denominada "semente", e irá recrutar novos indivíduos de sua rede social e, por sua vez, cada indivíduo recrutado irá recrutar uma nova "onda" (pequeno conjunto) de contatos. Assim, a amostra segue crescendo em "ondas" de recrutamento, sendo interrompida após alcançar um critério de parada - um dado tamanho de amostra, definido a priori; um certo quantitativo de casos; um determinado número de ondas etc. (Heckathorn, 1997). Cada indivíduo pode recrutar apenas um número restrito de contatos, definido de antemão (geralmente 3), para evitar que alguns indivíduos com muitos contatos "dominem" a amostra (Tiffany, 2006). A estrutura da rede social de recrutamento é utilizada nas análises dos resultados e cada rede social é analisada de forma isolada, objetivando levar em conta as características de cada grupo social recrutado. Serão recrutadas 350 travestis nos seguintes municípios: Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Recife/PE e Salvador/BA. Serão recrutadas 600 participantes em cada um dos dois municípios mais populosos, Rio de Janeiro/RJ e São Paulo/SP. A amostra total da pesquisa será de 4.700 travestis.

Etapas da Pesquisa:

1. Pesquisa Formativa: Objetiva conhecer melhor as características e especificidades relacionadas a população de travestis de cada município. Será facilitada através da articulação com ONGs e movimentos sociais locais e utilizará entrevistas em profundidade com informantes chave (travestis, gestores, profissionais de saúde etc). A pesquisa formativa permitirá a apresentação da pesquisa a diversos atores sociais, adequação cultural do questionário, mapeamento de locais de frequência, conhecimento de redes sociais e identificação de sementes (participantes iniciais do questionário).
2. INQUÉRITO: aplicação de questionário abordando informações sócio-demográficas; conhecimento acerca das formas de transmissão de HIV e algumas infecções sexualmente transmissíveis; comportamento sexual; uso de álcool e drogas; necessidades de saúde; experiências de discriminação e violência; integração e participação social.
3. TESTAGEM: Após a entrevista, será feito o aconselhamento prévio aos testes de HIV, sífilis e hepatites Be C, caso a entrevistada aceite participar dessa fase. Após o aconselhamento, as participantes serão encaminhadas para a realização dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C. Um profissional de saúde qualificado irá fazer um pequeno furo na ponta do dedo com uma

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**CEP:** 21.041-210

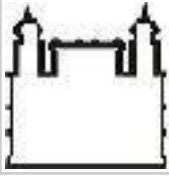
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

(21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/  
FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.349.633

lanceta estéril e descartável e irá colher algumas gotas de sangue para fazer os exames. Os resultados dos exames serão fornecidos até duas horas após a coleta de sangue. Um profissional de saúde qualificado irá entregar os resultados e realizar o procedimento de aconselhamento pós-teste. Todas as participantes com resultado(s) positivo(s) serão encaminhadas para o serviço de saúde público mais próximo de sua residência, para iniciar o acompanhamento e tratamento necessário.

4. Testes laboratoriais adicionais, a serem realizados apenas com as participantes do RJ:

- (a) Diferenciação de soroconvertores recentes e de longo termo para indivíduos infectados pelo HIV com utilização de testes sorológicos de incidência;
- (b) Estudo comparativo entre triagem sorológica convencional para HIV, HBV, HCV e sífilis e triagem realizada em sangue total em papel de filtro".

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo a pesquisadora, os objetivos da pesquisa são:

"Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

- (1) Descrever o perfil sócio-demográfico, conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (2) Descrever os comportamentos de risco frente ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (3) Caracterizar as diferenças sociodemográficas nas práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (4) Estimar a taxa de prevalência de HIV, Sífilis, Hepatite B e C e Identificar os fatores associados às infecções;
- (5) Estimar a prevalência de eventos de violência e transfobia em travestis e identificar os fatores associados".

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**CEP:** 21.041-210

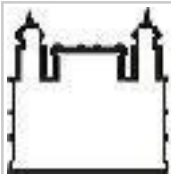
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

(21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a análise de risco feita pela pesquisadora, "o principal risco para participantes do estudo são a perda da confidencialidade, ou danos sociais/psicológicos causados por abordar questões muito pessoais nas entrevistas ou por receber um resultado positivo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C. Todos estes riscos em potencial são extremamente importantes e precisam ser evitados. Os procedimentos a serem adotados para minimizar ao máximo os possíveis riscos aos sujeitos da pesquisa estão descritos logo abaixo. Os voluntários considerados elegíveis serão encaminhados a um membro da equipe local, de quem receberão explicações acerca do estudo. Estes participantes em potencial serão informados sobre os objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa, incluindo os exames laboratoriais precedidos e seguidos por aconselhamento; garantia de sigilo das informações coletadas; uso das informações apenas sob forma agregada e não singularizada; natureza voluntária da participação; e as possibilidades de recusa de resposta ou de realização de algum dos procedimentos, em qualquer fase da pesquisa. Após o esclarecimento de todos os aspectos envolvidos na pesquisa, será solicitado ao participante que assine o TCLE, assegurando-se o total sigilo das informações e garantindo-se que o uso dos dados será apresentado tão-somente de forma agregada, não permitindo a identificação de casos individuais. Todas as entrevistas serão realizadas em lugar privativo, com um participante por vez, por meio de formulários escaneáveis, sem identificação nominal. Os participantes serão identificados por código alfanumérico - a única variável de identificação a ser digitada em todas as bases de dados. Reações psicológicas adversas que possam ocorrer durante a entrevista serão inicialmente manejadas pelo profissional responsável pela coleta de dados de cada local, o qual estará devidamente preparado para fazer os encaminhamentos que forem necessários. A equipe de pesquisa tem trabalhado em estudos coletando informações pessoais por um período superior a 20 anos, e durante este período foram desenvolvidos diversos procedimentos para minimizar ao máximo a probabilidade de quebra de sigilo. Até onde é de nosso conhecimento, não houve nenhuma quebra de sigilo em pesquisas coordenadas por nossa equipe de pesquisa até o momento. Para evitar riscos de quebra de sigilo, os dados recebidos por servidor especificamente designado da rede FIOCRUZ (PROCC), serão enviados desagregados e sem qualquer identificador pessoal, para um computador pessoal, protegido por dupla senha, localizado em um escritório central com a devida capacidade computacional e de preservação do sigilo no escritório da pesquisadora responsável, Monica Malta. Os arquivos de dados serão identificados através de um código alfanumérico, sem identificação pessoal. Todos os dados serão mantidos em segurança em arquivos trancados e os dados de computadores serão protegidos com senhas. As informações

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**CEP:** 21.041-210

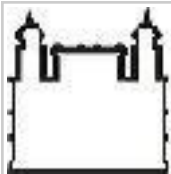
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

(21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/  
FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.349.633

coletadas serão utilizadas apenas para propósitos de pesquisa. Ao fazer referência a estas informações em apresentações, publicações ou relatórios diversos, não será utilizado nenhum dado pessoal dos participantes. Por fim, os questionários serão aplicados em local onde o entrevistado tenha privacidade, na qual a confidencialidade e o sigilo possam ser mantidos. Nenhuma das informações coletadas serão divulgadas ou comentadas com profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento dos pacientes e apenas a equipe de pesquisa terá acesso aos dados coletados. Os riscos em potencial da presente pesquisa serão minimizados ao manter a participação sigilosa e anônima, priorizando a privacidade nos locais de entrevistas, oferecendo informações claras sobre o tipo de perguntas que serão feitas e as questões que serão abordadas durante o processo de consentimento informado. Além disso, será enfatizada a liberdade do participante em não responder a qualquer pergunta que seja considerada desconfortável ou interromper a entrevista quando desejar".

Os benefícios decorrentes da realização desta pesquisa foram divididos pela pesquisadora em diretos e indiretos.

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

2. Benefícios indiretos: A presente pesquisa conta com financiamento e apoio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Existe, portanto, uma grande probabilidade de que os resultados da pesquisa sejam utilizados para a elaboração de intervenções mais adequadas e que atendam às especificidades da população alvo desta pesquisa. Com isso, os benefícios da presente pesquisa para os participantes e para sua comunidade superam em grande escala os

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**CEP:** 21.041-210

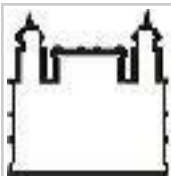
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

(21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.349.633

riscos reais, porém controláveis, da pesquisa. O estudo, por ter apoio direto do Ministério da Saúde e utilizar uma amostra de âmbito nacional, poderá produzir dados que terão uma imediata utilidade em programas e políticas municipais e nacionais voltadas para a população de travestis. Os resultados da pesquisa serão amplamente divulgados em meios acadêmicos e, principalmente, em ambiente extra-acadêmicos - para gestores de saúde, ONGs, mídia em geral, lideranças comunitárias, formuladores de políticas públicas etc. Tal estratégia objetiva dar maior visibilidade aos problemas enfrentados por esta população extremamente vulnerável e salientar as lacunas identificadas no âmbito de assistência em saúde e social. Trata-se da primeira pesquisa nacional a ser realizada com travestis brasileiras, aspecto que representa uma grande oportunidade de impulsionar uma agenda mais propositiva e adequada à esta população. Por fim, a pesquisa será realizada em parceria com ONGs e lideranças comunitárias locais. Tal aspecto objetiva assegurar a participação social nas diversas etapas da pesquisa e garantir a visibilidade da pesquisa e a adequada utilização (e apropriação) dos resultados pela população alvo da pesquisa: travestis brasileiras."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo de pesquisa apresentado possui os elementos necessários à apreciação ética.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- TCLE - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Instrumentos de coleta de dados (formulários);
- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável.

#### **Recomendações:**

Não há.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram respondidas adequadamente e o projeto observa os aspectos éticos necessários para sua execução.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**CEP:** 21.041-210

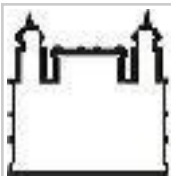
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

(21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/  
FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.349.633

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- \* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica).
- \* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.
- \* Justificar fundamentadamente, perante o CEP, caso haja interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FolhaRosto_MonicaSiqueiraMalta.pdf	03/12/2015 14:04:34	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_590149.pdf	30/11/2015 17:33:50		Aceito
Outros	Roteiro_entrevistas_Formativa.pdf	23/11/2015 23:35:08	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	Resposta_pendencias.pdf	23/11/2015 23:31:12	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_laboratorio_2.pdf	23/11/2015 23:29:58	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_laboratorio_1.pdf	23/11/2015 23:29:47	Monica Siqueira Malta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proposta_revisada.pdf	23/11/2015 23:29:29	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Inquerito.pdf	23/11/2015 23:23:08	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_formativa.pdf	23/11/2015 23:22:53	Monica Siqueira Malta	Aceito

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**CEP:** 21.041-210

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

(21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/  
FIOCRUZ



Situação do Parecer: 1349.633

Ausência	TCLE_formativa.pdf	23/11/2015 23:22:53	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	Questionario_RDS_Travesti.pdf	14/09/2015 23:20:28	Monica Siqueira Malta	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/09/2015 22:33:17	Monica Siqueira Malta	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoSigned.pdf	14/09/2015 22:32:08	Monica Siqueira Malta	Aceito

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Dezembro de 2015

Assinado por:

Carla Lourenço Tavares de Andrade(Coordenador)

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**CEP:** 21.041-210

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

(21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br