



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

**VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES TRANSGÊNERO:
ESTUDO NACIONAL E SÍNTESE
INTERNACIONAL DE EVIDÊNCIAS**

BRUNA HENTGES

Orientadora: Prof. Dra. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, maio de 2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO
VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES TRANSGÊNERO: ESTUDO
NACIONAL E SÍNTESE INTERNACIONAL DE EVIDÊNCIAS

BRUNA HENTGES

Orientadora: Prof. Dra. Daniela Riva Knauth

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.
2024

CIP - Catalogação na Publicação

Hentges, Bruna
VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES TRANSGÊNERO: ESTUDO
NACIONAL E SÍNTESE INTERNACIONAL DE EVIDÊNCIAS / Bruna
Hentges. -- 2024.
177 f.
Orientador: Daniela Riva Knauth.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS,
2024.

1. violência sexual. 2. mulheres transgênero. 3.
prevalência. I. Riva Knauth, Daniela, orient. II.
Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Laio Magno Santos de Souza, Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia.

Profa. Dra. Eliana Wendland, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Profa. Dra. Vanessa Bielefeldt Leotti, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a todas as mulheres que, mesmo entre sombras de violência, ousaram desafiar normas e vivenciar suas verdades com coragem.

Que suas histórias de resistência iluminem o caminho para um futuro mais seguro, justo e diverso.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 IDENTIDADE DE GÊNERO E SAÚDE	18
2.1.1 A Transexualidade na medicina.....	20
2.1.2 Obstáculos Enfrentados pela População Transgênero	23
2.1.3 Mulheres Transgênero na América Latina: Uma Análise das Experiências e Identidades	30
2.1.4 Políticas Públicas para a População Transgênero no Brasil	33
2.2 COMPREENDENDO A TRANSEXUALIDADE EM UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL.....	37
2.2.1 O conceito de gênero	37
2.2.2 Estigma, discriminação e vulnerabilidade.....	43
2.2.3 Interseccionalidade.....	49
2.3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO	55
2.3.1 Violência Sexual.....	60
2.3.2 Violência Sexual em Mulheres Transgênero	64
2.3.3 Estimação de Prevalência de Violência Sexual.....	69
3 OBJETIVOS	77
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
5 ARTIGO 1.....	95
6 ARTIGO 2.....	145
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
ANEXOS	174

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
CDC – Centers of Disease Control
CFM – Conselho Federal de Medicina
CID – Classificação Internacional de Doenças)
CTQ – Childhood Trauma Questionnaire
CTS – Revised Conflict Tactics Scale
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HIV – Human Immunodeficiency Virus
HSH – homens que fazem sexo com outros homens
ISTs – Infecções sexualmente transmissíveis
LGBTQ+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer e outros
PRSPS – Post-Refusal Sexual Persistence Scale-Victimization
PTSUS – Processo transexualizador no âmbito do SUS
RDS – Respondent-Driven Sampling
SES – Sexual Experiences Survey
TEPT - Transtorno de estresse pós-traumático
TGW – Transgender women
UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
USTS – 2015 US Transgender Survey
VBG – Violência baseada no gênero

RESUMO

Introdução: A maior visibilidade de pessoas transgênero tem gerado discussões sobre os desafios complexos que esta população enfrenta ao longo de suas vidas, sendo a violência, em suas múltiplas manifestações, um dos mais graves. **Objetivo:** Investigar a prevalência, os fatores associados e como a violência sexual se insere na trajetória de vida de mulheres transgênero. **Métodos:** Foi conduzida uma revisão sistemática com meta-análise buscando investigar a prevalência global de violência sexual em mulheres transgênero. Foram inclusos estudos quantitativos com dados desagregados para mulheres transgênero sobre violência sexual, publicados entre 2000 e 2024. Em uma segunda parte, são analisados dados de um estudo transversal realizado em 5 capitais brasileiras entre 2019 e 2021, com 1.317 mulheres transgênero e travestis (MTT). As participantes foram recrutadas usando a técnica Respondent-Driven Sampling (RDS). Foi realizada uma análise de regressão logística para determinar as associações entre fatores sociodemográficos e comportamentais e a experiência de violência sexual durante a vida. **Resultados:** De 5.958 artigos, 85 estudos (n=33.626 mulheres transgênero) e 132 prevalências de violência sexual entraram na avaliação final da revisão sistemática. A prevalência de violência sexual durante a vida foi de 35,2% (IC95% 29,0-41,8%); no último ano de 16,4% (IC95% 11,5-23,0%); e durante a infância de 31,2% (IC95% 24,1-39,3%). O estudo nacional revelou que 53% (n=698) das MTT foram vítimas de pelo menos um episódio de violência sexual, e que para 64,4% destas (n=419) a violência ocorreu em mais de uma ocasião. A maioria das vítimas (79%) não buscou nenhum tipo de ajuda após a violência. A violência sexual esteve associada a características que indicam alta vulnerabilidade social e individual, como a falta de moradia, troca de sexo por dinheiro, saúde emocional ruim e problemas ao acessar serviços de saúde no último ano. **Conclusões:** Apesar dos avanços significativos na visibilidade das mulheres transgênero, essa comunidade continua a enfrentar discriminação em múltiplos níveis, desde estruturas sistêmicas até interações interpessoais e experiências individuais. A alta prevalência de violência sexual entre mulheres transgênero, que ocorre

desde a infância, é uma manifestação direta do estigma associado à identidade de gênero, cuja interseção com outras formas de marginalização pode intensificar ainda mais as consequências adversas da violência. O compromisso com a igualdade de gênero deve permear políticas públicas em todas as áreas, assegurando a igualdade de oportunidades, especialmente para populações estigmatizadas. É fundamental que sistemas de apoio sensíveis ao gênero sejam implementados, adotando uma abordagem abrangente e inclusiva para enfrentar efetivamente a violência e promover a equidade.

Palavras-chave: violência sexual, mulheres transgênero, prevalência.

ABSTRACT

Introduction: The increased visibility of transgender individuals has sparked discussions about the complex challenges this population faces throughout their lives, with violence, in its multiple manifestations, being one of the most severe. **Objective:** To investigate the prevalence, associated factors, and how sexual violence intersects with the life trajectory of transgender women. **Methods:** A systematic review with meta-analysis was conducted to investigate the overall prevalence of sexual violence in transgender women. Quantitative studies with empirical data disaggregated for transgender women on sexual violence, published between 2000 and 2024, were included. In a second part, data from a cross-sectional study conducted in 5 Brazilian capitals between 2019 and 2021, with 1,317 transgender women and travestis (TWT), are analyzed. Participants were recruited using the Respondent-Driven Sampling (RDS) technique. Logistic regression analysis was performed to determine associations between sociodemographic and behavioral factors and the experience of lifetime sexual violence. **Results:** Out of 5,958 articles, 85 studies (n=33,626 transgender women) and 132 prevalence rates of sexual violence were included in the final assessment of the systematic review. The prevalence of lifetime sexual violence was 35.2% (95% CI 29.0-41.8%); in the last year, it was 16.4% (95% CI 11.5-23.0%); and during childhood, it was 31.2% (95% CI 24.1-39.3%). The national study revealed that 53% (n=698) of TWT were victims of at least one episode of sexual violence, and for 64.4% of these (n=419), violence occurred on more than one occasion. The majority of victims (79%) did not seek any type of help after the violence. Sexual violence was associated with characteristics indicating high social and individual vulnerability, such as homelessness, sex exchange for money, poor emotional health, and difficulties accessing healthcare services in the past year. **Conclusions:** Despite significant advancements in the visibility of transgender women, this community continues to face discrimination at multiple levels, from systemic structures to interpersonal interactions and individual experiences. The high prevalence of sexual violence among transgender women, occurring since childhood, is a direct manifestation of the stigma associated with

gender identity, the intersection of which with other forms of marginalization can further intensify the adverse consequences of violence. Commitment to gender equality should permeate public policies in all areas, ensuring equal opportunities, especially for stigmatized populations. It is essential that gender-sensitive support systems be implemented, adopting a comprehensive and inclusive approach to effectively address violence and promote equity.

Keywords: sexual violence, transgender women, prevalence.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES TRANSGÊNERO: ESTUDO NACIONAL E SÍNTESE INTERNACIONAL DE EVIDÊNCIAS”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 28 de maio de 2024. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigos
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual é uma forma grave de violação dos direitos humanos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, esta forma de violência engloba atos que variam desde assédio verbal até penetração forçada, e independe do contexto e da relação do perpetrador com a vítima (World Health Organization, 2013). A violência sexual tem sido objeto de estudos em diversas disciplinas acadêmicas, incluindo a saúde pública, uma vez que têm sido documentadas importantes consequências para a saúde de suas vítimas, como distúrbios psicológicos relacionados com trauma e estresse, uso de substâncias, tentativas de suicídio e aumento de infecções sexualmente transmissíveis (Oram; Khalifeh; Howard, 2017; Stockman *et al.*, 2023; Wright *et al.*, 2022).

A violência sexual está intrinsecamente ligada à violência baseada no gênero (VBG), um termo abrangente que se refere a qualquer violência perpetrada com base em diferenças de gênero socialmente atribuídas (United Nations, 1993). O conceito de gênero transcende a mera distinção biológica entre homens e mulheres e busca compreender como as sociedades constroem e atribuem significados diferentes às identidades e papéis de gênero (Connell, 2012; Scott, 1995). Desta forma, o gênero é entendido como uma construção social, cultural e histórica que molda diferentes papéis, responsabilidades, direitos, expectativas e comportamentos de homens e mulheres. Estas diferenças têm importante impacto na sociedade, uma vez que se traduzem em desigualdades sociais, onde o poder e autoridade usualmente privilegiam os homens em detrimento das mulheres (Darmstadt *et al.*, 2019; Heise *et al.*, 2019; Weber *et al.*, 2019).

Nas últimas décadas, tem ocorrido uma crescente inclusão do conceito de gênero no discurso internacional sobre desigualdades em saúde, à medida que as disparidades entre homens e mulheres se tornaram mais evidentes (Cislaghi; Heise, 2020). Esta mudança é exemplificada pela incorporação do 5º objetivo dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos pelas Nações Unidas, que visa alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas (United Nations, 2000). O objetivo reflete o reconhecimento crescente de se abordar as diferenças de gênero para promover a equidade em saúde e

garantir que todos, independentemente do gênero, tenham acesso igualitário aos cuidados de saúde e oportunidades de vida saudável.

Entre pessoas cisgênero (indivíduos cuja identidade de gênero está alinhada com seu sexo no nascimento), a violência sexual afeta desproporcionalmente as mulheres, com uma prevalência estimada ao longo da vida de 35,6% (World Health Organization, 2013). No entanto, a literatura sugere que pessoas transgênero são especialmente atingidas por diversos tipos de violência, incluindo a violência sexual. Indivíduos transgênero são aqueles que possuem uma identidade de gênero (a compreensão subjetiva de ser homem ou mulher) que difere do seu sexo atribuído ao nascimento (Currah, 2006; Reisner *et al.*, 2016).

No estudo mais extenso realizado com a população transgênero até o momento (2015 US Transgender Survey, *USTS*) (n=27.715), 47,0% dos entrevistados relataram ter sofrido violência sexual durante a vida (James *et al.*, 2016). Um estudo populacional conduzido nos Estados Unidos com uma amostra de 71 mil estudantes universitários revelou uma prevalência de 7,0% para violência sexual em pessoas cisgênero, quando avaliada no último ano (Coulter *et al.*, 2017). Notavelmente, entre as pessoas transgênero, a prevalência foi substancialmente mais elevada, atingindo 20,9% (Coulter *et al.*, 2017).

Uma das complexidades encontradas ao investigar a verdadeira extensão da violência sexual reside na comparação com outras populações. Mesmo em estudos que consideram a identidade de gênero como um fator preditivo, indivíduos transgênero muitas vezes são agrupados em uma única categoria devido ao tamanho limitado da amostra (Scheim *et al.*, 2022). No entanto, é importante notar que, dentro da comunidade transgênero, há disparidades significativas nas taxas de violência sexual entre homens e mulheres transgênero, embora essas diferenças não sigam um padrão linear. Alguns estudos sugerem uma maior prevalência de violência sexual entre mulheres transgênero em comparação com homens transgênero (Newcomb *et al.*, 2020; Müller *et al.*, 2021), enquanto outros indicam o oposto (King *et al.*, 2021; Rimes *et al.*, 2019).

Mesmo quando analisamos exclusivamente o grupo das mulheres transgênero, ainda encontramos desafios significativos na estimativa da prevalência da violência sexual. Questões institucionais, como barreiras de acesso aos serviços de saúde e apoio, aliadas à falta de registro da identidade de gênero da vítima, contribuem para a sub-representação das mulheres transgênero nos dados institucionais sobre violência sexual. Como resultado, a compreensão abrangente e precisa da extensão desse problema frequentemente se mostra limitada e também apresenta grande variabilidade: no USTS, a prevalência de violência sexual em mulheres transgênero foi de 37,0% (James *et al.*, 2016); em um estudo abrangendo cinco países africanos, atingiu 54,4% (Search *et al.*, 2021), enquanto em outro estudo, realizado no Haiti, a prevalência relatada foi de 75,5% (Zalla *et al.*, 2019).

Pesquisadores argumentam que a violência é frequentemente direcionada às mulheres transgênero devido à percepção de que suas identidades não se conformam às normas e expectativas sociais estabelecidas (Lanham *et al.*, 2019; Magno *et al.*, 2019). Na sociedade contemporânea, há uma expectativa de que os indivíduos adotem o gênero correspondente ao seu sexo biológico, o que perpetua normas rígidas de comportamento e identidade de gênero. Este paradigma, que pressupõe a conformidade estrita com os papéis de gênero tradicionalmente atribuídos, não tolera outras formas de manifestação de gênero. Aqueles que desafiam as expectativas convencionais de gênero, expressando características associadas ao gênero oposto, frequentemente enfrentam estigma e são rotulados como desviantes sociais (Grossman; D'augelli, 2006). Diferentemente de outras populações marginalizadas (como homens gays, profissionais do sexo, usuários de drogas), mulheres transgênero dificilmente conseguem esconder sua identidade de gênero, deixando-as mais expostas a múltiplas formas de violência e discriminação (Miller *et al.*, 2020).

O estigma pode ser definido como um fenômeno social caracterizado por rotular, estereotipar, separar e discriminar como meio de poder e controle (King; Hughto; Operario, 2020). O estigma e a discriminação frequentemente têm início na infância, sendo perpetrados por pais e familiares, e se intensificam nos primeiros anos de transição de gênero. Durante esse período, as mulheres

transgênero são frequentemente vítimas de violência sexual, como evidenciado por um estudo conduzido em vários países, incluindo Argentina, Brasil, Peru, Estados Unidos, África do Sul, Tailândia e Vietnã, com a participação de 570 mulheres trans. Neste estudo, constatou-se que a prevalência de violência sexual na infância entre as participantes foi de 56,7% (Marzinke *et al.*, 2023).

Pesquisas também têm demonstrado que a falta de moradia durante a juventude é uma realidade comum entre as mulheres transgênero. Em uma pesquisa conduzida por Estwood (2021) com 102 mulheres trans jovens negras, com idades entre 18 e 24 anos, constatou-se que 75,5% delas experienciaram a falta de abrigo ao longo de suas vidas. A saída de casa muitas vezes surge como uma tentativa de escapar das diversas formas de violência enfrentadas, mas também é, frequentemente, causada pela expulsão por parte dos pais (James *et al.*, 2016). Além disso, a discriminação e o assédio sofridos no ambiente escolar levam ao abandono dos estudos, o que limita suas oportunidades de emprego e acesso a recursos econômicos (Yarbrough, 2023). Consequentemente, o trabalho sexual acaba sendo uma importante fonte de renda para mulheres transgênero (Aggarwal *et al.*, 2021; Davis; Miles; Quinley lii, 2019; Gama *et al.*, 2018), o que aumenta o risco de violência sexual por clientes (Logie *et al.*, 2017; Miller *et al.*, 2020), especialmente em países onde a prática é criminalizada ou quase criminalizada (Deering *et al.*, 2014).

No Brasil, as mulheres transgênero enfrentam uma interseção complexa de desafios devido à sua identidade de gênero e posição dentro da sociedade. Historicamente, políticas voltadas para essa população têm sido escassas e muitas vezes inadequadas para atender às necessidades específicas deste grupo (Angonese; Lago, 2017; Pereira; Chazan, 2019). A falta de reconhecimento legal de identidades de gênero diversas tem contribuído para a marginalização social e econômica desta população, dificultando o acesso a serviços básicos, como saúde e educação (Lages; Duarte; Araruna, 2021; Oliveira; Romanini, 2020).

Com base nestes dados, a presente tese investigará, a partir da análise apresentada em dois artigos, a prevalência e os fatores associados à violência sexual em mulheres transgênero. O primeiro artigo busca estimar a prevalência

de violência sexual em mulheres transgênero no mundo através de uma revisão sistemática. A busca dos estudos foi realizada em três bases de dados: EMBASE, Pubmed e EBSCO, e ocorreu entre maio e junho de 2022, e atualizada em fevereiro de 2024. O segundo artigo foca na experiência de violência sexual de mulheres transgênero no Brasil, sendo resultado de um estudo transversal, conduzido entre 2019-2021, com 1.317 mulheres trans e travestis, em cinco capitais do país. O artigo descreve a prevalência de violência sexual durante a vida para esta população, os mecanismos de ajuda utilizados pelas vítimas para enfrentar a situação, e analisa os fatores associados a uma maior prevalência de violência sexual para esta população.

A violência perpetrada contra mulheres transgênero e a compreensão de suas consequências para a saúde exigem a análise de múltiplos fatores que influenciam os comportamentos individuais, interpessoais, comunitários e institucionais. Desta forma, serão empregadas diferentes perspectivas teóricas para a discussão dos dados, incluindo as abordagens sobre estigma e discriminação (Parker; Agleton, 2001; White Hughto; Reisner; Pachankis, 2015), vulnerabilidade (Ayres, 2003; King *et al.*, 2023a; Mann; Tarantola, 1992) e gênero (Sevelius, 2013). Se utilizará também a perspectiva da interseccionalidade, que reconhece que estas mulheres têm múltiplas identidades interconectadas, incluindo raça/cor e classe social, que se cruzam e moldam experiências únicas de discriminação e marginalização (Collins, 2015; Hankivsky *et al.*, 2010; Heard *et al.*, 2020).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 IDENTIDADE DE GÊNERO E SAÚDE

Pessoas transgênero são aquelas que possuem uma *identidade de gênero* que difere do seu sexo de nascimento. Identidade de gênero pode ser entendida como uma compreensão subjetiva de ser homem ou mulher. As pessoas que possuem uma identidade de gênero que é congruente com o seu sexo designado no nascimento são denominadas *cisgênero* (por exemplo, pessoas que nasceram com a genitália masculina e se identificam como homens). Pessoas que possuem uma identidade de gênero diferente do seu sexo atribuído ao nascimento são denominadas pessoas *transgênero* (por exemplo, pessoas que nasceram com uma genitália masculina, mas se identificam como mulheres). O termo “transgênero” se refere então a “indivíduos cuja identidade ou expressão de gênero não está em conformidade com as expectativas sociais para seu sexo designado ao nascimento” (Currah, 2006).

O termo transgênero não é um conceito definitivo e único, e entendimentos podem variar entre regiões e no tempo, por se tratar de uma população diversa. Nos Estados Unidos, por exemplo, o termo “transgender” pode ser entendido como uma “identidade política coletiva” (Currah, 2006), sendo um termo que incorpora outras identidades de gênero, incluindo os denominados “gender queer” (indivíduos que rejeitam o sistema binário homem/mulher de gênero) e “cross-dressers” (denominadas no Brasil de drag-queens, ou, transformistas na América Latina). Outro termo utilizado é o “transsexual individuals”, que por vezes é simplesmente um sinônimo de uma pessoa transgênero, utilizado pela categoria médica.

A expressão “transsexual” surgiu em 1949, para designar os casos clínicos que requeriam, segundo especialistas, operações de “mudança de sexo”, para adaptar a mente ao corpo. Também na área da saúde, estudos utilizam os termos “MTF” (male-to-female) para designar mulheres transgênero e “FTM” (female-to-male) para homens transgênero. Estes termos são criticados por enfatizarem o aspecto biológico da transição, além de reforçar crenças essencialistas sobre o gênero (como a de que os órgãos genitais são, sem

dúvida, ligados à identidade de gênero de uma pessoa) (Ching; Xu, 2018). Estudos têm indicado que perspectivas essencialistas estão associadas a uma maior propensão a adotar estereótipos de gênero (Brescoll e LaFrance, 2004; Coleman e Hong, 2008; Dar-Nimrod e Heine, 2006), o que, por sua vez, pode fomentar o preconceito contra pessoas transgênero.

As pessoas trans fazem parte de um grupo diverso e fluído, o que dificulta a estimativa de prevalência desta população. A Organização Mundial da Saúde estima que a população transgênero seja 0,3% a 0,5% da população geral mundial, o que representaria cerca de 25 milhões de pessoas (WHO, 2011). Revisões sistemáticas da literatura sobre o assunto destacam a dificuldade de estimar o tamanho desta população por diferentes motivos: 1) diferença na definição do que é considerado uma pessoa transgênero entre os estudos; 2) falta de estudos na América Latina e África; e 3) maioria de estudos sobre a população são com amostragem não-aleatória e não representativa da população geral (Iwamoto *et al.*, 2019; Poteat *et al.*, 2016; Reisner *et al.*, 2016).

A diferença na definição do que é considerado uma população transgênero fica evidente nos principais estudos sobre o tema. Goodman et al (2019) em uma revisão bibliográfica com 43 publicações, destacam quatro tipos de definições para pessoas trans que foram consideradas nos diferentes estudos: (1) indivíduos que receberam ou solicitaram terapia hormonal ou processo cirúrgico; (2) indivíduos que receberam diagnósticos relacionados a transgêneros, como “disforia de gênero” ou “transtorno de identidade de gênero” por um profissional de saúde; (3) indivíduos que se autodeclaram como transgênero e; (4) indivíduos com nome legal ou administrativo que comprovassem a mudança de gênero.

Na revisão bibliográfica de Goodman et al (2019), que incluiu estudos de 1968 a 2018, das 43 publicações analisadas, nenhuma era proveniente da África ou da América Latina; sendo 22 estudos da Europa e 12 da América do Norte. Este estudo calculou uma proporção de população trans que variou de 0,1% a 2,7% da população geral de adultos. Analisando estudos com amostras da população geral, Winter et al (2016) estimam que a população varie de 0,5% a 1,3% para mulheres transgênero e de 0,4% a 1,2% para homens transgênero.

No entanto, dados de apenas quatro países entraram na estimativa (EUA, Inglaterra, Nova Zelândia e Bélgica).

Buscando estudos com maior qualidade de dados, a revisão sistemática de Zhang et al (2020) estimou uma variação de 0,3% a 0,5% entre adultos e de 1,2% a 2,7% entre crianças e adolescentes quando as pesquisas indagaram especificamente sobre a identidade “transgênero”. Em pesquisas onde a definição foi expandida para incluir outras manifestações de gênero, as proporções aumentaram para 0,5% a 4,5% em adultos e 2,5% a 8,4% entre crianças e adolescentes. Foram inclusos estudos de 2009 a 2019 nesta revisão, com uma tendência temporal de aumento das proporções observadas pelos autores ao longo dos anos. No Brasil, em um recente estudo transversal realizado com uma amostra representativa da população (N=6.000), indivíduos transgêneros representaram 0,69% (IC95% 0,48–0,90) da amostra, enquanto as pessoas não binárias foram 1,19% (IC95% 0,92–1,47) (Spizzirri *et al.*, 2021).

2.1.1 A Transexualidade na medicina

A transexualidade é uma condição que tem sido objeto de atenção e discussão significativas tanto na comunidade científica quanto na sociedade em geral. Desde a segunda metade do século XX, a consciência da existência de indivíduos transgênero fez com que duas vertentes de pensamentos emergissem: 1) de que a identidade transgênero é uma expressão psicopatológica do comportamento humano; ou 2) um distúrbio biológico (Schechter, 2020). Sua inclusão e classificação nos sistemas de diagnóstico médico, como o CID (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), têm sido temas de interesse e debate.

A primeira menção ao tema em manuais médicos se deu em 1968, com o diagnóstico de "transvestismo", inicialmente incluído sob o termo "desvios sexuais" no DSM-II. Este diagnóstico refletia uma visão patologizante da expressão de gênero que estava fora das normas tradicionais, mas não se referia diretamente à identidade de gênero do indivíduo. Na terceira edição do DSM

(DSM-III), em 1980, o diagnóstico de "Transexualismo" foi introduzido sob o termo "transtornos psicosssexuais", marcando o primeiro reconhecimento explícito de questões de identidade de gênero no sistema de diagnóstico (Green, 2020). Este diagnóstico foi posteriormente substituído pelo termo "Transtorno de Identidade de Gênero" no DSM-IV e DSM-IV-revisado, em 1994 e 2000, respectivamente.

Em relação ao CID, verifica-se semelhante avanço ao longo do tempo na compreensão da transexualidade e na sexualidade de forma geral. O primeiro diagnóstico relacionado à identidade de gênero foi introduzido no CID-9 (1978) como "transexualismo", inserido no capítulo de doenças mentais, sob a categoria de "Desvios e Transtornos Sexuais" (código 302). Nesta categoria estavam inclusos os diagnósticos de homossexualismo e lesbianismo, além de pedofilia. No CID-10 (1992), o diagnóstico de transexualismo passa a ser inserido no capítulo de transtornos da personalidade e comportamento adulto (F60-F69), sob a categoria de transtornos de identidade de gênero. Transexualismo foi definido como o

"desejo de viver e ser aceito como membro do sexo oposto, geralmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou inadequação de seu sexo anatômico, e um desejo de fazer cirurgia e tratamento hormonal para tornar seu corpo o mais congruente possível com seu sexo preferido" (WHO, 2016, p. 327).

Em ambos os sistemas de classificação, houve a mudança dos termos. O DSM-5 (2013), adotou o termo "Disforia de Gênero". Esse diagnóstico se concentra na disforia experimentada por indivíduos devido à incongruência entre seu gênero experimentado/expresso e o gênero atribuído ao nascimento, a partir do seu sexo biológico. Ao incluir critérios que reconhecem a diversidade de identidades de gênero e permitem "algum gênero alternativo diferente do gênero atribuído", o DSM-5 representa um avanço importante na compreensão das experiências de gênero (Schechter, 2020).

No CID-11, o transexualismo e outros onze diagnósticos foram removidos do capítulo de transtornos mentais. Em um novo capítulo, denominado "Condições Relacionadas à Saúde Sexual" (capítulo 17), consta agora o termo "incongruência de gênero" (HA60-HA6Z), com a seguinte descrição:

“é caracterizada por uma incongruência acentuada e persistente entre o gênero experienciado por um indivíduo e o sexo atribuído. O comportamento e as preferências das variantes de gênero por si só não são uma base para atribuir os diagnósticos neste grupo” (WHO, 2022, p. 1168).

A revisão das últimas versões dos manuais (DSM-5 e CID-11) publicadas em 2022 trouxe à tona desafios significativos no contexto da população transgênero. Por um lado, destaca-se a importância de garantir o acesso a cuidados específicos para essa comunidade, muitas vezes condicionado à classificação de um transtorno específico para que os custos sejam cobertos pelos planos de saúde (Robles; Real; Reed, 2021). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde com mais de 450 mil adultos dos Estados Unidos demonstram que a população trans possui pior acesso a cuidados de saúde do que a população cisgênero. Gonzales e Henning-Smith (2017) verificaram que as mulheres transgênero tinham maior chance de não ter plano de saúde (OR = 1,60; IC95% 1,07-2,40) em comparação às mulheres cisgênero. Ainda, o estudo verificou que homens transgênero eram mais propensos a não ter plano de saúde (OR = 2,02; IC95% 1,25-3,25) e nenhuma fonte usual de cuidados (OR = 1,84; IC95% 1,18-2,88); e os adultos com algum tipo de incongruência de gênero (*transgender and gender nonconforming*) eram mais propensos a ter necessidades de cuidados médicos não atendidos devido ao custo (OR = 1,93; IC95% 1,02-3,67) e nenhum exame de rotina no ano anterior (OR = 2,41; IC95% 1,41-4,12).

Por outro lado, surge um apelo internacional para a remoção do diagnóstico das categorias de desordens mentais, visando reduzir o estigma enfrentado pelas pessoas transgênero. Ativistas críticos à patologização argumentam que a inclusão nos manuais médicos não resultou em efetivas garantias de direitos para a população transgênero. Ao contrário, essa inclusão estabeleceu um paradigma que concebe a transexualidade como algo catalogável, tratável e passível de normalização (Bento; Pelúcio, 2012). As políticas baseadas nessas classificações tendem a encarar as pessoas transgênero como indivíduos incapazes de tomar decisões autônomas sobre seus próprios corpos. Nesse contexto, o Estado é visto como responsável por

assegurar que nenhuma pessoa transgênero tome decisões passíveis de "arrependimento" posterior.

2.1.2 Obstáculos Enfrentados pela População Transgênero

A população de pessoas transgênero enfrenta uma série de desafios sistêmicos que impactam significativamente seu acesso à educação, oportunidades de emprego, renda e cuidados de saúde. Um marco na compreensão desses desafios é representado pelo U.S. Transgender Survey (USTS), o maior estudo já realizado sobre essa população. Desenvolvido nos Estados Unidos em 2015, o USTS englobou uma amostra diversificada de 27.715 indivíduos transgênero e não-binários de todos os estados americanos, os quais responderam a um questionário de maneira remota (James *et al.*, 2016). Os resultados deste estudo revelam padrões consistentes de abuso e discriminação enfrentados por pessoas trans em várias esferas de suas vidas, incluindo sua busca por emprego, habitação, acesso a serviços médicos e apoio social.

Desde a infância até o período escolar, as pessoas transgênero enfrentam uma série de adversidades e maus-tratos. Segundo os dados do USTS, que avaliaram experiências desde o jardim de infância até o ensino médio (K-12), 77,0% dos indivíduos que se identificavam como transgênero relataram ter sofrido algum tipo de maus-tratos, incluindo assédio verbal, restrição de sua expressão de gênero, punições severas e até agressões físicas ou sexuais. Desses, 17,0% abandonaram os estudos por consequência dos maus-tratos sofridos durante o período escolar.

No contexto do mercado de trabalho, os indivíduos transgênero frequentemente enfrentam marginalização e discriminação, o que se reflete em dificuldades para obter e manter empregos estáveis e adequadamente remunerados. Segundo os resultados do USTS, a taxa de desemprego entre a população transgênero foi de 15,0% (três vezes maior que a dos EUA no período), enquanto 29,0% viviam abaixo da linha da pobreza, comparado com 12,0% da população em geral na época. Ademais, quase um terço dos

participantes do estudo (30%) já enfrentaram situações de falta de moradia, e apenas 16% possuíam moradia própria, contrastando com os 63,0% da população em geral nos Estados Unidos na época (James *et al.*, 2016).

Um estudo transversal realizado no Brasil com 384 pessoas trans também evidenciou altas taxas de desemprego dentro dessa população (Costa *et al.*, 2020). Segundo os resultados, 33,8% das mulheres transgênero e 45,2% dos homens transgênero afirmaram não possuir ocupação. Esses números são particularmente preocupantes quando comparados à taxa de desemprego da população em geral no país na época da pesquisa. Em 2014, o Brasil registrou sua menor taxa de desemprego histórica, com apenas 4,3% da população sem ocupação (Costa *et al.*, 2020).

Em 2021, o censo populacional *Household Pulse Survey*, realizado nos Estados Unidos, incluiu questões sobre identidade de gênero e orientação sexual, um passo histórico para a comunidade LGBTQ+. O estudo teve por objetivo avaliar impactos da pandemia da COVID-19 na população entre agosto de 2021 e abril de 2022. Os resultados demonstram que as pessoas trans foram as que mais perderam seus empregos durante a pandemia, 28,0%, em comparação a 12,0% da população geral; e o grupo que mais teve dificuldade para arcar com sua moradia durante o período (48,0% vs. 33,0%) (os dados não foram desagregados entre homens e mulheres trans) (USCB, 2022).

A exclusão sistêmica das pessoas transgênero do mercado de trabalho formal muitas vezes as condicionam para atividades como o trabalho sexual ou o tráfico de drogas. Essa vulnerabilidade resulta em riscos significativos, incluindo o contato com o sistema de justiça criminal, exposição à violência, aumento da incidência de HIV/Aids e problemas graves de saúde mental. Segundo dados do U.S. Transgender Survey (USTS), 20,0% dos entrevistados relataram experiência na economia clandestina, englobando trabalhos sexuais, venda de drogas e outras atividades atualmente criminalizadas nos Estados Unidos. Além disso, 12,0% dos respondentes já haviam trocado sexo por dinheiro em algum momento de suas vidas. Quase metade (45,0%) dos entrevistados que realizaram algum trabalho sexual viviam atualmente na

pobreza, em contraste com 26,0% daqueles que não realizaram trabalho sexual (James *et al.*, 2016).

O USTS documentou importantes diferenças baseadas em características demográficas de pessoas transgênero, especialmente em relação à raça/cor. Verificou-se que muitos entrevistados foram impactados pelos efeitos combinados de múltiplas formas de discriminação, com as pessoas trans negras experimentando formas mais profundas de discriminação do que os entrevistados brancos. A economia clandestina, incluindo o trabalho sexual, venda de drogas ou outros trabalhos criminalizados, teve participação de 28,0% de entrevistados negros, em comparação com 20,0% da população geral do USTS, e 9,0% da população geral dos EUA. Mais de um em cada cinco (21,0%) entrevistados negros obtinha renda através do trabalho sexual, em contraste com 12,0% na amostra geral da USTS. A taxa de desemprego entre pessoas trans negras (20,0%) foi quatro vezes a taxa de desemprego dos EUA (5,0%). Entre o total de mulheres trans que relataram trabalho sexual como principal fonte de renda, 11% eram mulheres trans brancas, enquanto 42,0% eram mulheres trans negras (James *et al.*, 2016).

O uso abusivo de substâncias psicoativas (como drogas ilegais, medicamentos e álcool) é um indicador relevante tanto para a saúde mental quanto para o bem-estar físico da população transgênero, podendo refletir o grau de exposição do indivíduo a diversos fatores de risco, como aceitação familiar, falta de moradia, violência e oportunidades econômicas (Mburu *et al.*, 2019; Miller *et al.*, 2020; Ribeiro *et al.*, 2023). Estudos indicam que pessoas transgênero são três vezes mais propensas a relatar uso abusivo de álcool (*binge drinking*) do que pessoas cisgênero, além de estarem em maior risco para uso de meta-anfetamina e cocaína (Aristegui *et al.*, 2019; Connolly; Gilchrist, 2020; Scheim; Bauer; Shokoohi, 2017). O uso abusivo de substâncias psicoativas em comunidades transgêneros é complexo e influenciado por diversos fatores. Por exemplo, mulheres trans envolvidas em trabalho sexual podem fazer uso abusivo drogas ilícitas e álcool para facilitar seu trabalho ou, inversamente, podem ter maior probabilidade de se envolver em trabalho sexual se já estiverem abusando de substâncias (Zimmerman *et al.*, 2015).

As barreiras socialmente impostas, a discriminação e a violência sofrida pelas pessoas trans têm importantes efeitos na saúde mental desta população, e estudos têm documentado este fenômeno. Segundo uma revisão de Reisner (2016), que englobou 116 estudos, a saúde mental foi o tema de maior interesse de pesquisadores sobre a população trans. Apesar de importantes limitações (especialmente em relação a forma como o desfecho foi medido), os dados mostram de forma consistente que adultos transgênero são sobrecarregados por problemas de saúde mental. A prevalência de depressão variou de 31,4% a 64,2% entre os estudos, com amostras de 207 a 573 pessoas.

Dados do National Transgender Discrimination Survey (NTDS), realizado nos EUA com 6.456 pessoas transgênero ou não-binários, demonstram uma prevalência de tentativa de suicídio (pelo menos um episódio durante a vida) de 46,0% para homens transgênero e 42,0% para mulheres transgênero (Haas; Herman, 2014). As taxas são muito superiores às estimativas de 10,0-20,0% da população LGB (lésbicas, gays e bissexuais) e da população geral (4,6%). Avaliando apenas estudos com o desfecho de interesse sendo ideações suicidas e suicídio (N=26), a revisão sistemática de Marshall et al (2016) demonstra taxas semelhantes ao estudo conduzido nos EUA. Ainda, os autores verificam que as estimativas tendem a diminuir logo após a cirurgia de redesignação sexual, mas se mantêm elevadas em todos os estudos, quando comparados à população geral.

No U.S. Transgender Survey (USTS), 38,0% dos entrevistados experimentaram um grave sofrimento psicológico no mês anterior à pesquisa (comparado à 5,0% da taxa para a população geral dos EUA); 40,0% tentaram suicídio pelo menos uma vez na vida (quase nove vezes a taxa da população geral, de 4,6%), e 7,0% tentaram suicídio no ano anterior à pesquisa (quase doze vezes a taxa da população de 0,6%) (James et al., 2016). O estudo de Silva et al (2021) realizado no Rio Grande do Norte, Brasil, com 58 mulheres trans e travestis teve por objetivo analisar a prevalência de ideação suicida nos 15 dias anteriores a pesquisa. Apesar de possuir um número amostral baixo, a prevalência de ideação suicida foi de 41,4% (IC95% 41,3-54,5). Apresentaram

maior prevalência de ideação suicida as participantes com histórico de violência na escola (RP = 2,05; IC95% = 1,08-3,87).

Estudos também demonstram que a população trans enfrenta diversas barreiras para acessar serviços de saúde, que incluem maus-tratos e/ou inexperiência por parte dos prestadores de serviços e falta de cobertura em planos de saúde nos países em que não há saúde pública universal (Reisner *et al.*, 2016; Rodríguez-Madera *et al.*, 2017; Silva-Santisteban *et al.*, 2016). No USTS, 23,0% dos entrevistados não consultaram um médico quando precisavam por medo de serem maltratados como uma pessoa transgênero, e 33,0% não consultaram um médico quando necessário porque não podiam pagar por isso. Entre os que consultaram um médico no último ano, 33,0% relataram pelo menos uma experiência negativa relacionada a ser transgênero, incluindo assédio verbal, recusa no tratamento ou ter que ensinar o profissional de saúde sobre a pessoas transgênero para receber cuidados adequados (James *et al.*, 2016).

Em relação ao HIV/Aids, pessoas transgênero estão inclusas na chamada “população-chave” para o controle da epidemia. As populações-chave são grupos definidos que, devido a questões legais e sociais, possuem comportamentos específicos de alto risco para o HIV, independentemente do tipo de epidemia ou do contexto local. Estima-se que 2,0% da incidência mundial de HIV esteja concentrada em pessoas transgênero, 8,0% em profissionais do sexo, 23,0% em homens que fazem sexo com homens e 10,0% em usuários de drogas injetáveis (UNAIDS, 2021).

Estes dados, no entanto, devem ser avaliados com cuidado. Apesar da população transgênero ser considerada parte da população-chave, os dados desagregados para mulheres trans destacam a maior vulnerabilidade deste grupo para a infecção. Segundo dados da UNAIDS (2023), a prevalência de HIV em homens transgênero é em média 1,0%, enquanto para mulheres transgênero é de 8,3%. Ainda, os estudos inclusos para o cálculo da incidência de HIV em mulheres profissionais do sexo não costumam inserir como critério de exclusão as mulheres transgênero ou não deixam claro que se tratam de mulheres cisgênero. Considerando que uma recorrente forma de sustento das mulheres

trans é a prostituição, é possível que estes dados estejam interligados e que a prevalência e incidência na população de mulheres transgênero seja maior.

No USTS, a taxa de infecção por HIV foi de 1,4%, significativamente maior do que a população geral dos EUA (0,3%). As mulheres trans tinham duas vezes mais probabilidade de viver com HIV (3,4%) do que a amostra geral. Quase uma em cada cinco (19,0%) mulheres trans negras vivia com HIV, e as mulheres transgêneros indígena-americanas (4,6%) e latinas (4,4%) tinham três vezes mais probabilidade de viver com HIV do que a amostra geral.

Uma revisão sistemática e meta-análise com 88 estudos americanos indica uma prevalência de 13,7% de HIV para a população trans nos Estados Unidos (Zhang *et al.*, 2020). Entre as mulheres trans, a prevalência foi de 18,8%, e entre homens transgênero, 2,0%. As estimativas de infecção foram maiores entre pessoas trans negras (44,2%). De maneira geral, 31,0% das pessoas trans reportaram sexo comercial, mas os dados desagregados por gênero indicam que as mulheres trans apresentam uma maior participação no sexo comercial do que homens trans (37,9% e 13,1%, respectivamente).

Estas estimativas de HIV/Aids são ainda maiores quando calculadas para países de renda média e baixa. A meta-análise de Baral *et al* (2013), utilizando dados agrupados de mulheres trans de 10 países de baixa renda, encontrou uma prevalência de HIV/Aids de 18,0% e uma probabilidade 4,8% vezes maior de infecção por HIV em comparação com outros adultos em idade reprodutiva. No estudo de delineamento transversal de Aguilar *et al* (2020) realizado com 304 mulheres trans do Paraguai, a prevalência de HIV foi de 24,8%. No Brasil, um estudo com método de amostragem RDS verificou que 31,0% das 345 mulheres trans viviam com HIV, sendo que 7,0% destas descobriram seu diagnóstico no estudo; e 29,0% delas nunca haviam sido testadas para a doença (Grinsztejn *et al.*, 2017).

A literatura disponível sobre a expectativa de vida ou taxas de mortalidade em pessoas trans vem aumentando progressivamente nos últimos cinco anos, mas ainda é escassa. Censos e estudos populacionais não costumam diferenciar pessoas transgênero da população cisgênero, assim como documentos oficiais, como a certidão de óbito, no Brasil. Alguns estudos

documentam a taxa de mortalidade após procedimentos específicos, como a cirurgia de redesignação no sexo (Reisner *et al.*, 2016), ou o uso de hormonioterapia (Maraka *et al.*, 2017).

Recentemente um estudo de coorte histórica, realizado em Amsterdã, observou 4.568 pessoas trans que utilizaram o serviço local de hormonioterapia entre 1972 e 2018. Durante o período, 10,8% das mulheres trans e 2,7% dos homens trans vieram a óbito. Comparadas com a população de homens cisgêneros, mulheres trans possuem uma mortalidade maior para doença cardiovascular (*Standardized Mortality Ratio* – SMR = 2,0), infecção de qualquer natureza (SMR = 5,4) ou causas não-naturais (SMR = 2,7). Quando comparadas com mulheres cisgênero, as taxas para todas as causas aumentam ainda mais (SMR = 2,6 para doença cardiovascular, 8,7 para infecção e 6,1 para causas não-naturais). Durante as cinco décadas analisadas, não houve nenhum período de decréscimo nas taxas de mortalidade, tanto das mulheres, como dos homens transgênero (de Blok *et al.*, 2021)

Avaliando mortalidade por todas as causas, um estudo utilizando informações de um banco de dados sobre seguro de saúde dos EUA verificou uma maior taxa de mortalidade entre mulheres trans negras, comparadas com homens trans negros (Hughes *et al.*, 2022). O estudo contou com uma amostra de 18 mil pessoas trans e mais de 4 milhões de cisgênero, que foram acompanhadas entre 2011 e 2019. A análise de Kaplan-Meier demonstrou que mulheres trans negras exibiram uma curva mais acelerada de mortalidade em relação a todos os outros grupos, com a maioria (3/4) delas sobrevivendo até os 55 anos (IC95% = 27-64 anos), enquanto a mesma proporção de homens trans negros sobreviveu até os 76 anos (IC95% = 76-86 anos). Três quartos das mulheres trans brancas sobreviveram até os 65 anos (IC95% 61-69 anos), enquanto três quartos dos homens trans brancos sobreviveram até os 73 anos (IC95% = 74-77 anos). A análise ajustada da taxa de mortalidade demonstrou que as mulheres trans negras possuíam 2,73 vezes o risco de vir a óbito que homens trans negros; e 2,38 e 3,34 vezes mais probabilidade do que homens e mulheres cisgêneros negros, respectivamente. Não houve diferença estatística significativa entre a taxa de mortalidade entre homens trans negros, quando

comparados a homens e mulheres negras cisgênero. As mulheres trans brancas também apresentaram maiores taxas de mortalidade quando comparadas aos homens trans brancos (SMR = 2.18, IC95% = 1,57-3,42), homens cis brancos (SMR = 1,98, IC95% = 1,43-3,11) e mulheres cis brancas (SMR = 2,56; IC95% = 1,85-4,03).

Os dados disponíveis demonstram uma alta vulnerabilidade enfrentada pela comunidade transgênero, quando comparada com outras populações. No entanto, ressalta-se a necessidade de abordar estas comparações com cautela e sensibilidade, evitando generalizações simplistas que possam obscurecer as necessidades específicas e as lutas particulares da comunidade transgênero. Uma análise crítica dos contextos sociais e das interseccionalidades de gênero, raça, classe e outras dimensões de identidade é essencial para promover uma maior compreensão sobre os desafios enfrentados por homens e mulheres transgênero em diferentes cenários.

2.1.3 Mulheres Transgênero na América Latina: Uma Análise das Experiências e Identidades

As mulheres transgênero (mulheres transexuais ou mulheres *trans*) são um grupo diverso e multifacetado dentro da comunidade LGBTQ+. Elas são pessoas cuja identidade de gênero é feminina, mas que foram designadas como homens ao nascerem. Como resultado, as mulheres trans enfrentam uma série de desafios únicos em suas vidas, incluindo discriminação, marginalização e violência, que podem ser ainda mais perversos quando influenciados por outros fatores, como raça, classe social, orientação sexual e localização geográfica.

Na América Latina, mulheres trans também podem utilizar o termo "travesti", embora esse termo não seja necessariamente um sinônimo. Travesti refere-se com mais frequência a pessoas cujo sexo masculino foi atribuído ao nascer e que feminilizam seus corpos, roupas e comportamento; prefira pronomes femininos e formas de tratamento; e muitas vezes fazem transformações corporais significativas injetando silicone ou fazendo tratamentos hormonais, mas não procuram a cirurgia de redesignação sexual. O

termo travesti possui uma série de valores morais negativos (como marginal, prostituta, vulgar, imoral), mas que foram incorporados, reivindicados e ressignificados ao longo do tempo pelas travestis.

A literatura sobre o termo, dentro do meio médico, retoma os estudos do sexólogo Harry Benjamin, que em 1954, ao estudar pessoas transgênero, estabeleceu uma distinção entre aquelas que sentem prazer com o próprio órgão sexual, mas ocasionalmente se vestem como o gênero oposto ("travestismo"), e aquelas que sentem aversão à sua genitália e têm a sensação de estar "presas" no corpo errado ("transexualismo") (Amaral *et al.*, 2014). Essas definições, incorporadas ao longo das décadas no discurso médico-científico, resultaram no travestismo sendo percebido como uma perversão sexual, enquanto o transexualismo foi considerado um problema psiquiátrico e, portanto, patológico (Carvalho, 2018). As travestis na América Latina possuem um histórico de extrema vulnerabilidade, onde a prostituição é a principal fonte de renda. Nesses casos, o órgão sexual masculino acaba sendo utilizado para sua subsistência, o que as afasta do conceito médico de "transexuais".

Segundo James Green (2000), até a década de 1960, a palavra travesti significava um homem vestido com roupa de mulher. Ao longo das décadas de 1970 e 1980, a partir do processo de urbanização, o aumento do turismo, a proliferação de motéis e o aumento de produções pornográficas, a visibilidade crescente de travestis e *michês* pelas calçadas como profissionais do sexo alterou significativamente essa imagem (Veras; Andreu, 2015). O sujeito travesti deixa de ser visto como um personagem, colorido e que desperta curiosidade, e passa a ser visto como uma pessoa com transformações corporais que desafiam a lógica dualista de gênero, um desviante, perturbado. Assim se inicia o discurso criado em torno das travestis (na época denominadas "os" travestis), que as associavam à perversão, à prostituição e a criminalidade.

No final do século XX, surge no Brasil a categoria de "transexual". Estudos da sociologia se aprofundam nas diferenças entre a comunidade de mulheres trans e de travesti e resgatam a história do movimento para elucidar melhor estas distinções. Segundo Carvalho (2018), três situações marcam a entrada da categoria "transexual" e "trans" no vocabulário militante no Brasil, antes restrito

às travestis: 1) o surgimento do Movimento Transexual de Campinas (MTC), um grupo proveniente do hospital universitário de Campinas, com maior capital e escolaridade e baseadas nas literaturas oriundas da psicanálise e sexologia; 2) o intercâmbio com ativistas estrangeiras, que sugerem a utilização de categorias internacionais e; 3) a popularização do vocabulário médico-psiquiátrico e a disponibilização de novas tecnologias de “mudança de sexo” (Carvalho, 2018).

A partir destes acontecimentos, o termo transexual ganha corpo na medida que mais mulheres, provenientes da classe média, não conseguem se reconhecer dentro da categoria de travesti. Há uma certa ruptura entre os grupos de mulheres travestis e transexuais, inclusive em termos de políticas públicas. Enquanto as travestis estavam articuladas com a política de enfrentamento da Aids sob a rubrica destinada à categoria de “gays, travestis e outros HSH”, as mulheres transexuais faziam parte do chamado “Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids”, cuja verba era muito menor. As mulheres transexuais, por sua vez, se preocuparam em garantir um diagnóstico de transexualismo, a fim de obter acesso à hormônios e à cirurgia de redesignação sexual.

Neste sentido, as mulheres transexuais são vistas como aquelas que buscam recursos médicos para alinhar seu sexo biológico ao seu gênero feminino, sendo muitas vezes associadas a um maior poder aquisitivo e nível de informação. Fisicamente, devido ao maior grau de medicalização, os corpos de mulheres transexuais acabam sendo vistos como mais naturais, femininos ou delicados, enquanto as travestis são comumente julgadas como “exageradas” (Carvalho, 2018). Como observado por Pierce, para as travestis, o termo “transexual” despolitiza uma história de marginalização social e econômica violenta. Em contraste, o termo “travesti” mantém essa diferença de classe e ressonância popular, tornando-se, portanto, uma identificação política, em vez de psicológica ou corporal (Pierce, 2020, p. 307).

Um estudo realizado no Brasil demonstra as diferenças sociodemográficas e comportamentais entre mulheres trans (n=249) e travestis (n=166) no país (Santos *et al.*, 2021). Mulheres autodeclaradas travestis possuíam menos anos de escolaridade (p=0,001), maior prevalência de violência física (47,3% vs. 37,1%; p=0.041), trabalho sexual (78,0% vs. 47,8%, p<0,001),

e maior uso de drogas injetáveis (5,5% vs 1,2%; $p=0.011$) e não injetáveis (83,6 vs 67,5; $p<0,001$), quando comparadas com mulheres autodeclaradas transgênero. Mulheres travestis também possuíam maior prevalência de encarceramento prévio (32,7% vs 18,8%; $p=0,002$), teste positivo para sífilis (67,5% vs 39,3%; $p<0,001$) e para HIV (27,6% vs 15,7%; $p=0,006$).

Apesar das distinções destacadas, é importante notar que no Brasil e na América Latina há uma crescente tendência de utilizar os termos mulheres transexuais/transgênero/trans para se referir a um grupo amplo de mulheres que se identificam como transgênero, englobando tanto mulheres transexuais quanto travestis. Portanto, para fins de consistência e inclusão, neste trabalho será utilizado o termo "mulheres transgênero" para se referir a ambas as identidades, reconhecendo a diversidade e complexidade dessa comunidade.

2.1.4 Políticas Públicas para a População Transgênero no Brasil

No Brasil, o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids está intrinsecamente ligado as conquistas da população trans e LGBTQ+ no geral. Na década de 1990, o movimento de travestis organizou-se em coletivos, com o objetivo de direcionar o governo para o atendimento de suas necessidades específicas, ao mesmo tempo em que desempenhavam um papel ativo nas iniciativas de prevenção do HIV/AIDS, em conjunto com organizações não-governamentais de homens gays.

Em 2004, o país lançou o programa "Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT", que teve por objetivo central de promover a cidadania da população, através da equiparação de direitos e do combate à violência e a discriminação homofóbica. O programa foi constituído por ações voltadas para o apoio de projetos que atuam na promoção da cidadania e no combate à violência; na capacitação de profissionais para atuarem na defesa dos direitos humanos; na disseminação de informações sobre direitos e; no incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos. Em muitos lugares o programa foi implementado através de parcerias com ONGs e universidades federais, firmadas através de convênios. Segundo Rossi (2010),

as ONGs envolvidas no processo de criação do documento foram fundamentais para o início do processo de implementação do programa, pois possibilitaram a expansão da atuação dos movimentos LGBTs na área da educação. No entanto, o autor ressalta os limites das parcerias entre ONGs e o Estado, especialmente em relação à descontinuidade dos projetos, que possuem um prazo pré-determinado. Horst (2016), avaliando a implementação da política pública entre 2004-2014, verificou três problemas primordiais: a falta de uma previsão orçamentária; a dificuldade de superação da homofobia institucionalizada; e a falta de articulação entre os diversos órgãos e níveis do governo, fazendo com que ações fossem desenvolvidas de forma restrita no país.

O ano de 2006 apresentou importantes avanços, uma vez que a comunidade LGBTQ+ conquistou sua representação no Conselho Nacional de Saúde. Especificamente para as pessoas trans, nesse mesmo ano, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde introduziu o direito a pessoas trans de utilizarem o nome social no SUS, seja em serviços especializados da rede pública ou não. O nome social refere-se ao nome que uma pessoa trans prefere ser chamada, quando não há a mudança de nome no registro civil. Apesar do avanço, apenas 10 anos depois o uso do nome social por pessoas transgênero foi reconhecido em repartições públicas federais, através do Decreto N° 8.727/2016, que assegura ao nome social a mesma proteção concedida ao nome de registro.

O direito a mudança do pronome e do gênero em certidões oficiais foi normatizada em 2018, através do Conselho Nacional de Justiça. Antes, para que pessoas trans realizassem qualquer mudança em um documento oficial, era necessário que as mesmas tivessem passado por cirurgia de redesignação do sexo, apresentassem laudos médicos e entrassem com uma ação judicial, que poderia ser contrária a mudança do nome. A partir de 2018, desde que apresentada uma série de certidões, todos os cartórios brasileiros podem fazer a retificação do registro civil, implicando na mudança efetiva das documentações (Lages; Duarte; Araruna, 2021).

Em 2008, a Portaria nº 1.707/2008 regulamentou o processo transexualizador no âmbito do SUS (PTSUS), assegurando o direito da mulher transexual à cirurgia de redesignação sexual. A oferta de serviços específicos

para a população trans possui como marco a Resolução 1482/1997 do Conselho Federal de Medicina, que aprovou a realização das cirurgias de transgenitalização, a nível experimental, em hospitais públicos universitários do país (Popadiuk; Oliveira; Signorelli, 2017). Em 2013, o PTSUS foi redefinido e ampliado, passando a incorporar os homens trans e as travestis em seu escopo.

Em 2011, o Brasil publicou a Política Nacional de Saúde Integral LGBTQ+, que se propôs a ser a base da construção de maior equidade no SUS no que tange ao atendimento dessa população. A política teve como objetivo geral promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Nos seus objetivos específicos, a política nacional busca, entre outros: reduzir danos à saúde da população LGBTQ+ no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; garantir o uso do nome social de travestis e transexuais; e promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens.

A institucionalização PTSUS e a Política LGBTQ+ representaram avanços para a população trans. No entanto, o acesso a estes serviços, especialmente ao PTSUS, tem sido condicionado ao diagnóstico de transexualismo, apesar das portarias vigentes que tratam sobre o Processo Transexualizador não referirem a exigência de diagnóstico ou de mecanismos de seleção para acesso aos procedimentos. O Conselho Federal de Medicina (CFM) definia como paciente transexual aquele “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio”. Eram critérios de diagnóstico: “1) Desconforto com o sexo anatômico natural; 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; 4) Ausência de outros transtornos mentais” (Rocon *et al.*, 2019). Em 2020, a resolução nº 2.265 do CFM alterou estas diretrizes, considerando que a identidade de gênero é o reconhecimento de cada pessoa

sobre seu gênero, sem mencionar critérios para avaliação profissional quanto a isso, apesar de ter atribuído ao psiquiatra a responsabilidade de realização do diagnóstico de incongruência de gênero (CFM, 2020).

Outra importante barreira de acesso ao Processo Transexualizador tem sido o quantitativo e a distribuição dos estabelecimentos de saúde que ofertam o procedimento. No Brasil, são identificados 102 estabelecimentos que ofertam algum tipo de procedimento na rede pública de saúde, distribuídos em 38 municípios. No entanto, destes, 90 não são habilitados pelo Ministério da Saúde (MS)(são programas municipais ou estaduais). Em 2023, apenas oito Estados possuíam estabelecimentos habilitados pelo MS nas modalidades hospitalar e ambulatorial: Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo, Goiás e Pará (Agência Aids, 2023).

A cirurgia de redesignação sexual é considerada muitas vezes a intervenção médica final de confirmação do gênero de uma pessoa transgênero. O procedimento cirúrgico é realizado após um processo de avaliação longo e complexo, que inclui um acompanhamento prévio por equipe multidisciplinar de ambulatório especializado, e indicação específica por médico. No entanto, estudos recentes têm demonstrado uma gama de efeitos adversos complexos sobre a saúde da população trans após a cirurgia. A revisão sistemática de Dreher *et al* (2018), que incluiu 1.684 pacientes, verificou uma taxa de complicação de 32,5%, e necessidade de reoperação por razões não estéticas de 21,7%.

Rocon *et al* (2019), avaliando os desafios do PTSUS para pessoas trans, indicam três questões que ainda permanecem como barreiras de acesso aos serviços: a distribuição geográfica dos programas; a realidade de discriminação e desrespeito ao nome social; e o diagnóstico de transexualismo. Em relação ao último, os autores destacam que a presença do desejo pela cirurgia de redesignação sexual é vista como definidor da transexualidade “verdadeira”. Para os profissionais de saúde, o gênero é considerado algo natural e universal, fazendo com que as mulheres trans tenham que “performar” padrões de feminilidade (vestimenta, comportamento, estereótipos) durante todo o período de avaliação para conseguirem seus laudos médicos. No ano de 2019, o CFM

publicou uma nova resolução (nº 2.265/2019), diminuindo o tempo mínimo de avaliação da equipe multidisciplinar (de dois anos para um), e estabeleceu critérios para procedimentos com hormonioterapia.

Em relação à violência, em 2022, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) estabeleceu que a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), o principal instrumento jurídico de proteção de mulheres em situações de violência, se aplica nos casos de violência doméstica ou familiar contra mulheres transgênero (STJ, 2023). A decisão foi uma resposta ao Ministério Público, que recorreu ao parecer de um juiz de primeiro grau do estado de São Paulo, que negou a aplicação de medidas protetivas a uma mulher trans após ela sofrer violência física do seu pai na residência da família. O juiz alegou que a Lei Maria da Penha seria limitada à condição de mulher biológica, o que foi negado pelo colegiado do STJ.

2.2 COMPREENDENDO A TRANSEXUALIDADE EM UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

A epidemiologia social se caracteriza por investigar explicitamente os determinantes sociais das distribuições populacionais de saúde e doença, em vez de considerar esses determinantes como secundários como ocorre na maior parte dos estudos clínicos. Para isso, é crucial dedicar atenção a teorias, conceitos e métodos que auxiliem na compreensão da conexão entre o corpo físico e o contexto político (Krieger, 2003). A violência perpetrada contra mulheres transgênero e a compreensão de suas consequências para a saúde exigem a análise de múltiplos fatores que influenciam os comportamentos individuais, interpessoais, comunitários e institucionais. Portanto, é essencial utilizar diferentes abordagens teóricas para alcançar uma compreensão abrangente dessas questões, as quais serão descritas a seguir.

2.2.1 O conceito de gênero

O termo gênero foi cunhado por psicanalistas e estudiosos da transexualidade nas décadas de 1950 e 1960, mas ganhou notoriedade durante o movimento feminista em 1970. Em uma época de debates sobre o papel da

mulher no cuidado da casa, na reprodução e na própria sociedade, havia um esforço para compreender o que era biologicamente inato à mulher e o que era resultado da cultura, normas ou convenções, e, portanto, sujeito a mudanças (Krieger, 2003).

O objetivo das feministas da época era fornecer um contraponto às percepções populares de que as diferenças entre homens e mulheres eram “naturais” e, portanto, imutáveis. Este entendimento era proveniente do determinismo biológico explícito, utilizado para explicar estas diferenças e validado pela linguagem científica da época (Meyer, 2004). Por exemplo, na década de 1970, a justificativa utilizada para que mulheres não pudessem pilotar aviões era a de que elas ficariam mensalmente “instáveis”, devido aos hormônios do período menstrual, e, portanto, inaptas a praticarem suas atividades. O termo “gênero”, neste cenário, se tornou útil para diferenciar o que era visto como um fato biológico (o sexo), de algo que era fruto de uma cultura (o gênero).

O conceito de gênero permitiu uma análise mais aprofundada das construções sociais e culturais relacionadas ao que significa ser homem ou mulher, e como essas definições influenciam os papéis e comportamentos atribuídos a cada gênero. Joan Scott, uma importante pesquisadora sobre o tema, argumenta que o gênero não é simplesmente uma característica biológica ou uma divisão binária entre masculino e feminino, mas sim uma construção social que influencia e é influenciada por diversas esferas da vida (Scott, 1995). Dessa forma, o termo "gênero" se tornou fundamental para examinar as dinâmicas de poder e desigualdades de gênero na sociedade e questionar as estruturas patriarcais e sexistas que moldam as experiências das pessoas com base em seu sexo biológico.

Apesar de diversos avanços na teoria feminista, a chamada “segunda onda do movimento feminista” (posterior às sufragistas), foi criticada pela sua falta de diversidade. O movimento, liderado por mulheres brancas, heterossexuais e de classe média, não incluiu experiências de mulheres negras, de classe trabalhadora ou de mulheres que viviam fora de países desenvolvidos. Isso resultou em uma categorização binária de homem *versus* mulher, e conduziu a análises onde se apagavam as especificidades dentro dos sujeitos,

universalizando o homem branco, heterossexual e detentor de poder a uma categoria normativa e opressora, e tornando as mulheres como oprimidas (Butler, 1993).

A principal crítica ao movimento se deu por ele “essencializar” o gênero. O pensamento essencialista é a suposição de que existem propriedades biológicas e comportamentais essenciais de gênero, ambas geralmente expressas em termos binários (Hutson, 2019). O termo “sexo” era utilizado para se referir a traços biologicamente determinados, que aparentemente diferenciam as mulheres dos homens, afirmando que estes corpos, inertes, seriam a base sobre o qual o gênero é socialmente construído. Essa visão perpetuou a ideia de interdependência entre o sexo e o gênero. Isso levou à suposição de que as mulheres, da mesma forma que os homens, eram um grupo social já constituído, determinado por sua suposta constituição biológica comum (Carter; Brunton, 2021).

A lógica essencialista e dualista foi alvo de críticas do próprio movimento feminista durante a década de 1990, momento em que surge a terceira onda do movimento, que buscava incluir na discussão de gênero a diversidade do feminino. No período surge a teoria *queer*, a partir de feministas pós-estruturalistas (Mariano, 2005). Influenciadas pelo trabalho de Foucault (1988), a abordagem se concentra na maneira como os significados de gênero surgem através do discurso, construindo a forma como as identidades de gênero são expressas (Meyerowitz, 2008). O *discurso* aqui é compreendido como toda a linguagem e sistemas simbólicos que fazem parte de uma sociedade, sendo representados por instituições como famílias, escolas e igrejas, que disciplinam os corpos de acordo com a norma (Connell, 2005).

A teoria *queer* critica as noções tradicionais de gênero como algo fixo e binário (masculino/feminino), e propõe uma compreensão mais complexa e fluída das identidades de gênero. Criticava-se o pensamento categórico por não permitir a compreensão das diferenças de gênero dentro das próprias categorias: por exemplo, entre masculinidades hegemônicas e subordinadas (homens brancos e homens pretos), ou entre a sexualidade de mulheres lésbicas e heterossexuais. Connel (2012) destaca que a repressão das diferenças no

interior de cada grupo de gênero também funciona para essencializar a dicotomia entre homem e mulher, invisibilizando outras categorias, como pessoas transgênero.

Na perspectiva *queer*, a dicotomia entre masculino e feminino não é resultado de uma verdade interior e inata, mas sim de posições de sujeito no discurso. Para Butler (1993), a principal pensadora desta vertente, o discurso cultural hegemônico (caracterizado por ela como *heterossexualidade compulsória*) normatiza as estruturas binárias de sexo e gênero, estabelecendo limites para as possibilidades de configurações do gênero na cultura. Assim, a partir desta perspectiva, se reconhece a existência de uma ampla gama de identidades além do binário homem/mulher, incluindo pessoas não-binárias, genderqueer, transgênero, entre outras. Desta forma, as pós-estruturalistas tiveram um importante papel no ativismo de gênero, especialmente para pessoas *queer* e transgênero, que tentam subverter as normas discursivas (Connell, 2011).

Nos últimos anos, o conceito de gênero foi aprimorado a partir de várias alternativas teóricas, como a introdução da perspectiva de gênero relacional (*relational theory of gender*) (Connell, 2012; Courtenay, 2000; Hammarström *et al.*, 2014). O foco passa das relações individuais para incluir o nível estrutural em que as relações de gênero são integradas, constituindo o gênero como uma estrutura social. A teoria entende o gênero como multidimensional, que engloba relações econômicas, de poder, afetivas e simbólicas; que operam simultaneamente nos níveis intrapessoal e interpessoal de toda a sociedade (Connell, 2012). A teoria do gênero relacional possui um corpo de pensamento variado. O corpo de pensamento da teoria de gênero relacional é diversificado: alguns autores enfatizam como o gênero é construído na interação pessoal, destacando o conceito de "fazer gênero" (Hammarström *et al.*, 2014). Outros enfatizam as relações de gênero em um nível macro, na economia, no estado e na comunicação de massa (Connell, 2005), e alguns enfocam uma dinâmica chave, embora a maioria trate o gênero como multidimensional (Lopes Louro, 2002).

Segundo Hammarström (2014), o gênero está na base da estratificação social, não apenas nas nossas personalidades, nas nossas regras culturais ou instituições, mas em tudo isto, e de formas complexas. A estrutura de gênero diferencia oportunidades e desvantagens com base na categoria de sexo e, portanto, tem consequências em três dimensões: (1) a nível individual, para o desenvolvimento de identidades de gênero; (2) durante a interação, pois homens e mulheres enfrentam expectativas culturais diferentes, mesmo quando ocupam posições estruturais idênticas; e (3) em domínios institucionais, uma vez que a distribuição de recursos de bens materiais segue a lógica cultural do gênero.

Desta forma, gênero é entendido como um sistema social que distribui recursos, papéis, poder e direitos de acordo com a percepção sobre o que é feminino ou masculino (Cislaghi; Heise, 2020; Kavanagh *et al.*, 2023). As normas de gênero são um dos elementos deste sistema social, e podem ser compreendidas como as normas que definem as ações aceitáveis e apropriadas para mulheres e homens em um determinado grupo ou sociedade. As normas de gênero são aprendidas na infância, em um processo conhecido como socialização, e depois reforçadas na família e no contexto social mais amplo, como na escola, no local de trabalho ou na mídia. Estas normas são produzidas e reproduzidas através da interação social, à medida que os indivíduos se envolvem em práticas que dão significado às noções de masculinidade e feminilidade. As ações concordantes com estas normas (meninos brincando de carrinho, meninas de boneca) são encorajadas dentro da sociedade, beneficiando indivíduos que as cumprem e penalizando indivíduos considerados “desviantes”.

Uma observação fundamental sobre o conceito de gênero é que as normas de gênero estão incorporadas e são reproduzidas por meio das instituições. As políticas, regulamentos, processos de tomada de decisão e preconceitos incorporados no funcionamento das instituições são influenciados por um determinado sistema de gênero e reforçam as normas de gênero na população que interage com essas instituições. Isso se traduz na necessidade de um projeto político de mudança institucional para que se diminuam as

desigualdades entre gêneros, o que pode acontecer através de conflitos ou da renegociação do poder (Kavanagh *et al.*, 2023).

Nas últimas décadas, houve uma crescente inclusão do conceito de gênero no discurso internacional sobre desigualdades em saúde, à medida que as disparidades entre homens e mulheres se tornaram mais evidentes. Estudos buscam, em última análise, melhorar a saúde de homens e mulheres, e ao mesmo tempo, aumentar a equidade de gênero. Na contramão deste movimento, uma retórica “anti-gênero” tem crescido a nível mundial, acusando estes campos do conhecimento de praticar uma “ideologia de gênero”. O termo “ideologia de gênero” sugere que estes estudos e os movimentos queer, trans e feminista promovem uma ideologia que ataca e se opõe à maioria da população, heterossexual e cisgênero. Este discurso, frequentemente ligado à religião e a movimentos de extrema-direita, sugere que “inventar” o gênero como um conceito flexível coloca em risco a “verdade” do corpo e da biologia, o que colocaria em risco a família, e a nação como um todo (Tudor, 2021). Estas vozes, construídas como marginais ou oprimidas, acusam os estudiosos sobre o gênero de roubar identidades naturais e biologicamente determinadas entre homens e mulheres, e trata estes estudos como não científicos (McEwen; Narayanaswamy, 2023).

Em um período de grandes instabilidades sociais e políticas, pesquisadores sobre o tema salientam a necessidade de compreendermos melhor o conceito de gênero, que vai além da dicotomia sexo/biológico e gênero/social, e que muitas vezes também é entendido erroneamente como o mesmo que *identidade de gênero* (Cislaghi; Heise, 2020; Darmstadt *et al.*, 2019; Tannenbaum; Greaves; Graham, 2016). Como citam Greaves e Ritz (2022), não existe uma fronteira rígida entre o corpo e o mundo: a biologia do corpo pode ter e tem implicações sociais, e as experiências sociais podem ter e têm efeitos concretos na biologia. Desta forma, é essencial operacionalizar estes termos de acordo com o contexto apropriado à pesquisa, mas considerando como objetivo principal a melhor compreensão das interações entre gênero e sexo que são relevantes para alcançar uma melhor saúde e equidade de gênero.

2.2.2 Estigma, discriminação e vulnerabilidade

A violência perpetrada contra pessoas trans pode ser avaliada sob os conceitos teóricos de estigma, discriminação e vulnerabilidade. Estigma pode ser entendido como o processo social de rotular, estereotipar e rejeitar a diferença humana como forma de controle social (Malcolm *et al.*, 1998; White Hughto; Reisner; Pachankis, 2015), enquanto a discriminação é um resultado prático do estigma, que reforça os estereótipos, colocando as pessoas rotuladas em desvantagem.

O estigma destaca um atributo específico de uma pessoa ou grupo social e o sujeita à impossibilidade de atenção social para seus outros atributos (Magno *et al.*, 2019). É necessário reconhecer que o estigma não é uma atitude individual, mas é formado em um contexto específico de cultura e poder e é central para a constituição de uma “ordem social” (Parker; Agleton, 2001). Sistemas de hierarquia são criados a partir de classes dominantes (de gênero, raça, sexualidade), e acabam mantendo e reforçando diferenças sociais que irão afetar a maneira como grupos se comportam a nível individual (Parker; Agleton, 2001).

Considerando que o estigma é um processo complexo e dinâmico, a literatura sugere a necessidade de avançar no conceito e na mensuração do estigma. Atualmente, autores destacam três importantes questões sobre o estigma: o nível do estigma que uma população sofre (estrutural, interpessoal ou individual); a perspectiva (experiências objetivas versus subjetivas); e sua gravidade e frequência (crimes de ódio versus discriminação cotidiana) (White Hughto; Reisner; Pachankis, 2015).

O estigma de nível estrutural se refere às normas sociais e políticas institucionais que irão restringir o acesso a recursos, oportunidades e bem-estar de grupos estigmatizados; e está relacionado ao poder de grupos privilegiados, que excluem e marginalizam aqueles que são diferentes (White Hughto; Reisner; Pachankis, 2015). A revisão de escopo de King et al (2020) teve por objetivo avaliar como estudos sobre estigma em pessoas trans estão conceituando e operacionalizando o termo. Os autores sugerem uma definição para o estigma de nível estrutural como “*a desvalorização e marginalização sistemática das*

peças trans que limita o acesso a recursos estruturais e sociais críticos para o bem-estar” (pág. 4). As formas de mensuração do estigma estrutural buscam quantificar a experiência de pessoas trans em instituições, como abrigos, hospitais ou escolas, mas também avaliam as consequências de políticas e leis sobre a vida de pessoas trans.

O estigma estrutural enfrentado por mulheres trans é evidenciado por políticas públicas que as marginalizam, limitando seu acesso a serviços de saúde adequados, educação e emprego. Por exemplo, restrições legais que impedem o reconhecimento da identidade de gênero das mulheres trans contribuem para sua exclusão e desigualdade. No USTS, apenas 11,0% dos entrevistados relataram que todos seus documentos tinham nome e gênero de sua preferência, enquanto 68,0% relataram que nenhum de seus documentos continham estas informações. O custo de alterar documentos de identidade foi uma das principais barreiras enfrentadas pelos entrevistados. Quase um terço (32,0%) dos entrevistados que mostraram uma identidade com nome ou sexo que não correspondiam à sua apresentação de gênero foram assediados verbalmente, tiveram benefícios ou serviços negados, foram pedidos para se retirarem de locais ou foram agredidos.

O estigma estrutural contribui também para a perpetuação de um ciclo de marginalização socioeconômica que pode empurrar algumas mulheres trans para o trabalho sexual como uma estratégia de sobrevivência (King *et al.*, 2023a). A falta de oportunidades de emprego estáveis e bem remuneradas devido à discriminação no mercado de trabalho (Yarbrough, 2023), combinado com as barreiras legais que impedem seu pleno acesso à educação e serviços de saúde, cria um contexto no qual o trabalho sexual é percebido como uma das poucas opções viáveis para garantir uma renda estável (Budhwani *et al.*, 2021; Operario; Soma; Underhill, 2008). Em um estudo transversal realizado na Jamaica (N=137), quase metade das mulheres trans relataram envolvimento com trabalho sexual, incluindo sexo em troca de: dinheiro (47,0%), necessidades de sobrevivência (20,0%), e drogas/álcool (4,0%). Participantes que relataram trabalho sexual tiveram maior probabilidade de encarceramento, sexo forçado, falta de moradia e menor resiliência, em comparação com participantes que

relataram nenhum envolvimento em trabalho sexual. O trabalho sexual esteve associado a fatores intrapessoais (depressão), interpessoais (menor apoio social, sexo forçado, abuso sexual na infância, violência por parceiro íntimo, múltiplos parceiros) e estruturais (estigma e desemprego) (Logie *et al.*, 2017).

O estigma a nível interpessoal se refere a formas diretas e executadas de estigma, como assédio verbal, violência física e agressão sexual devido à identidade de gênero de uma pessoa (White Hughto; Reisner; Pachankis, 2015). King *et al* (2020) sugerem a seguinte definição para o termo: “*comportamentos, expressões ou intenções que indiquem atitudes e crenças negativas, consciente ou inconscientemente, de indivíduos cisgêneros em relação a pessoas trans, incluindo rejeição, discriminação, assédio e agressão com base na identidade ou expressão de gênero trans*” (King; Hughto; Operario, pág. 6, 2020).

Em pesquisas sobre pessoas transgênero, esta forma de estigma é avaliada a partir da interação com servidores de saúde, familiares ou amigos, e as possíveis consequências destas interações, como episódios de violência ou rejeição. Em relação à perspectiva do estigma, pessoas trans experienciam dificuldades tanto objetivas quanto subjetivas em suas vidas. No estudo qualitativo conduzido por Lanham *et al* (2019), com 74 mulheres trans de quatro países da América Central, as mulheres relataram ter que esperar mais do que usual para serem atendidas, ou terem serviços a elas ou a seus familiares negados. Em alguns locais esta discriminação era mais discreta, com os profissionais alegando que não encontravam seus prontuários, ou mudavam o local de consulta ou o médico sem nenhuma razão aparente. Muitas das mulheres investigadas no estudo buscavam clínicas particulares ou se automedicavam para não lidar com estas situações.

A violência explícita perpetuada contra mulheres trans tem sido amplamente documentada, e normalmente é iniciada durante a fase de transição na juventude. O estudo transversal de Biederman (2021), realizado na Alemanha com 187 pessoas transgênero (incluindo 84 mulheres trans), avaliou uma escala de 28 itens e cinco tipos de adversidades sofridas durante a infância nesta população. No total da amostra, 93,0% das pessoas trans relataram ter sofrido alguma forma pelo menos leve a moderada de adversidade na infância,

enquanto 30,2% relataram adversidades severas ou extremas. O total da amostra estudada reportou um percentual de 53,0% de negligência emocional durante a infância. As mulheres trans apresentaram maior percentual de violência sexual (22,3%), negligência emocional (56,4%) ou negligência física (76,3%), quando comparadas com homens trans, apesar de não haver diferença estatística entre as estimativas. Todas as adversidades avaliadas foram associadas com depressão e tentativas de suicídio na vida adulta entre a população trans. Utilizando a mesma escala na população geral, o estudo de Hauser et al (2011) encontrou um percentual de negligência emocional bem abaixo, de 15,0%.

Na revisão de King et al (2020), os autores refletem sobre a maneira como perguntas sobre o estigma e discriminação são estruturadas: “nos últimos X meses, você sofreu alguma violência *por você ser trans?*”. Para os autores, pedir para os entrevistados especificar se as experiências aconteceram *por causa* de suas identidades faz com que eles tenham que especular sobre as intenções e percepções dos perpetradores, o que pode resultar em medidas imprecisas de estigma. Além disso, participantes que fazem parte de diversos grupos marginalizados (por exemplo, mulher trans, negra e lésbica) podem ter dificuldade em atribuir o estigma sofrido a uma categoria específica (King; Hughto; Operario, 2020).

No nível individual, o estigma inclui os sentimentos que as pessoas têm sobre si mesmas ou as crenças que percebem que os outros têm sobre elas, que podem moldar seu comportamento futuro para antecipar ou evitar uma discriminação. King et al (2020) sugerem uma definição mais robusta, que avalia o estigma ao nível individual como “*processos no nível pessoal que refletem (i) adaptação e internalização de formas estruturais e interpessoais de estigma anti-trans (entre pessoas trans), ou (ii) atitudes/crenças conscientes ou inconscientes e propensão para expressar formas estruturais ou interpessoais de estigma anti-trans (entre pessoas cisgênero)*” (King; Hughto; Operario, pág. 10, 2020).

Segundo Magno et al (2019), contextos de alta discriminação potencializam o estigma individual, que pode provocar diversos desfechos negativos para as mulheres trans. O estigma individual se manifesta de forma

internalizada, como baixa autoestima, altas taxas de depressão e tentativa de suicídio (Cascalheira; Choi, 2023; Meza Lazaro; Bacio, 2023), mas também interfere no comportamento individual das mulheres trans, através de uso de álcool, drogas (Baguso *et al.*, 2023) e comportamentos sexuais de risco para o HIV e outras ISTs (Andrew Yockey; King; Vidourek, 2020; Kloek *et al.*, 2023).

O estigma e a discriminação baseados na identidade de gênero aumentam a vulnerabilidade de mulheres trans para desfechos negativos em saúde e a violência. O termo vulnerabilidade adotado é o proveniente dos teóricos Mann *et al.* (1993) e Ayres (2003). Esse conceito abrange um conjunto de aspectos individuais e coletivos que estão relacionados ao grau e modo de exposição a determinadas situações e, de forma inseparável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para proteger-se das consequências indesejáveis dessas situações (Ayres *et al.*, 2009). Segundo Magno *et al.* (2019), a vulnerabilidade enfatiza a responsabilidade das ações governamentais e das políticas públicas como parte integrante dos determinantes do processo de saúde doença.

O conceito foi apresentado como uma alternativa ao conceito de risco, durante a década de 1990, em estudos sobre HIV/Aids. A abordagem da vulnerabilidade reconhece que a disseminação do HIV não se restringe simplesmente ao comportamento individual, mas é influenciada por diversos fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. A vulnerabilidade pode variar entre indivíduos e comunidades e pode ser moldada por desigualdades de gênero, discriminação, estigma, falta de acesso a serviços de saúde, pobreza e falta de educação.

O conceito de vulnerabilidade se refere a uma análise em conjunto de três componentes que são inter-relacionados: vulnerabilidade programática (ou estrutural), vulnerabilidade social e vulnerabilidade individual. A vulnerabilidade programática (ou estrutural), examina as formas pelas quais as políticas e programas interferem em situações sociais e individuais (disponibilidade de serviços de saúde, acesso a serviços, qualidade no atendimento e políticas de desenvolvimento). Tomando como exemplo o HIV/Aids, o estigma e a

discriminação a níveis estruturais (como legislação discriminatória) restringem o acesso de mulheres trans à prevenção, à testagem e ao tratamento de HIV/Aids.

Por outro lado, a vulnerabilidade social analisa as dimensões de cultura, economia e fatores institucionais que podem determinar os meios de exposição a doenças ou agravos (a condição socioeconômica, pobreza, estado nutricional, meios de subsistência, educação). Como mencionado anteriormente, o estigma a nível interpessoal, performado por violência, rejeição e exclusão, aumenta a vulnerabilidade social das mulheres trans ao impor barreiras a escolaridade e ao emprego formal. Estas experiências fazem com que a estimativa de envolvimento em trabalho sexual para mulheres trans seja de 20,0%-75,0% nos Estados Unidos, comparado a 1,0% para mulheres cisgênero (Wirtz *et al.*, 2020).

A vulnerabilidade individual se refere aos fatores físicos, mentais ou comportamentais que aumentam o risco de doença. Em relação ao HIV/Aids, a alta carga de estigma e discriminação sofrido por mulheres transgênero no nível individual influenciam sua saúde mental, aumentam seu isolamento social, e o uso de substâncias psicoativas. Nestes casos, as mulheres trans estão vulneráveis ao HIV por possuir uma baixa capacidade de negociação do preservativo (Magno *et al.*, 2019).

O estudo de King (2023) explorou o conceito de vulnerabilidade estrutural e seu impacto na saúde de populações marginalizadas, demonstrando como sistemas de opressão contribuem para desigualdades em saúde ao reduzir o acesso a recursos essenciais de sobrevivência, como alimentação e moradia. Investigando mulheres trans negras em Detroit (EUA), foram identificados indicadores de vulnerabilidade estrutural, como instabilidade habitacional, vitimização violenta e pobreza, interligados e resultantes de opressões interseccionais. Utilizando análise estatística de classe latente, associaram-se diferentes perfis de vulnerabilidade estrutural a resultados de saúde mental e uso de substâncias. Membros da classe de menor vulnerabilidade apresentaram menor prevalência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), enquanto houve associação entre alta vulnerabilidade econômica e uso diário de maconha. A classe “multi-vulnerabilidade” esteve associado ao TEPT, ansiedade, ideação suicida e uso de drogas em festas. Esses resultados enfatizam a importância de

abordagens quantitativas fundamentadas teoricamente na compreensão das desigualdades em saúde, destacando a necessidade de intervenções comunitárias e mudanças políticas que reduzam a vulnerabilidade estrutural para melhorar os resultados de saúde mental e uso de substâncias entre mulheres trans de cor estruturalmente vulneráveis.

2.2.3 Interseccionalidade

Ao analisar a violência sexual em mulheres trans, é crucial adotar uma abordagem que leve em consideração não apenas sua identidade de gênero, mas também as complexas interações entre gênero, raça, classe social e outras dimensões de sua identidade, a fim de compreender plenamente as causas e consequências desse fenômeno e desenvolver estratégias de intervenção eficazes. A teoria da interseccionalidade é fundamental para entender a complexidade das experiências de violência sexual enfrentadas por mulheres trans, pois reconhece que múltiplos sistemas de opressão, como gênero, identidade de gênero, raça/etnia, classe social e orientação sexual, interagem e se sobrepõem, criando experiências únicas de discriminação e vulnerabilidade.

A interseccionalidade, apesar de difícil conceituação, pode ser descrita como uma teoria com foco nos múltiplos sistemas de opressão, que se constroem mutuamente para produzir adversidades únicas (Collins, 2015). O termo “interseccionalidade” foi cunhado no meio científico pela primeira vez em 1989 por Kimberlé Williams Crenshaw, mas suas ideias são atribuídas ao feminismo negro dos Estados Unidos, entre os anos 1960-1980. As críticas ao movimento feminista, que buscava atender às preocupações das mulheres brancas ou de classe média, juntamente a críticas ao discurso anti-racista, que atendia principalmente aos interesses de homens negros, são destacados em artigos como o ponto de partida para que feministas negras propusessem a Interseccionalidade.

Em 1982, o grupo “Combahee River Collective”, composto por mulheres afro-americanas de Boston, circulou o documento denominado “A Black Feminist Statement”. Este documento argumentou que as análises apenas de raça ou

gênero eram parciais e incompletas, não dando conta das injustiças que as mulheres afro-americanas vivenciavam. A declaração propôs que o racismo, a exploração de classe, o patriarcado e a homofobia estavam interligados e que, para a libertação das mulheres negras, seria necessária uma resposta abrangente a vários sistemas de opressão. O trabalho do coletivo prenuncia ideias importantes dentro de projetos de conhecimento intersectoriais, a saber, encarar a tarefa de compreender as desigualdades sociais complexas como inextricavelmente ligada à justiça social, ou seja, as intersecções não apenas de ideias em si, mas de ideias e ações (Collins, 2015).

As feministas negras estadunidenses não buscavam uma inovação teórica, mas sim empoderar mulheres afrodescendentes através de uma análise crítica de como os sistemas mutuamente construídos de opressão de raça, gênero, classe e sexualidade atuavam em suas vidas. Esta análise de como as relações de poder cruzadas de raça, classe, gênero e sexualidade afetaram as mulheres afro-americanas, portanto, forneceu uma nova estrutura provocadora para analisar as realidades sociais, políticas e culturais de outros grupos (Collins, 2015).

Com a redução dos protestos na década de 1980, as mulheres envolvidas com o feminismo negro trouxeram o ativismo intelectual para a academia. Os trabalhos intelectuais das mulheres negras e latinas envolveu diferentes dimensões de temas como organização comunitária, política de identidade, política de coalizão, análises de sistemas interligados de opressão e justiça social. No entanto, a ênfase nas opressões entrelaçadas constituiu uma enorme reivindicação de conhecimento. Não apenas continha uma análise explícita da interconexão de raça, classe, gênero e sexualidade como sistemas de poder, mas também constituía um momento definidor para o surgimento dos estudos de raça/classe/gênero e sua subsequente renomeação como interseccionalidade.

Collins (2015) argumenta que houveram outros grupos sociais que buscaram dismantelar as múltiplas desigualdades sociais, levantando reivindicações sobre a interconexão entre raça, classe e gênero, que não obtiveram o reconhecimento por tal. A autora cita o próprio feminismo negro dos

Estados Unidos, que fazia parte de movimentos sociais mais amplos, dos quais mulheres mexicanas, latinas, indígenas e asiáticas estavam na vanguarda. Feministas europeias, como Nira Yuval-Davis e Floya Anthias introduziram ideias semelhantes ao da interseccionalidade, assim como o trabalho de Stuart Hill, que analisou como as complexas desigualdades sociais de classe, nação, raça e etnia estavam ligadas às experiências dos imigrantes e ao multiculturalismo britânico.

Desde sua proposição, a teoria da Interseccionalidade tem recebido atenção de pesquisadores, que buscam qualificá-la para que seus pressupostos possam ser aplicados em estudos de diversas áreas (Carbado *et al.*, 2013). Ativistas e pesquisadores de áreas como ciências sociais, direito e epidemiologia social, utilizam diferentes conceitualizações e definições para abordar um amplo escopo de questões (Carbado *et al.*, 2013; Heard *et al.*, 2020).

À medida que a interseccionalidade ganhou popularidade, ela foi interpretada e discutida de várias maneiras - por exemplo, como uma teoria, metodologia, paradigma, lente ou estrutura. Para Hankivsky (2014), podemos definir que:

A interseccionalidade promove uma compreensão dos seres humanos moldados pela interação de diferentes locais sociais (por exemplo, "raça" / etnia, índole, gênero, classe, sexualidade, geografia, idade, deficiência / habilidade, status de migração, religião). Essas interações ocorrem dentro de um contexto de sistemas e estruturas de poder conectados (por exemplo, leis, políticas, governos estaduais e outras uniões políticas e econômicas, instituições religiosas, mídia). Por meio de tais processos, formas interdependentes de privilégio e opressão moldadas pelo colonialismo, imperialismo, racismo, homofobia e patriarcado são criadas. (2014, pág. 2).

Carbado *et al.* (2013), analisando os movimentos da teoria nas últimas décadas, deixam claro que a interseccionalidade é uma teoria "nunca pronta", que não se esgota por suas articulações anteriores e é sempre uma análise em andamento. Há, no entanto, alguns princípios ou pressupostos presentes em quase todas as definições. Primeiramente, categorias de identidade (raça, gênero, classe, etc) precisam ser entendidas e exploradas como *interdependentes*. Um olhar interseccional avalia que as experiências do indivíduo não podem ser entendidas em relação a aspectos de sua identidade, pois são resultados de múltiplas identidades que se interconectam, interagem e

influenciam estas experiências. Quando se divide as categorias, as principais interações entre várias posições sociais que criam experiências compostas de opressão e privilégio são esquecidas (Heard *et al.*, 2020).

Por outro lado, uma análise baseada na interseccionalidade não busca simplesmente adicionar categorias umas às outras, mas em vez disso se esforça para compreender o que é criado e experimentado na interseção de dois ou mais eixos de opressão (Hankivsky *et al.*, 2010). Além de interdependentes, as diferentes categorias de identidade devem ser tratadas com o mesmo valor. Isso significa que, em princípio, não há uma categoria hierárquica que deve se sobressair a outras: não é primeiro gênero, depois raça, depois classe social, todas devem ser avaliadas em conjunto (Hankivsky *et al.*, 2010).

A teoria da interseccionalidade considera que as identidades e os sistemas sociais de poder podem variar ao longo do tempo e dos contextos sociais, políticos e geográficos. Ao fazer isso, a teoria reconhece a natureza multidimensional e relacional dos sistemas sociais, e revela como formas cruzadas de discriminação e opressão criam oportunidades e benefícios sociais e materiais para aqueles que desfrutam de status normativo ou não marginalizado. Um outro ponto destaca que aqueles engajados com a teoria da interseccionalidade devem estar comprometidos a buscar pela justiça social e por mudanças significativas de poder. Para isso, além de auxiliar na elaboração de estudos, pesquisadores devem reconhecer a necessidade de trabalhar com diferentes atores sociais, como implementadores de políticas públicas, ativistas e grupos comunitários (Agénor, 2020; Etherington *et al.*, 2020; Harari; Lee, 2021).

Ainda que a interseccionalidade tenha se originado no movimento feminista, recentemente pesquisadores têm reconhecido a teoria como sendo particularmente adequada para estudos sobre disparidades em saúde. Percebendo a necessidade de incorporar fatores sociais e contextuais modificáveis nas análises em saúde, pesquisadores têm se esforçado nos últimos anos para auxiliar no desenvolvimento da teoria interseccional que possa ser utilizada em estudos quantitativos (Harari; Lee, 2021; Mena; Bolte, 2019). Segundo Heard (2020), pesquisadores e profissionais de saúde pública

começaram a aplicar a teoria da interseccionalidade de três maneiras amplas e interconectadas: como uma abordagem epistemológica para a compreensão do poder e da desigualdade; como uma abordagem metodológica e analítica para informar investigações de fenômenos sociais, e como uma ferramenta para informar a ação e intervenção. Para Mena e Bolte (2019), a implementação de uma estrutura de interseccionalidade na pesquisa quantitativa em saúde oferece a possibilidade de novas análises intercategoricas (McCall, 2005) e de explorar uma variedade de dimensões sociais possivelmente interconectadas e interagentes.

No entanto, a transposição deste referencial teórico para os estudos quantitativos apresenta um conjunto de desafios. Por exemplo, se categorias como raça e gênero devem ser implementadas primariamente e observadas como categorias mestras, ou não (Mena; Bolte, 2019). Ou, se a interseccionalidade deve ser utilizada apenas na discussão teórica dos dados, ou se deve ser incorporada (e se consegue) na modelagem (Bowleg; Bauer, 2016). Uma recente revisão sistemática sobre estudos da área da saúde publicados nos EUA, no entanto, observa que a pesquisa existente enfrenta dificuldades para atender pressupostos fundamentais da teoria da interseccionalidade, como o uso excessivo de medidas binárias, a falta de variáveis contextuais na análise, a falta de mecanismos explicativos, ou até mesmo o uso de comportamentos individuais de saúde como um mecanismo explicativo (Harari; Lee, 2021). Estas questões não se relacionam à modelagem que será utilizada no estudo, mas sim, à fundamentação teórica que está por trás de seu uso.

Outra revisão sistemática, publicada por Bauer *et al* (2021), buscou caracterizar a aplicação da teoria da interseccionalidade em estudos quantitativos. Os resultados apoiaram as preocupações entre os estudiosos da interseccionalidade de que os princípios teóricos fundamentais muitas vezes são perdidos ou interpretados erroneamente na pesquisa quantitativa; cerca de um em cada quatro artigos aplicados (26,9%) não definiram a interseccionalidade, enquanto um em cada seis (17,5%) incluíram componentes de posição interseccional não reflexivos do poder social. Os métodos quantitativos foram

simplistas (mais frequentemente regressão com interações, variáveis cruzadas ou estratificação) e muitas vezes foram mal aplicados ou interpretados. Os autores salientam que é necessário mais empenho para garantir que os pesquisadores compreendam as características-chave que definem as análises quantitativas de interseccionalidade, para melhorar as práticas de relatório para análises interseccionais e para desenvolver e adaptar métodos quantitativos.

De acordo com uma perspectiva da interseccionalidade, as desigualdades nunca são o resultado de fatores únicos e distintos. Em vez disso, são o resultado de interseções de diferentes localizações sociais, relações de poder e experiências (Hankivsky, 2012). No contexto da violência sexual, as mulheres trans enfrentam não apenas o estigma e a discriminação associados à sua identidade de gênero não conformista, mas também são impactadas por fatores como racismo, transfobia e marginalização social. Essas interseções de opressão aumentam sua vulnerabilidade à violência sexual, tornando-as alvos frequentes de agressão e exploração sexual.

Pesquisadores têm buscado também aplicar a teoria da interseccionalidade no modelo estatístico em estudos quantitativos. O estudo de Wesson *et al* (2021) investigou as diferenças na prevalência do HIV e nas experiências de discriminação dentro da comunidade de mulheres trans na área da Baía de São Francisco, na Califórnia. Utilizando dados da linha de base do estudo Trans*National (2016-2017), foram construídas posições interseccionais com base em raça/etnia (branco não-hispânico, negro não-hispânico, latina) e identidade de gênero (identificação como mulher, identificação como transgênero). Modelos de regressão foram empregados para estimar as diferenças raciais/étnicas na atribuição de discriminação experienciada e para estimar o risco entre aqueles duplamente marginalizados (minorias racial/étnica e identificação como transgênero), juntamente com medidas substitutas para a interseccionalidade. Os resultados demonstram que mulheres trans negras e latinas tinham maior probabilidade de serem HIV positivas em comparação com mulheres trans brancas não-hispânicas. Em várias áreas de estudo, foi estimado um menor risco de relato de discriminação entre mulheres trans duplamente

marginalizadas em comparação com mulheres trans brancas identificadas como mulheres (Wesson *et al.*, 2021).

Outro estudo buscou investigar as barreiras estruturais enfrentadas por mulheres trans devido à discriminação (Beltran *et al.*, 2019). O objetivo foi determinar se experiências de discriminação interseccional anti-trans e racial estão associadas a resultados habitacionais precários entre mulheres trans nos EUA. Os dados também são provenientes do estudo Trans*National (n=629). Regressão logística multivariável foi usada para analisar a associação entre discriminação como variável categórica ordenada (zero, uma a duas, ou três ou mais experiências) e status habitacional, ajustando para idade, anos vividos na área e identidade de gênero. Os resultados indicaram que as chances de instabilidade habitacional aumentaram em 1,25 para cada unidade categórica adicional (1-2 ou 3+) no relato de experiências de discriminação interseccional (anti-trans e racial) para mulheres trans (IC95% = 1,01-1,54; p-valor=0,05).

2.3 VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A violência baseada no gênero (gender-based violence), ou VBG, é um termo abrangente que se refere a qualquer violência física, sexual ou emocional perpetrada com base em diferenças de gênero socialmente atribuídas (United Nations General Assembly, 1993). A violência de gênero inclui abuso emocional, sexual, físico ou econômico ou discriminação por parte de atores estatais e não estatais e viola o direito humano fundamental de viver sem violência. Apesar da maioria dos estudos sobre VBG focar na experiência de mulheres e meninas cisgênero e heterossexuais, a literatura sugere que a VBG tem efeitos diretos e indiretos sobre a saúde e o bem-estar da população trans, estando ligada a múltiplos e complexos determinantes sociais da saúde (Wirtz *et al.*, 2020).

Avaliando especificamente a violência de gênero perpetrada contra pessoas trans, Hill (2003) sugere uma análise baseada em três conceitos chaves: transfobia, generismo (*genderism*) e a violência de gênero. A transfobia é uma aversão a indivíduos que não se adequam às expectativas de gênero da sociedade, e envolve o sentimento de repulsa por mulheres masculinas, homens

femininos, travestis e transexuais (Hill, 2003). O generismo é uma ideologia que perpetua julgamentos negativos a pessoas que não se apresentam em um estereótipo de homem ou mulher, sendo uma fonte de opressão social e vergonha psicológica. A violência de gênero se refere ao ataque a estas pessoas que não estão em conformidade com as normas de gênero. Desta forma, o generismo é uma ideologia cultural negativa, a transfobia uma aversão individual, e a violência de gênero a manifestação de ambas (Hill; Willoughby, 2005).

A violência contra pessoas trans é frequentemente perpetrada com base na estigmatização da inconformidade de gênero, da expressão ou identidade de gênero e da orientação sexual percebida (James *et al.*, 2016; Wirtz *et al.*, 2020). Estudos estimam que a população trans sofre uma carga alta de VBG, podendo variar de 7,0% a 89,0% entre as pessoas trans nos EUA (Gama *et al.*, 2018; Roberts; Fantz, 2014; Wirtz *et al.*, 2020).

Pesquisas internacionais têm demonstrado que pessoas trans experimentam um risco significativamente maior de sofrerem algum tipo de violência em comparação com a população cisgênero. Em uma revisão sistemática com 105 estudos sobre pessoas trans, Reisner *et al.* (2016) estimaram uma prevalência para violência vivenciada de 44%. Os dados de violência referiam-se à violência sexual (34,3%), física (17,1%), psicológica (6,7%), verbal (3,8%) ou não especificada (38,1%), tanto para homens, quanto para mulheres transgênero.

O contexto em que pessoas trans vivem aumenta a sua vulnerabilidade para a VBG, que muitas vezes inicia durante seu processo de transição (Stotzer, 2008). Em inglês, este processo é denominado de “out”, e descreve a trajetória percorrida por uma pessoa trans até que ela se identifique abertamente como transgênero. Este processo varia entre os indivíduos, mas se estima que 60% das pessoas trans iniciem sua transição até os 10 anos de idade. A revelação social do seu gênero é feita até os 20 anos, e pessoas trans usualmente selecionam pessoas ou locais em que se sintam seguras para fazer isso (Wirtz *et al.*, 2020).

No U.S. Transgender Survey, que incluiu uma amostra de mais de 27 mil pessoas transgênero, 8% dos participantes que revelaram seu gênero para a família foram expulsos de casa, 10,0% fugiram de casa para evitar a violência, 14,0% foram obrigados a consultar com um profissional para “parar” de ser trans, e 26,0% das pessoas trans tiveram um membro familiar direto que cortaram contato com elas. De maneira geral, 50,0% dos entrevistados passaram por algum tipo de rejeição familiar. Ser expulso de casa esteve associado a desfechos negativos durante a vida adulta, como pobreza, falta de moradia, prostituição, infecção por HIV e tentativa de suicídio (James *et al.*, 2016).

Um estudo transversal realizado nos EUA com 573 mulheres trans profissionais do sexo verificou uma prevalência de violência física durante a vida de 50,2%; violência sexual de 29,8% e de violência na infância de 37,6%. O estudo buscou avaliar experiências de transfobia durante diferentes estágios da vida. Durante a adolescência (12 a 18 anos), 73,8% das mulheres ouviram pelo menos uma vez de que eram anormais; 82,4% disseram que eram vítimas de piadas e 45,8% eram vítimas de violência física. Ao serem questionadas sobre a dificuldade de lidar com estas questões, 53,5% das mulheres declararam ser “extremamente difícil” lidar com o fato de terem sido vítimas de piadas; e 64,6% declararam o mesmo sobre ter que lidar com ser alvo de agressão física. De maneira geral, um terço das participantes relataram assédio verbal diário na adolescência e dificuldades extremas para lidar com isso (Nemoto; Bödeker; Iwamoto, 2011).

Fora de suas casas, pessoas trans jovens também experienciam diversos tipos de violência. O USTS estimou que 77,0% dos jovens que revelaram sua identidade durante o período escolar reportaram pelo menos um tipo de violência no colégio, incluindo 24,0% que foram fisicamente violentados, e 13,0% que sofreram abuso sexual dentro da escola. Esta violência faz com que jovens trans larguem os estudos devido à discriminação perpetrada por colegas ou pelo próprio sistema de ensino. De maneira geral, 17,0% dos entrevistados largaram os estudos por causa da discriminação sofrida, e 6,0% deles foram expulsos do colégio por serem pessoas trans. Entre as mulheres trans, 22,0% largaram os estudos, e 10,0% foram expulsas da escola. Um estudo qualitativo realizado com

74 mulheres trans de países El Salvador, Barbados e Haiti, indica que, além da violência explícita perpetrada por colegas, professores se recusavam a corrigir ou até mesmo tocar em trabalhos realizados por elas (Lanham *et al.* 2019).

As experiências vivenciadas durante a juventude podem exercer efeitos de longo prazo. Um estudo de coorte realizado com alunos LGBTQ+, embora com dados não especificamente desagregados para alunos trans, revelou que diversas formas de violência, incluindo violência física e sexual na infância, assédio sexual na escola, vitimização por bullying e rejeição familiar, estavam associadas a sintomas depressivos, ideação suicida e aumento do comportamento de risco sexual (Johns *et al.*, 2019). Em situações extremas, a violência escolar direcionada a jovens trans resultou em casos de homicídio ocorridos nas dependências escolares (Wirtz *et al.*, 2020).

A violência de gênero pode ter efeitos diretos ou indiretos na saúde e no bem-estar de pessoas trans, e a teoria sindêmica tem sido utilizada para auxiliar no entendimento sobre o tema (Poteat *et al.*, 2016). Segundo Singer (2003), uma sindemia envolve um conjunto de problemas de saúde interligados e que se reforçam mutuamente que, trabalhando em conjunto num contexto de condições sociais e físicas deletérias que aumentam a vulnerabilidade, afetam significativamente o estado geral de doença de uma população. A teoria sindêmica afirma que múltiplos problemas de saúde co-ocorrentes interagem sinergicamente para exacerbar uns aos outros e produzir novos problemas de saúde (Brennan *et al.*, 2012). Nas sindemias, a interação de doenças ou outros problemas de saúde (por exemplo, desnutrição) surge devido a condições sociais adversas (por exemplo, pobreza, estigmatização, relações sociais opressivas) que colocam grupos socialmente desvalorizados em risco acrescido (Singer *et al.*, 2006).

A teoria sindêmica tem sido utilizado por diversos estudiosos para avaliar as relações entre VBG, doenças mentais, uso de álcool e drogas, infecção por HIV e outros (Alvarado *et al.*, 2020; Chakrapani *et al.*, 2022; Chavez *et al.*, 2023; Mesías-Gazmuri *et al.*, 2023; Teixeira da Silva *et al.*, 2020). Por exemplo, um estudo longitudinal realizado com 233 mulheres trans jovens dos Estados Unidos objetivou examinar a sinergia entre sete problemas psicossociais e o

comportamento sexual de risco para o HIV. No estudo, a prevalência de sete problemas sinérgicos psicossociais foi substancial no início e permaneceu alta em cada momento: 6,4% relataram uso de polissubstâncias nos últimos 4 meses; 7,7% relataram uso excessivo de álcool nos últimos 4 meses; 10,0% relataram histórico de abuso sexual na infância; 15,9% relataram uso de estimulantes nos últimos 4 meses; 41,7% relataram experiência de violência por parceiro íntimo ao longo da vida; 42,1% relataram sintomas depressivos clinicamente significativos; 68,6% relataram vitimização transgênero ao longo da vida. Foi identificada uma relação "dose-resposta" estatisticamente significativa entre o número de problemas sinérgicos psicossociais e sexo anal sem preservativo ao longo do tempo (Mimiaga *et al.*, 2019).

Outro estudo examinou o impacto das interações sinérgicas entre quatro exposições psicossociais no comportamento de sexo anal sem preservativo (condomless anal sex=CAS) em uma amostra nacional de mulheres trans na Índia (n=4.607). Foram empregadas análises de regressão de probabilidade linear e regressão logística para avaliar interações de 2, 3 e 4 vias entre quatro exposições (violência física e sexual, uso de drogas e álcool) e o CAS. Os resultados revelaram que, 27,3% das participantes relataram vitimização por violência física e 22,3% por violência sexual (com 39,2% relatando violência física ou sexual), enquanto um terço (33,9%) relatou uso frequente de álcool e 11,5% o uso de drogas ilícitas. Observou-se que a violência física estava associada a chances duas vezes maiores de CAS no modelo de efeitos principais. Além disso, foram identificadas interações significativas de duas e três vias em escalas multiplicativas e aditivas entre violência física e uso de drogas; violência física e sexual; violência física, violência sexual e uso de álcool; e violência física, uso de álcool e drogas (Chakrapani *et al.*, 2022).

Uma das formas mais graves de manifestação da violência baseada no gênero contra pessoas trans são os crimes de ódio, que, apesar de pouco documentados, são difundidos na sociedade. Estudos indicam que crimes de ódio perpetrados contra pessoas transgênero e de gênero não conformista são especialmente violentos, e que as vítimas transgênero são alvo de violência por razões mais complexas do que apenas sua variação de gênero (Blackburn *et al.*,

2024; Fernández-Rouco *et al.*, 2017; Stotzer, 2017). Considerando não haver preenchimento do quesito gênero ou orientação sexual em relatórios policiais, informações acerca de mortes violentas são usualmente mensuradas por Organizações Não-Governamentais (ONGs) que normalmente utilizam denúncias ou registros de jornais para contabilizar os óbitos.

No Brasil, as mortes violentas da população LGBTQ+ começaram a ser oficialmente contabilizadas a partir de 2017 pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, que utilizou como fonte de dados portais de notícias (FBSP, 2019). Segundo o relatório, no ano de 2017 foram registrados 99 homicídios dolosos contra a população toda a população LGBTQ+. Os dados, no entanto, são contestados por ONGs. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), por exemplo, afere que em 2017 houveram, só na população trans, 181 mortes, ano mais violento registrado até o momento. Em seu último relatório, divulgado para o ano de 2023, a associação mapeou 145 assassinatos de pessoas trans no Brasil. Destes, 136 foram cometidos contra mulheres trans/travestis (Benevides, 2024).

2.3.1 Violência Sexual

A violência sexual é um termo abrangente que representa diversos comportamentos, que incluem desde atos como assédio verbal até a penetração forçada, ou o estupro. Por séculos, instituições tentaram definir o que caracteriza uma violência sexual. Dependendo do período e contexto, a violência sexual seria caracterizada apenas se houvesse coerção física extrema ou falta de consentimento explícito para relações sexuais. Ao longo do tempo, concepções sobre a violência sexual mudaram, alterando o que era definido como consentimento, vítima ou perpetrador. Por exemplo, nos EUA do século XIX, a idade de consentimento para relação sexual de uma criança era de 10 anos. Atualmente, a maioria dos estados americanos considera que 16 anos é a idade mínima para que um adolescente possa consentir com uma relação sexual (Bourke, 2020). Tal como não há nada de natural ou permanente no corpo e na sua sexualização, as concepções de agressão também são fluidas. Às vezes a

violência é vista como algo que requer força bruta; outras vezes, a intimidação sutil será suficiente.

Para a OMS, a violência sexual abrange atos que variam desde assédio verbal até penetração forçada, e uma série de tipos de coerção, desde pressão social e intimidação, até força física (WHO, 2011). O termo violência sexual é definido como qualquer ato sexual ou tentativa de obter um ato sexual; comentários ou avanços sexuais indesejados ou atos de tráfico dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa recorrendo à coerção de qualquer pessoa, independentemente da sua relação com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo em casa e no trabalho (WHO, 2011). Três tipos de violência sexual são comumente distinguidos: violência sexual envolvendo relação sexual (estupro), violência sexual por contato (por exemplo, toque indesejado, mas excluindo relação sexual) e violência sexual sem contato (por exemplo, ameaça de violência sexual, exibicionismo e violência verbal).

De maneira similar, o Centers of Disease Control (CDC) define a violência sexual como “um ato sexual que é cometido ou tentado por outra pessoa sem o consentimento livremente concedido da vítima ou contra alguém que seja incapaz de consentir ou recusar” (CDC, 2014). Para o CDC, a violência sexual engloba a penetração ou tentativa forçada em uma vítima; penetração ou tentativa facilitada por álcool/drogas ingeridos pela vítima; incidentes de penetração forçada ou facilitados por álcool/drogas, nos quais a vítima é obrigada a penetrar um perpetrador ou outra pessoa; penetração indesejada sob pressão não física; toque sexual intencional; ou atos não físicos de natureza sexual. São considerados atos não físicos de natureza sexual: exposição indesejada a situações sexuais, como pornografia; assédio verbal ou comportamental de cunho sexual, como espalhar rumores sexuais sobre a vítima; ameaça de violência sexual; e a gravação indesejada da vítima, incluindo o compartilhamento de fotos ou vídeos com outras pessoas.

Ambas as definições de violência sexual englobam atos que vão além da tentativa ou consumação da penetração. Comumente outros termos são utilizados, como “sexual abuse” ou “sexual violation”, todos inseridos dentro do termo violência sexual. Em algumas áreas de pesquisa, como aquelas que

estudam a violência dentro do ambiente de trabalho ou escolar, os termos “sexual assault” ou “sexual harassment” também são utilizados. Estas definições demonstram que a violência sexual pode ocorrer em diversos contextos de vulnerabilidade, abrangendo uma série de formas de coerção, diferentes relações entre a vítima e o perpetrador, e diferentes atos sexuais (Dartnall; Jewkes, 2013).

Por muito tempo o estupro, e a violência sexual no geral, não foram objeto de estudo ou pesquisa, mesmo por especialistas da sexualidade ou da psicanálise. Em 1975, Susan Brownmiller publicou o importante livro “*Against our will: men, women and rape*”, que buscou mudar a visão sobre estupro e a relação entre homens e mulheres. A autora inicia o livro salientando:

“Krafft-Ebing, pioneiro no estudo dos distúrbios sexuais, tinha pouco a dizer sobre o estupro. Ele sabia de fonte segura, informou aos seus leitores, que a maioria dos estupradores eram homens degenerados e imbecis. Sigmund Freud, também ficou mudo com o tema do estupro. O pai da psicanálise, que inventou o conceito da primazia do pênis, nunca foi motivado, até onde sabemos, a explorar a utilização do pênis como arma na vida real. [...] E os grandes teóricos socialistas Marx e Engels que desenvolveram a teoria da opressão de classe e colocaram palavras como “exploração” no vocabulário cotidiano, também permaneceram estranhamente silenciosos sobre o estupro, incapazes de enquadrar nas suas construções econômicas. [...] E assim restou às feministas dos últimos dias, finalmente livres das restrições que nos proibiam de olhar para a sexualidade masculina, descobrir a verdade e o significado da nossa própria vitimização” (Brownmiller, 1975, pág. 11–12).

Nos últimos anos, observou-se um aumento significativo no número de estudos científicos que investigam a violência sexual (Dworkin; Krahé; Zinzow, 2021; Pijlman *et al.*, 2023; Stockman *et al.*, 2023). Esse aumento reflete o reconhecimento crescente da gravidade e complexidade desse problema globalmente, trazido à tona pelo movimento feminista. Este movimento tem sido fundamental ao destacar a importância de abordar questões relacionadas à violência de gênero, incluindo a violência sexual, trazendo à tona as vozes das sobreviventes de violência sexual, desafiando estereótipos de gênero que perpetuam a violência e pressionando por mudanças políticas e sociais para combater esse problema. Esses estudos têm contribuído para uma compreensão mais profunda da natureza multifacetada da violência sexual e

para o desenvolvimento de políticas e programas mais eficazes para enfrentá-la.

Um dos principais desafios ao abordar o tema da violência sexual é entender a extensão do problema, tendo em vista que uma grande parte das vítimas não reporta o ocorrido para autoridades policiais ou busca qualquer tipo de ajuda institucional (Pijlman *et al.*, 2023). De acordo com estatísticas do FBI (Federal Bureau of Investigation), nos Estados Unidos, apenas 21,4% de todos os casos de violência sexual são reportados à polícia (Thompson, 2023). A decisão de buscar qualquer tipo de auxílio após uma violência sexual é influenciada por diversos fatores, como o medo de retaliação ou represálias, sentimento de culpa e vergonha, falta de confiança nas autoridades, descrença ou minimização da experiência, processo legal traumático, e cultura de impunidade aos agressores (Mennicke *et al.*, 2021; Pijlman *et al.*, 2023; Robinson; Ravi; Voth Schrag, 2021).

O tratamento recebido por autoridades no sistema de justiça também é um fator relevante para a decisão de não reportar a violência. Estudos indicam que vítimas frequentemente se deparam com a descrença de seus relatos, que se manifesta na forma de questionamentos ou rejeições por parte de agentes policiais e defensores legais; e que são maltratadas desde o momento em que entram em uma delegacia (passando por interrogatórios policiais humilhantes, exames genitais desconfortáveis) até a resolução do caso perante um juiz, que frequentemente absolve o perpetrador (Mennicke *et al.*, 2021; Robinson; Ravi; Voth Schrag, 2021; Wright *et al.*, 2022). Por exemplo, estima-se que a cada mil casos de violência sexual, apenas 25 perpetradores são condenados e presos pelo crime (Thompson, 2023).

Estas ações são resultantes de um sistema patriarcal que criou construções sociais, difundidas e naturalizadas dentro da sociedade, que justificam esta prática. Brownmiller (1985) utilizou o termo “mitos sobre o estupro”, para se referir um conjunto de atitudes, criadas como verdades e internalizadas e que servem para negar e justificar a agressão sexual masculina contra as mulheres. Estes mitos, que incluem elementos de culpabilização da vítima, absolvição do agressor e minimização ou racionalização da violência

sexual, auxiliam na manutenção da violência sexual contra mulheres (Edwards *et al.*, 2011). Por exemplo, o estudo de McMahon (2010), que entrevistou mais de 2 mil estudantes universitários dos EUA, verificou que os indivíduos não culpam diretamente a vítima pelo ocorrido, mas 53,0% deles concordaram que suas ações (como se vestir de certa maneira, beber álcool) fizeram com que ela fosse estuprada.

A vergonha e a culpabilização da vítima também acarretam em uma diminuição da busca por ajuda em serviços de saúde (Pijlman *et al.*, 2023). A busca por assistência médica imediata após a ocorrência de violência sexual é crucial para mitigar os impactos físicos, psicológicos e legais desse tipo de trauma. Os exames médicos realizados durante essa assistência auxiliam para a avaliação e tratamento das lesões físicas, prevenção de gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis, além de oferecerem a oportunidade de coletar evidências forenses que podem ser cruciais para processos judiciais.

2.3.2 Violência Sexual em Mulheres Transgênero

Apesar da violência sexual atingir toda a sociedade, há fatores que fazem com que as mulheres transgênero estejam mais suscetíveis a este tipo de violência e desfechos negativos de saúde do que outros grupos. Estudos indicam que as mulheres transgênero são particularmente vulneráveis a violência de gênero devido a sistemas interligados de opressão (como o racismo e sexismo) (Ussher *et al.*, 2020). Lanham *et al.* (2019) argumentam que esta violência é frequentemente direcionada a mulheres trans porque sua identidade de gênero e expressão de gênero (as maneiras como uma pessoa comunica seu gênero) são percebidas como não conformes às normas e expectativas sociais. Magno *et al.* (2019) indicam que as performances de gênero das mulheres trans são vistas como uma insubordinação ao poder estabelecido pela sociedade heteronormativa, e, como consequência, elas enfrentam intensa estigmatização.

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento significativo no número de estudos que investigam a prevalência da violência sexual em mulheres transgênero. Antes de adentrarmos na descrição dos estudos que abordam a violência sexual em mulheres transgênero, é importante reconhecer a prática

comum na epidemiologia analítica de comparar diferentes grupos populacionais para compreender a distribuição e os determinantes das doenças e dos desfechos de saúde. No entanto, ao aplicar esse princípio à análise da violência sexual em mulheres transgênero, surgem desafios únicos. Por exemplo, a comparação de mulheres transgênero com homens que fazem sexo com outros homens (HSH) pode fazer sentido em estudos que buscam avaliar questões de saúde sexual, como a infecção por HIV, mas não necessariamente faz sentido ao avaliarmos a violência sexual. Considerando as diferenças nas experiências de gênero e nas interações sociais entre esses grupos, as comparações diretas podem ser questionáveis e até mesmo inadequadas. Mulheres trans enfrentam desafios únicos relacionados à identidade de gênero e à marginalização social, o que pode influenciar significativamente suas experiências de violência sexual de maneiras que não são facilmente comparáveis com as de outros grupos. Essa complexidade ressalta a necessidade de uma abordagem crítica ao interpretar e contextualizar os dados relacionados à violência sexual nesta população.

No Brasil, assim como em outros países, uma alta variabilidade de dados sobre violência sexual é verificada. No estudo longitudinal de Garcia Ferreira *et al* (2019), 322 mulheres trans foram acompanhadas. A violência sexual durante a vida (avaliada no baseline), foi reportada por 46,3% da amostra. Avaliando apenas a violência sexual durante a infância, a prevalência foi ainda maior, de 63,8%. O estudo transversal de Silva *et al* (2016), com 110 mulheres trans da Paraíba, apresentou uma prevalência de 49,1% para violência sexual na vida. Estudos com menores percentuais de violência sexual na vida também são encontrados no país. No estudo transversal de Reis *et al*, realizado com 763 mulheres trans, a prevalência de violência sexual durante a vida foi de 20,2% (Reis *et al.*, 2021). Outro estudo, realizado em São Paulo, com 602 mulheres trans, verificou uma prevalência de 6,2% para a violência sexual na vida (Zucchi *et al.*, 2019).

Estudos realizados em outros países em desenvolvimento também demonstram a alta prevalência da violência sexual em mulheres trans. Um estudo transversal realizado em cinco estados indianos, com 1.366 mulheres trans e 2.182 HSH encontrou uma prevalência de violência sexual de 30,0% para

mulheres trans, e 17,0% para HSH (Srivastava *et al.*, 2022). O estudo de Zalla *et al.*, (2019), realizado no Haiti com 1619 participantes, incluindo mulheres (cisgênero) profissionais do sexo, HSH e mulheres transgênero, apresentou resultados importantes. No estudo, a população de mulheres trans foi a que apresentou maior prevalência de estupro na vida (75,5%, quando comparadas a 54,8% e 39,6% de mulheres profissionais do sexo e HSH, respectivamente), e também a maior prevalência de HIV da amostra (27,6%, comparadas a 7,7% entre mulheres profissionais do sexo e 2,2% entre HSH). O estupro esteve fortemente associado a uma maior prevalência de HIV para mulheres trans (RP=7,0; IC95% 1,9-26,0) (Zalla *et al.*, 2019a). Outro estudo, realizado em nove países africanos com uma amostra de 3798 pessoas, incluindo 383 (10,0%) de mulheres trans, encontrou uma prevalência de violência sexual na vida de 54,4% e de 30,1% no último ano para esta população. As mulheres trans apresentaram uma chance 1,51 maior de sofrerem violência sexual na vida, quando comparadas com homens cisgênero (IC95% 1,88–3,36) (Müller *et al.*, 2021).

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos demonstram a variabilidade entre as prevalências de violência sexual na vida para mulheres trans, que vão de 63,0% (Clements-Nolle; Guzman; Harris, 2008) a 8,7% (Gyamerah *et al.*, 2021). O estudo transversal de Smith *et al.* (2017) com 583 pessoas LGBTQ+ vivendo com HIV nos EUA, teve por objetivo avaliar a prevalência de violência sexual durante diferentes estágios da vida (infância, adolescência, vida adulta e durante a vida). Os resultados do estudo indicaram que as mulheres trans possuem maior prevalência de violência sexual em todos os estágios, em comparação com homens e mulheres cisgêneros. A maior prevalência observada foi durante a vida (55,6%, comparada a 33,2% da amostra total), seguida da infância (33,3%, comparada a 19,6% da amostra total). A chance de uma mulher trans sofrer violência sexual na vida foi cinco vezes (OR=5,1; IC95% 2,6-10,1) a de um homem cisgênero no estudo.

O estudo de Zea *et al.* (2022), realizado na Colômbia, teve por objetivo investigar o impacto da violência na saúde mental de HSH e mulheres trans. A pesquisa envolveu 942 HSH e 58 mulheres trans, e a prevalência ajustada de qualquer tipo de violência (durante a vida) na amostra total foi de 60,9%, sendo

59,8% para HSH e 75,1% para mulheres trans. O estupro foi experienciado por 19,0% das mulheres trans, e por 15,0% dos HSH. Dois terços das mulheres trans experienciaram maus tratos por serem femininas quando crianças, comparadas com um terço dos HSH. A origem da violência também desempenhou um papel crucial: a violência perpetrada por familiares ou conhecidos correlacionou-se com níveis mais elevados de sintomas depressivos, enquanto a violência perpetrada por parceiros ou estranhos associou-se ao aumento do consumo de álcool e uso de drogas.

Um estudo realizado em Camboja com 1375 mulheres trans teve por objetivo avaliar a exposição violência de gênero e suas possíveis associações com sintomas depressivos (Yi *et al.*, 2018). Do total de participantes, 45,0% apresentaram sintomas depressivos, sendo que 21,8% apresentaram sintomas depressivos graves. Em relação às suas experiências na infância, as mulheres transgênero com sintomas depressivos permaneceram significativamente mais propensas a relatar que alguém tentou tocá-las ou fazê-las tocar de maneira sexual quando estavam crescendo (OR=2,08; IC95% 1,61–2,68). Após controle para potenciais fatores de confusão, as mulheres transgênero com sintomas depressivos permaneceram significativamente mais propensas a relatar várias experiências negativas de violência de gênero, como a sensação de falta de apoio por parte de colegas de trabalho ou colegas de classe em relação à sua identidade transgênero (OR=2,00; IC95% 1,22-3,28), dificuldades em conseguir emprego (OR=1,67; IC95% 1,29-2,16), ter sido negadas ou expulsas de moradia (OR=1,53; IC95% 1,02-2,26), dificuldades em obter serviços de saúde (OR=2,40; IC95% 1,50-3,82), ter sido vítima de abuso físico (OR=1,54; IC95% 1,15-2,08) e ter receio de ser presa pela polícia ou autoridades (OR=2,18; IC95% 1,64-2,91) devido à sua identidade transgênero.

A interseção entre identidade de gênero e outras categorias de identidades também são essenciais para avaliarmos a violência sexual. Em uma revisão sistemática sobre violência de gênero, Stotzer (2009) verifica que agressão sexual é altamente prevalente (13,0-86,0%) entre toda a população transgênero, embora seja mais alta em subgrupos específicos, como mulheres profissionais do sexo, mulheres trans encarceradas ou mulheres trans negras

(Stotzer, 2009). Estudos mostram que mulheres trans que são lésbicas, gays, bissexuais ou queer (LGBQ) são significativamente mais propensas a sofrer agressão física e sexual (Becasen *et al.*, 2019), assédio sexual e agressão sexual por um estranho, do que mulheres trans exclusivamente heterossexuais (Evens *et al.*, 2019; Garthe *et al.*, 2020).

Avaliando apenas mulheres trans profissionais do sexo, um estudo transversal realizado em San Francisco (EUA), encontrou um percentual de 63,0% de estupro durante a vida (Clements-Nolle; Guzman; Harris, 2008). O estudo de Miller *et al* (2020) investigou a prevalência e associação de abuso de álcool e drogas, discriminação e violência entre trabalhadoras do sexo transgênero em comparação com trabalhadores do sexo masculinos cisgênero e homens cisgênero que não haviam recebido dinheiro por sexo na Guatemala. Os resultados do estudo demonstram que mulheres trans trabalhadoras do sexo apresentaram 7,5 vezes mais prevalência de terem sido vítimas de estupro, quando comparadas com homens cisgênero não profissionais do sexo (PR=7,5; IC95% = 3,1-18,2). A prevalência de estupro para mulheres trans no estudo foi de 13,5% (Miller *et al.*, 2020).

Um estudo envolvendo 138 mulheres trans negras nos Estados Unidos revelou uma prevalência significativa de violência sexual ao longo da vida, com 42,0% das participantes relatando experiências desse tipo. Em outra pesquisa focada em 51 mulheres trans negras jovens, a prevalência de violência ao longo da vida foi ainda maior, atingindo 51,0%. Um estudo mais recente conduzido por Eastwood *et al.* (2021), nos Estados Unidos, analisou 102 mulheres trans negras jovens (com idades entre 18 e 24 anos) e vivendo com HIV, e descobriu que 50,0% delas haviam sido vítimas de violência sexual durante a infância.

Estudos apontam que a maioria dos perpetradores de agressões sexuais contra mulheres trans são homens, independente de orientação sexual. Esta discussão pode ser contextualizada pelo conceito de “masculinidade hegemônica”, proposto por Connell (1987), que descreve uma hierarquia de poder de gênero que privilegia determinadas formas de masculinidade em detrimento de outras. De acordo com Connell, para alcançar status dentro dessa hierarquia de gênero, os homens devem conformar-se às normas de gênero

estabelecidas e ter suas performances validadas por outros atores sociais. A promulgação da masculinidade hegemônica não requer que o homem seja violento, mas a violência em si é compatível com as performances hegemônicas de masculinidade como uma forma de dominação (Connell, 2005).

A compreensão da influência da masculinidade hegemônica na perpetração de agressões sexuais pode lançar luz sobre a necessidade de uma abordagem sensível às questões de gênero ao oferecer assistência pós-violência a mulheres trans. A forma como mulheres cisgênero que sobreviveram à violência sexual lidam com o fato são bem estudados na literatura, destacando a importância desses mecanismos na mediação dos desfechos negativos de saúde mental. Recentemente, a maneira como mulheres trans lidam com a violência também tem sido objeto de estudo na área da violência. O estudo conduzido por Socías *et al* (2014) na Argentina teve um delineamento transversal e incluiu 452 mulheres trans. O objetivo do estudo foi investigar os fatores associados com a recusa de procurar serviços de saúde por parte das participantes após um episódio de violência. Estiveram associados à recusa de procurar ajuda os seguintes fatores: ter sido exposta à violência policial (OR=2,20; IC95% = 1,26-3,83), estigma internalizado (OR=1,60; IC95% = 1,02-2,51), ter sofrido discriminação por profissionais de saúde (OR=3,36; IC95% = 1,25-5,70) ou pacientes (OR=2,57; IC95% = 1,58-4,17), e residir atualmente na área metropolitana de Buenos Aires (OR=2,32; IC95% = 1,44-3,76) (Socías *et al.*, 2014).

2.3.3 Estimação de Prevalência de Violência Sexual

Devido a uma série de fatores complexos, assim como ocorre com as mulheres cisgênero, o cálculo preciso da prevalência de violência sexual para mulheres transgênero é um desafio. Trata-se de uma população de difícil acesso, o que dificulta sua inclusão em estudos populacionais com amostragem aleatória (Scheim *et al.*, 2022). Além disso, a falta de inclusão das identidades de gênero trans nas pesquisas e estudos sobre violência sexual, juntamente com o medo de estigma, discriminação e retraumatização, pode levar à subnotificação desses

casos em estudos sobre o tema (Garthe *et al.*, 2020). No âmbito institucional, as barreiras de acesso a serviços de saúde e apoio, bem como a falta de confiança nas instituições e autoridades, contribuem para a sub-representação de mulheres transgênero nos dados sobre violência sexual. Como resultado, a compreensão abrangente e precisa da extensão desse problema para as mulheres transgênero muitas vezes é limitada.

Para além destes desafios, a violência sexual pode ser mensurada de diferentes maneiras entre os estudos, o que aumenta a heterogeneidade entre as estimativas de prevalência. Existem várias abordagens para avaliar o histórico de violência sexual, cada uma com diferentes níveis de tempo necessário para conclusão, complexidade e precisão (Anderson *et al.*, 2023). Em ambientes de cuidados primários, um questionário de rastreamento breve e abrangente pode ser ideal, enquanto uma avaliação mais detalhada pode ser mais apropriada em contextos de psicoterapia ou pesquisa sobre violência sexual. No entanto, a disponibilidade de informações empíricas para orientar pesquisadores na seleção de estratégias de avaliação ideais ainda é limitada. Estudos têm sido conduzidos para avaliar como diferentes questionários influenciam a taxa de resposta das vítimas sobre violência sexual. No entanto, a maioria dos instrumentos são concebidos para avaliar a vitimização de mulheres cisgênero, e são posteriormente adaptadas para outras populações, sem que haja necessariamente uma validação da escala.

Um dos instrumentos mais utilizados provém da Pesquisa sobre Experiências Sexuais (*Sexual Experiences Survey* - SES), desenvolvido em 1982 para uma população universitária, com 12 questões, e revisado duas vezes posteriormente. Em sua última versão, de 2007, o questionário focou em reduzir possíveis vieses de gênero e termos heteronormativos, uma vez que se presumia que a vítima era sempre uma mulher cisgênero e heterossexual, e o perpetrador um homem cisgênero heterossexual. O questionário possui uma versão estendida (SES-LFV), e uma versão mais curta (SES-SFV). A versão mais curta possui de 25-35 questões (dependendo do gênero da vítima), e foi bem validado entre mulheres cisgênero em diferentes contextos (Davis *et al.*, 2014; Johnson; Murphy; Gidycz, 2017), mas não em mulheres transgênero.

Outro instrumento utilizado é o Post-Refusal Sexual Persistence Scale-Victimization (PRSPS-V), que contém 19 itens, desenvolvido especificamente para avaliar as diferenças de gênero nas experiências de vitimização sexual e, portanto, incluiu participantes do sexo masculino durante o desenvolvimento da medida. Um estudo buscou validar estes dois instrumentos (SES-SFV e PRSPS-V) em uma amostra de universitários, incluindo minorias sexuais e de gênero (Anderson; Carstens Namie; Goodman, 2021). Os estudantes primeiro responderam um questionário sobre empatia por vítimas de estupro (REM-V). Os autores verificaram uma forte correlação convergente para o PRSPS-V para mulheres de minorias sexuais, e menor para homens heterossexuais. Para mulheres heterossexuais, a empatia pelo estupro foi correlacionada à vitimização em ambos os questionários. Para os homens heterossexuais, apenas as pontuações na SES-SFV foram correlacionadas com a empatia pelas vítimas do estupro. Apesar do estudo possuir uma amostra de 673 universitários, apenas 8,0% foram considerados “minorias sexuais”, e apenas 1,1% pessoas transgênero, sem que houvesse distinção entre mulheres e homens transgênero na amostra.

O instrumento Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2) também tem sido utilizado em estudos sobre violência sexual. Trata-se de um instrumento concebido em 1986 como parte de um conjunto de escalas utilizadas para a identificação de violência familiar, e revisado em 1996. Assim como outros, o instrumento passou a adotar termos menos enviesados e alterou algumas questões que poderiam refletir em falsos-positivos, como a pergunta “jogou algo nele/nela” (que pode representar uma briga de travesseiros, por exemplo), que foi modificado para “jogou algo no meu parceiro que poderia machucar” (Jones; Browne; Chou, 2017). Ainda, a versão revisada do instrumento incluiu outras duas novas escalas: injúria e coerção sexual. O CTS-2 é uma medida de 78 itens que avalia conflitos entre parceiros em um relacionamento de namoro, coabitação ou matrimonial, e sua sub-escala de coerção sexual possui seis itens. Estudos foram conduzidos em diversos países e populações para validar o instrumento, inclusive em português (Moraes; Hasselmann; Reichenheim, 2002),

mas não foram encontrados estudos realizados com populações transgênero ou mesmo com casais do mesmo sexo.

Para a análise de violência durante a infância, o instrumento Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) é comumente utilizado. Trata-se de um instrumento retrospectivo que avalia diversos tipos de abuso e maus-tratos na infância. É composto por 70 itens (28 em sua versão mais curta) divididos em cinco dimensões: abuso emocional, físico e sexual e negligência física e emocional. Todos os itens são avaliados em uma escala Likert de 5 pontos, de 1 (nunca é verdade) a 5 (muitas vezes é verdade). Apesar de ter sido validado em diferentes regiões, uma recente revisão sistemática avaliou que existem problemas de consistência interna no instrumento (Georgieva; Tomas; Navarro-Pérez, 2021). Também não foram encontrados estudos com pessoas pertencentes à população LGBTQ+.

Em estudos que não utilizam um questionário validado, outro aspecto que dificulta a comparação dos dados é a diferença entre termos utilizados para definir o que é uma violência sexual. Uma revisão da literatura foi conduzida para avaliar os termos, definições e medidas utilizadas para mensurar a violência sexual perpetrada por parceiro íntimo (homem cisgênero) em mulheres cisgênero. A partir de 43 estudos, as autoras identificaram 14 termos utilizados de 29 maneiras diferentes para definir a violência sexual (Bagwell-Gray; Messing; Baldwin-White, 2015). Do total de 29, apenas 12 definições especificaram que as definições para a violência sexual incluíam ato sexual não consentido, contra a vontade da vítima ou sem que pudesse dar seu consentimento. Além disso, em apenas 7 definições os autores esclareceram que a violência sexual inclui também tentativas, mesmo que não concretizadas. O uso do termo “força” foi utilizado por 16 definições, mesmo que atos de violência sexual possam acontecer sem o uso de força física (como casos de punição ou em atos de controle). Outra dimensão avaliada na revisão foi o tipo de ato sexual que está sendo mensurado. Estes podem se subdividir em relações sexuais penetrativas, que incluem sexo vaginal, oral, ou a inserção de objetos; e atos sexuais não penetrativos, que incluem beijos forçados, toques e carícias indesejadas ou masturbação na frente da vítima.

Por fim, as autoras propõem uma taxonomia de termos para violência sexual perpetrada por parceiro íntimo baseada em dois fatores: o nível de intensidade de força física utilizada (eixo horizontal), e o nível de invasão (invasividade) do ato sexual perpetrado (eixo vertical). Quatro tipos de violência compõem o quadrante criado pelos autores: 1) agressão sexual por parceiro íntimo (*sexual assault*, alta força e alta invasividade), que utiliza o uso de força física para penetração forçada; 2) coerção sexual por parceiro íntimo (*sexual coercion*, baixa força física e alta invasividade), semelhante à agressão sexual, porém obtido por meio de táticas de manipulação e controle, em vez de força física; 3) abuso sexual por parceiro íntimo (*sexual abuse*, baixa força física e baixa invasividade), violência praticada por meio de táticas de manipulação, que incluem atos não penetrativos, como degradar a vítima, recusa por uso de preservativo, mesmo que aconteça durante uma relação sexual consentida e; 4) atividade sexual forçada (*forced sexual activity*, alta força física e baixa invasividade), que incluem atos como ser agarrado, ser masturbado ou sofrer violência física (como bater, morder ou estrangular) durante uma relação sexual, atos que podem ser extremamente traumáticos e resultar em lesões físicas (Bagwell-Gray; Messing; Baldwin-White, 2015). Salienta-se que, estas classificações, apesar de importantes para um melhor entendimento do tipo de violência sexual sofrida, foram criadas a partir da análise de artigos de violência sexual praticada por um perpetrador específico, em estudos que avaliaram o fenômeno em mulheres cisgênero (foram excluídos estudos com casais do mesmo sexo ou pessoas transgênero). Ainda, a tradução literal dos termos para português pode não refletir o mesmo entendimento que em inglês, interferindo na percepção da vítima sobre o acontecimento sofrido ter sido ou não uma violência sexual.

Mais recentemente, Peitzmeier *et al* (2021) desenvolveram e validaram uma escala para violência por parceiro íntima específica para a população transgênero. A escala foi validada em duas amostras (online e presencial) de homens transgênero (Peitzmeier *et al.*, 2019), e posteriormente, em mulheres transgênero (Peitzmeier *et al.*, 2021). O objetivo principal da escala é rastrear comportamentos controladores e táticas de abuso psicológico direcionadas a

peças transgênero. A escala inicialmente contava com dez itens, sendo um deles específico sobre violência sexual: "Um parceiro pressionou você a fazer certo tipo de sexo com ele ou com outras pessoas, dizendo-lhe que um homem ou mulher "de verdade" faria isso?". No entanto, após a validação da escala, este item foi retirado, com base na baixa correlação item-total (0,446), cargas fatoriais baixas (0,767) em comparação com outros itens, e preocupação conceitual de que o item explorasse outros construtos além da violência específica por parceiro íntimo. Apesar de não avaliar violência sexual, o estudo demonstrou que a escala é uma medida confiável para avaliar comportamentos que invalidam a identidade de gênero, perturbam ou policiam a expressão de gênero, ou aproveitam a transfobia social como uma ameaça à segurança física ou emocional de pessoas transgênero, representando um avanço para uma maior compreensão da violência sofrida por esta população.

Em estudos que não utilizam escalas validadas para avaliar violência sexual em mulheres trans, uma variedade de termos é frequentemente empregada para descrever experiências de violência sexual. Esses termos incluem "rape" (estupro), "sexual assault" (agressão sexual), "sexual violence" (violência sexual), "forced sex" (sexo forçado), "forced to have sexual intercourse" (forçada a ter relação sexual), "forced to have sexual activity" (forçada a ter atividade sexual), ou "physically forced to have unwanted vaginal, anal, or oral sex" (fisicamente forçada a ter relação vaginal, anal ou oral indesejada). Cada um desses termos pode abranger uma gama diferente de comportamentos e experiências, desde ameaças até atos físicos de coerção sexual. Além disso, a escolha do termo pode influenciar a percepção da vítima sobre o que constitui violência sexual, afetando a precisão e a consistência dos relatos. Em alguns estudos, a violência sexual é avaliada em conjunto com a motivação da violência (por exemplo: alguma vez foi forçada a ter relações sexuais devido à sua identidade de gênero). Como mencionado anteriormente, este tipo de pergunta faz com que as vítimas tenham que especular sobre as intenções e percepções dos perpetradores, o que pode resultar em medidas imprecisas.

É importante reconhecer que, em muitos estudos envolvendo mulheres trans, a avaliação da violência sexual é frequentemente tratada como um fator secundário, favorecendo outras questões prioritárias, como saúde mental, saúde sexual e reprodutiva ou o uso de drogas (Reisner *et al.*, 2016). Como resultado, a avaliação da violência sexual é simplificada, muitas vezes consistindo em uma única pergunta ou em uma abordagem superficial que não reflete adequadamente a complexidade do fenômeno. Embora essa abordagem possa fornecer dados preliminares, ela pode subestimar a prevalência e gravidade da violência sexual entre mulheres trans e limitar a compreensão dos seus impactos na saúde e bem-estar dessa comunidade.

Outra complexidade ao comparar prevalências de violência sexual reside na variação do período questionado, que apresenta considerável diversidade entre os estudos: alguns inquiram sobre violência sexual ao longo da vida, enquanto outros abordam períodos específicos, como infância, últimos 5 anos, último ano, últimos seis meses, entre outros. Além disso, há estudos que não especificam o período avaliado. Por exemplo, um estudo realizado no Brasil com 110 mulheres trans estimou uma prevalência de violência sexual em 49,1% (Sousa; Ferreira; Sá, 2013). Em contraste, outro estudo conduzido no país, com 602 mulheres trans, reportou uma prevalência significativamente menor, de 6,2% (Zucchi *et al.*, 2019). No entanto, nenhum dos estudos descreveu a escala ou a pergunta utilizada no questionário, tampouco o período em que essa violência foi avaliada.

Estudar a população transgênero apresenta uma série de desafios, refletindo as complexidades inerentes à pesquisa em grupos minoritários marginalizados. Primeiramente, a própria definição e identificação de indivíduos transgênero pode ser problemática, dada a diversidade de identidades de gênero e a falta de reconhecimento institucional em muitos contextos. Além disso, questões relacionadas à confidencialidade e ao consentimento informado são particularmente sensíveis, considerando o estigma social e as possíveis consequências adversas que os participantes podem enfrentar ao divulgar sua identidade de gênero. A falta de representatividade adequada nos dados existentes e a escassez de recursos financeiros e humanos direcionados a

pesquisas transgênero também limitam a compreensão abrangente das experiências dessa população e a implementação eficaz de políticas e intervenções baseadas em evidências.

A comparação das prevalências de violência sexual em mulheres trans enfrenta dificuldades adicionais, mesmo quando se consideram estudos realizados no mesmo país. Estas dificuldades decorrem de várias fontes de variação nos métodos de pesquisa e nas características das amostras. Por exemplo, podem existir divergências significativas em relação aos critérios de inclusão na amostra, período de avaliação, categorização ou não do perpetrador da violência, e até mesmo nos termos utilizados para questionar a violência sexual. Além disso, as amostras podem apresentar diferenças sociodemográficas significativas, incluindo idade, etnia, nível educacional e status socioeconômico, o que pode influenciar a prevalência e a natureza da violência sexual relatada.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar a violência sexual durante diferentes períodos da vida de mulheres transgênero.

Objetivos Específicos

1. Analisar a prevalência de violência sexual em mulheres transgênero através de revisão sistemática da literatura.
2. Estimar uma medida de prevalência de violência sexual em mulheres transgênero para três períodos distintos (durante a vida, durante a infância e no último ano).
3. Descrever a prevalência e características de violência sexual em uma amostra de mulheres transgênero no Brasil.
4. Identificar possíveis fatores associados à violência sexual em uma amostra de mulheres transgênero no Brasil.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA AIDS. Folha de S.Paulo: Só 8 estados oferecem cirurgia de mudança de sexo para a população trans, 2023. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/folha-de-s-paulo-so-8-estados-oferecem-cirurgia-de-mudanca-de-sexo-para-a-populacao-trans/>.

AGÉNOR, M. Future Directions for Incorporating Intersectionality Into Quantitative Population Health Research. **American Journal of Public Health**, v. 110, n. 6, p. 803–806, 2020.

AGGARWAL, N. K. *et al.* Health and Health Care Access Barriers Among Transgender Women Engaged in Sex Work: A Synthesis of U.S.-Based Studies Published 2005–2019. **LGBT Health**, v. 8, n. 1, p. 11–25, 2021.

ALVARADO, B. *et al.* Application of the “syndemics” theory to explain unprotected sex and transactional sex: A cross-sectional study in men who have sex with men (MSM), transgender women, and non-MSM in Colombia. **Biomédica**, v. 40, n. 2, p. 391–403, 2020.

AMARAL, M. dos S. *et al.* “Do travestismo às travestilidades”: uma revisão do discurso acadêmico no Brasil entre 2001-2010. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 301–311, 2014.

ANDERSON, R. E. *et al.* A comparison of two strategies to assess sexual violence: general vs. specialised trauma screening strategies in two high-risk substance use health disparity samples. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 14, n. 2, p. 2287331, 2023.

ANDERSON, R. A. E.; CARSTENS NAMIE, E. M.; GOODMAN, E. L. Valid for Who? A Preliminary Investigation of the Validity of Two Sexual Victimization Questionnaires in Men and Sexual Minorities. **American Journal of Criminal Justice**, v. 46, n. 1, p. 168–185, 2021.

ANDREW YOCKEY, R.; KING, K. A.; VIDOUREK, R. A. Correlates to Lifetime Suicide Attempts, Thoughts, and Planning Behaviors Among African American Transgender Individuals. **The journal of primary prevention**, v. 41, n. 6, p. 487–501, 2020.

ANGONESE, M.; LAGO, M. C. D. S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 256–270, 2017.

ARISTEGUI, I. *et al.* Police harassment and alcohol and drug abuse is associated with poorer 6-month retention among transgender women starting ART in a clinical trial in Argentina. **Journal of the International AIDS Society**, v. 22, n. Buenos Aires, Argentina, 2019. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L629011057&from=export>.

AYRES, J. R. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências**, p. 117–139, 2003.

AYRES, J. R. de C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. **Tratado de saúde coletiva**, 2009. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/item/001851472>. Acesso em: 10 out. 2019.

BAGUSO, G. N. *et al.* Mental Distress and Use of Stimulants: Analysis of a Longitudinal Cohort of Transgender Women. **LGBT Health**, v. 10, n. 3, p. 228–236, 2023.

BAGWELL-GRAY, M. E.; MESSING, J. T.; BALDWIN-WHITE, A. Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 16, n. 3, p. 316–335, 2015.

BARAL, S. D. *et al.* Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet. Infectious Diseases**, v. 13, n. 3, p. 214–222, 2013.

BECASEN, J. S. *et al.* Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006–2017. **American journal of public health**, v. 109, n. 1, p. e1–e8, 2019.

BELTRAN, T. *et al.* Intersectional Discrimination Is Associated with Housing Instability among Trans Women Living in the San Francisco Bay Area. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 22, p. 4521, 2019.

BENEVIDES, B. G. (org.). **Dossiê: Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2023**. BRASÍLIA, DF: Distrito Drag, 2024.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569–581, 2012.

BIEDERMANN, S. V. *et al.* Childhood adversities are common among trans people and associated with adult depression and suicidality. **Journal of Psychiatric Research** v. 141, p. 318–324, 2021.

BLACKBURN, A. M. *et al.* Preventing sexual violence in sexual orientation and gender diverse communities: A call to action. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 15, n. 1, p. 2297544, 2024.

BOURKE, J. A Global History of Sexual Violence. *In*: EDWARDS, L.; PENN, N.; WINTER, J. (org.). **The Cambridge World History of Violence**. 1. ed.: Cambridge University Press, 2020. p. 147–167. Disponível em:

https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781316585023%23CN-bp-7/type/book_part.

BOWLEG, L.; BAUER, G. Invited Reflection: Quantifying Intersectionality. **Psychology of Women Quarterly**, v. 40, n. 3, p. 337–341, 2016.

BRENNAN, J. *et al.* Syndemic Theory and HIV-Related Risk Among Young Transgender Women: The Role of Multiple, Co-Occurring Health Problems and Social Marginalization. **American Journal of Public Health**, v. 102, n. 9, p. 1751–1757, 2012.

BRESCOLL, V.; LAFRANCE, M. The Correlates and Consequences of Newspaper Reports of Research on Sex Differences. **Psychological Science**, v. 15, n. 8, p. 515–520, 2004.

BROWNMILLER, S. **Against our will: men, women, and rape**. New York: Simon and Schuster, 1975.

BUDHWANI, H. *et al.* Transgender Women in Dominican Republic: HIV, Stigma, Substances, and Sex Work. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 35, n. 12, p. 488–494, 2021.

BUTLER, J. **Bodies that matter: on the discursive limits of sex**. Nova York/Londres: Routledge, 1993.

CARBADO, D. W. *et al.* INTERSECTIONALITY. **Du Bois review: social science research on race**. v. 10, n. 2, p. 303–312, 2013.

CARTER, K.; BRUNTON, J. L. (org.). **TransNarratives: scholarly and creative works on transgender experience**. Toronto: Women's Press, 2021.

CARVALHO, M. “Travesti”, “mulher transexual”, “homem trans” e “não binário”: interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. **Cadernos Pagu**, n. 52, 2018b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332018000100501&lng=pt&tlng=pt.

CASCALHEIRA, C. J.; CHOI, N.-Y. Transgender Dehumanization and Mental Health: Microaggressions, Sexual Objectification, and Shame. **The Counseling Psychologist**, v. 51, n. 4, p. 532–559, 2023.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. **Sexual violence surveillance uniform - Definitions and recommended data elements**, 2014.

CFM, Conselho Federal de Medicina. **RESOLUÇÃO CFM nº 2.265/2019**, 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2265>.

CHAKRAPANI, V. *et al.* Syndemic violence victimization, alcohol and drug use, and HIV transmission risk behavior among transgender women in India: A

cross-sectional, population-based study. **medRxiv**, 2022. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2018154874&from=export>.

CHAVEZ, J. V. *et al.* Methodologies used in studies examining substance abuse, violence and HIV/AIDS (SAVA) constructs using a syndemic framework: a scoping review. **AIDS Care**. v. 35, n. 11, p. 1708–1715, 2023.

CHING, B. H.; XU, J. T. The Effects of Gender Neuroessentialism on Transprejudice: An Experimental Study. **Sex Roles**, v. 78, n. 3–4, p. 228–241, 2018.

CISLAGHI, B.; HEISE, L. Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science. **Sociology of Health & Illness**, v. 42, n. 2, p. 407–422, 2020.

COLEMAN, J. M.; HONG, Y.-Y. Beyond nature and nurture: The influence of lay gender theories on self-stereotyping. **Self and Identity**, v. 7, n. 1, p. 34–53, 2008.

COLLINS, P. H. Intersectionality's Definitional Dilemmas. **Annual Review of Sociology**, v. 41, n. 1, p. 1–20, 2015.

CONNELL, R. **Gender and power: society, the person, and sexual politics**. Stanford, Calif: Stanford University Press, 1987.

CONNELL, R. Gender And Social Justice: Southern Perspectives. **South African Review of Sociology**, v. 42, n. 3, p. 103–115, 2011.

CONNELL, R. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. **Social Science & Medicine**, v. 74, n. 11, p. 1675–1683, 2012.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. Polity, 2005.

CONNOLLY, D.; GILCHRIST, G. Prevalence and correlates of substance use among transgender adults: A systematic review. **Addictive Behaviors**, v. 111, n. 2020. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2007155143&from=export>.

COSTA, A. B. *et al.* Experiences of discrimination and inclusion of brazilian transgender people in the labor market. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 20, n. 2, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-66572020000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt.

COULTER *et al.* Prevalence of Past-Year Sexual Assault Victimization Among Undergraduate Students: Exploring Differences by and Intersections of Gender

Identity, Sexual Identity, and Race/Ethnicity. **Prevention Science**, n. 6, p. 726–736, 2017.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science**, p. 17, 2000.

CURRAH, P. Gender Pluralisms under the Transgender Umbrella. *In*: GOLDBERG, S. B. (org.). **Sexuality and Equality Law**. 1. ed: Routledge, 2006. p. 353–382. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781351548953/chapters/10.4324/9781315088051-12>.

DARMSTADT, G. L. *et al.* Why now for a Series on gender equality, norms, and health?. **The Lancet**, v. 393, n. 10189, p. 2374–2377, 2019.

DAR-NIMROD, I.; HEINE, S. J. Exposure to Scientific Theories Affects Women's Math Performance. **Science**, v. 314, n. 5798, p. 435–435, 2006.

DARTNALL, E.; JEWKES, R. Sexual violence against women: The scope of the problem. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 27, n. 1, p. 3–13, 2013.

DAVIS, K. C. *et al.* How to score the Sexual Experiences Survey? A comparison of nine methods. **Psychology of Violence**, v. 4, n. 4, p. 445–461, 2014.

DAVIS, J. D.; MILES, G. M.; QUINLEY III, J. H. "Same same, but different": A baseline study on the vulnerabilities of transgender sex workers in the sex industry in Bangkok, Thailand. **International Journal of Sociology and Social Policy**, v. 39, n. 7/8, p. 550–573, 2019.

DE BLOK, C. J. *et al.* Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 9, n. 10, p. 663–670, 2021.

DEERING, K. N. *et al.* A Systematic Review of the Correlates of Violence Against Sex Workers. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 5, p. e42–e54, 2014.

DREHER, P. C. *et al.* Complications of the neovagina in male-to-female transgender surgery: A systematic review and meta-analysis with discussion of management. **Clinical Anatomy**, v. 31, n. 2, p. 191–199, 2018.

DWORKIN, E. R.; KRAHÉ, B.; ZINZOW, H. The global prevalence of sexual assault: A systematic review of international research since 2010. **Psychology of Violence**, v. 11, n. 5, p. 497–508, 2021.

EASTWOOD *et al.* Young Transgender Women of Color: Homelessness, Poverty, Childhood Sexual Abuse and Implications for HIV Care. **AIDS and Behavior**, New York, n. Suppl 1, p. 96–106, 2021.

EDWARDS, K. M. *et al.* Rape Myths: History, Individual and Institutional-Level Presence, and Implications for Change. **Sex Roles**, v. 65, n. 11–12, p. 761–773, 2011.

ETHERINGTON, N. *et al.* Applying an intersectionality lens to the theoretical domains framework: a tool for thinking about how intersecting social identities and structures of power influence behaviour. **BMC Medical Research Methodology**, v. 20, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318508/>.

EVENS, E. *et al.* Experiences of gender-based violence among female sex workers, men who have sex with men, and transgender women in Latin America and the Caribbean: a qualitative study to inform HIV programming. **BMC International Health and Human Rights**, v. 19, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6399914/>. Acesso em: 10 nov. 2020.

FBSP. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. 2019. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/13-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>.

FERNÁNDEZ-ROUCO, N. *et al.* Sexual Violence History and Welfare in Transgender People. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 32, n. 19, p. 2885–2907, 2017.

FOUCAULT, M.; HURLEY, R. **The history of sexuality**. 1988.

GAMA, A. *et al.* HIV Infection, risk factors and health services use among male-to-female transgender sex workers: a cross-sectional study in Portugal. **AIDS Care**, v. 30, n. 1, p. 1–8, 2018.

GARTHE, R. C. *et al.* Young Transgender Women Survivors of Intimate Partner Violence: A Latent Class Analysis of Protective Processes. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, v. 7, n. 4, p. 386–395, 2020.

GEORGIEVA, S.; TOMAS, J. M.; NAVARRO-PÉREZ, J. J. Systematic review and critical appraisal of Childhood Trauma Questionnaire — Short Form (CTQ-SF). **Child Abuse & Neglect**, v. 120, p. 105223, 2021.

GONZALES, G.; HENNING-SMITH, C. Barriers to Care Among Transgender and Gender Nonconforming Adults: Barriers to Care Among Transgender and GNC Adults. **The Milbank Quarterly**, v. 95, n. 4, p. 726–748, 2017.

GOODMAN, M. *et al.* Size and Distribution of Transgender and Gender Nonconforming Populations. **Endocrinology and Metabolism Clinics of North America**, v. 48, n. 2, p. 303–321, 2019.

GREAVES, L.; RITZ, S. A. Sex, Gender and Health: Mapping the Landscape of Research and Policy. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 5, p. 2563, 2022.

GREEN, J. N. **Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX**. Editora Unesp, 2000.

GREEN, J. History, Societal Attitudes, and Contexts. *In*: SCHECHTER, L. S. (org.). **Gender Confirmation Surgery: Principles and Techniques for an Emerging Field**. Cham: Springer International Publishing, 2020. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-29093-1>.

GRINSZTEJN, B. *et al.* Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. **The Lancet HIV**, v. 4, n. 4, p. e169–e176, 2017.

GROSSMAN, A. H.; D'AUGELLI, A. R. Transgender Youth: Invisible and Vulnerable. **Journal of Homosexuality**, v. 51, n. 1, p. 111–128, 2006.

GYAMERAH, A. O. *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**, v. 21, n. 1, p. 1053, 2021.

HAAS, A. P.; HERMAN, J. L. Suicide Attempts among Transgender and Gender Non-Conforming Adults. p. 18, 2014.

HAMMARSTRÖM, A. *et al.* Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 68, n. 2, p. 185–190, 2014.

HANKIVSKY, O. *et al.* Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. **International Journal for Equity in Health**, v. 9, n. 1, p. 5, 2010.

HANKIVSKY, O. **Intersectionality 101**. 2014. v. 64

HARARI, L.; LEE, C. Intersectionality in quantitative health disparities research: A systematic review of challenges and limitations in empirical studies. **Social Science & Medicine**, v. 277, p. 113876, 2021.

HEARD, E. *et al.* Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. **Health Promotion International**, v. 35, n. 4, p. 866–876, 2020.

HEISE, L. *et al.* Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. **The Lancet**, v. 393, n. 10189, p. 2440–2454, 2019.

HILL, D. B. Genderism, Transphobia, and Gender Bashing: A Framework for Interpreting Anti-Transgender Violence. *In*: WALLACE, B.; CARTER, R. **Understanding and Dealing with Violence: A Multicultural Approach**. 2003.

Disponível em: <https://sk.sagepub.com/books/understanding-and-dealing-with-violence>.

HILL, D. B.; WILLOUGHBY, B. L. B. The Development and Validation of the Genderism and Transphobia Scale. **Sex Roles**, v. 53, n. 7–8, p. 531–544, 2005.

HORST, C. H. M. AVALIANDO O PROGRAMA BRASIL SEM HOMOFOBIA. Anais do 4º Encontro Internacional de Política Social e 11º Encontro Nacional de Política Social. 2016.

HUGHES, L. D. *et al.* US Black–White Differences in Mortality Risk Among Transgender and Cisgender People in Private Insurance, 2011–2019. **American Journal of Public Health**, v. 112, n. 10, p. 1507–1514, 2022.

HUTSON, E. **Lived Experience and Literature: Trans Authors, Trans Fiction and Trans Theory**. 2019. PhD - Sheffield Hallam University, 2019. Disponível em: <http://shura.shu.ac.uk/25366/>.

IWAMOTO, S. J. *et al.* Health considerations for transgender women and remaining unknowns: a narrative review. **Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism**, v. 10, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6719479/>.

JAMES, S. E. *et al.* **The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey**. Washington, DC: National Center for Transgender Equality: 2016.

JOHNSON, S. M.; MURPHY, M. J.; GIDYCH, C. A. Reliability and Validity of the Sexual Experiences Survey–Short Forms Victimization and Perpetration. **Violence and Victims**, v. 32, n. 1, p. 78–92, 2017.

JONES, R. T.; BROWNE, K.; CHOU, S. A critique of the revised Conflict Tactics Scales-2 (CTS-2). **Aggression and Violent Behavior**, v. 37, p. 83–90, 2017.

K CLEMENTS-NOLLE; R GUZMAN; SG HARRIS. Sex trade in a male-to-female transgender population: psychosocial correlates of inconsistent condom use. **Sexual health**, n. 1, 2008.

KAVANAGH, S. A. *et al.* Gender Theory and Global Public Health. *In*: LIAMPUTTONG, P. (org.). **Handbook of Social Sciences and Global Public Health**. Cham: Springer International Publishing, 2023. p. 1–21. Disponível em: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-96778-9_25-1.

KING, W. M. *et al.* Structural vulnerability as a conceptual framework for transgender health research: findings from a community needs assessment of transgender women of colour in Detroit. **Culture, Health & Sexuality**, v. 25, n. 6, p. 681–697, 2023a.

KING, W. M.; HUGHTO, J. M. W.; OPERARIO, D. Transgender stigma: A critical scoping review of definitions, domains, and measures used in empirical research. **Social Science & Medicine**, v. 250, p. 112867, 2020.

KLOEK, M. *et al.* HIV prevalence, risk behaviour, and treatment and prevention cascade outcomes among cisgender men, transgender women, and transgender men who sell sex in Zimbabwe: a cross-sectional analysis of programme data. **The Lancet HIV**, v. 10, n. 7, p. e453–e460, 2023.

KRIEGER, N. Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter?. **International Journal of Epidemiology**, v. 32, n. 4, p. 652–657, 2003.

LAGES, V. N.; DUARTE, E. P.; ARARUNA, M. L. “Gambiarra Legais” para o Reconhecimento da Identidade de Gênero? As Normativas sobre Nome Social de Pessoas Trans nas Universidades Públicas Federais1-2. v. 18, n. 97, 2021.

LANHAM, M. *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 and Gender**, v. 6, n. 1, p. 37–46, 2019.

LOGIE, C. H. *et al.* Factors associated with sex work involvement among transgender women in Jamaica: a cross-sectional study. **Journal of the International AIDS Society**, v. 20, n. 1, p. 21422, 2017.

LOPES LOURO, G. Epistemologia feminista e teorização social desafios, subversões e alianças. p. 11–22, 2002.

MAGNO, L. *et al.* Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2019000400501&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

MALCOLM, A. *et al.* HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts. **Critical Public Health**, v. 8, n. 4, p. 347–370, 1998.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. (org.). **AIDS in the world: a global report**. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1992.

MARAKA, S. *et al.* Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 102, n. 11, p. 3914–3923, 2017.

MARIANO, S. A. O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo. **Revista Estudos Feministas**, v. 13, p. 483–505, 2005.

MARSHALL, E. Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality in Trans People: A Systematic Review of the Literature. 2016.

MARZINKE, M. A. *et al.* Efficacy, safety, tolerability, and pharmacokinetics of long-acting injectable cabotegravir for HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: a secondary analysis of the HPTN 083 trial. **The Lancet HIV**, v. 10, n. 11, p. e703–e712, 2023.

MBURU, G. *et al.* Prevalence and correlates of amphetamine-type stimulant use among transgender women in Cambodia. **International Journal of Drug Policy**, v. 74, p. 136–143, 2019.

MCCALL, L. The Complexity of Intersectionality. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, v. 30, n. 3, p. 1771–1800, 2005.

MCEWEN, H.; NARAYANASWAMY, L. The International Anti-Gender Movement. 2023. Disponível em: <https://www.unrisd.org/en/library/publications/the-international-anti-gender-movement-understanding-the-rise-of-anti-gender-discourses-in-the-conte>.

MCCMAHON, S. Rape Myth Beliefs and Bystander Attitudes Among Incoming College Students. **Journal of American College Health**, v. 59, n. 1, p. 3–11, 2010.

MENA, E.; BOLTE, G. Intersectionality-based quantitative health research and sex/gender sensitivity: a scoping review. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6925460/>.

MENNICKE, A. *et al.* Factors Associated With and Barriers to Disclosure of a Sexual Assault to Formal On-Campus Resources Among College Students. **Violence Against Women**, v. 27, n. 2, p. 255–273, 2021.

MESÍAS-GAZMURI, J. *et al.* Syndemic Conditions and Their Association with HIV/STI Sexual Risk Behaviors Among Transgender Women and Cisgender Men Sex Workers in Catalonia: The SexCohort Project. **International journal of behavioral medicine**, v. 30, n. 6, p. 824–835, 2023.

MEYER, D. E. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 1, p. 13–18, 2004.

MEYEROWITZ, J. A History of “Gender”. **The American Historical Review**, v. 113, n. 5, p. 1346–1356, 2008.

MEZA LAZARO, Y.; BACIO, G. A. Determinants of mental health outcomes among transgender Latinas: Minority stress and resilience processes. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, v. 10, n. 3, p. 451–460, 2023.

MILLER, W. M. *et al.* Sex work, discrimination, drug use and violence: a pattern for HIV risk among transgender sex workers compared to MSM sex workers and other MSM in Guatemala. **Global Public Health**, v. 15, n. 2, p. 262–274, 2020.

MIMIAGA, M. J. *et al.* Longitudinal Analysis of Syndemic Psychosocial Problems Predicting HIV Risk Behavior Among a Multicity Prospective Cohort of Sexually Active Young Transgender Women in the United States. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 81, n. 2, p. 9, 2019.

MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 163–176, 2002.

MÜLLER, A. *et al.* Experience of and factors associated with violence against sexual and gender minorities in nine African countries: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 357, 2021.

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

NEWCOMB, M. E. *et al.* High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. **Archives of Sexual Behavior**, [s. l.], v. 49, n. 2, p. 645–659, 2020.

OLIVEIRA, I. D.; ROMANINI, M. (Re)escrevendo roteiros (in)visíveis: a trajetória de mulheres transgênero nas políticas públicas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, p. e170961, 2020.

OPERARIO, D.; SOMA, T.; UNDERHILL, K. Sex Work and HIV Status Among Transgender Women: Systematic Review and Meta-Analysis. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 48, n. 1, p. 97–103, 2008.

ORAM, S.; KHALIFEH, H.; HOWARD, L. M. Violence against women and mental health. **The Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 2, p. 159–170, 2017.

PARKER, R. G.; AGLETON, P. Estigma, discriminação e AIDS. n. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Cidadania e Direitos, N° 1, p. 45, 2001.

PEITZMEIER, S. M. *et al.* Development of a Novel Tool to Assess Intimate Partner Violence Against Transgender Individuals. **Journal of interpersonal violence**, v. 34, n. 11, p. 2376–2397, 2019.

PEITZMEIER, S. M. *et al.* The transgender-specific intimate partner violence scale for research and practice: Validation in a sample of transgender women. **Social Science and Medicine**, v. 291, 2021. Disponível em: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2015273432&from=export>.

PEREIRA, L. B. de C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795, 2019.

PIERCE, J. M. I Monster: Embodying Trans and Travesti Resistance in Latin America. **Latin American Research Review**, v. 55, n. 2, p. 305–321, 2020.

PIJLMAN, V. *et al.* “Sometimes It Seems Easier to Push It Away”: A Study Into the Barriers to Help-Seeking for Victims of Sexual Violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 38, n. 11–12, p. 7530–7555, 2023.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509–1520, 2017.

POTEAT, T. *et al.* Global Epidemiology of HIV Infection and Related Syndemics Affecting Transgender People:. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 72, p. S210–S219, 2016.

REIS, A. *et al.* A cross-sectional study of mental health and suicidality among trans women in São Paulo, Brazil. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 1, 2021.

Disponível em:

<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2014173318&from=export>.

REISNER, S. L. *et al.* Global health burden and needs of transgender populations: a review. **The Lancet**, v. 388, n. 10042, p. 412–436, 2016.

RIBEIRO, A. *et al.* The Interactions Between Vulnerabilities for HIV and Syphilis among Cisgender and Transgender People Who Use Drugs. **Archives of sexual behavior**, v. 52, n. 2, p. 733–740, 2023.

RIMES, K. A. *et al.* Non-binary and binary transgender youth: Comparison of mental health, self-harm, suicidality, substance use and victimization experiences. **International Journal of Transgenderism**, [s. l.], v. 20, n. 2–3, p. 230–240, 2019.

ROBERTS, T. K.; FANTZ, C. R. Barriers to quality health care for the transgender population. **Clinical Biochemistry**, v. 47, n. 10–11, p. 983–987, 2014.

ROBINSON, S. R.; RAVI, K.; VOTH SCHRAG, R. J. A Systematic Review of Barriers to Formal Help Seeking for Adult Survivors of IPV in the United States, 2005–2019. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 22, n. 5, p. 1279–1295, 2021.

ROBLES, R.; REAL, T.; REED, G. M. Depathologizing Sexual Orientation and Transgender Identities in Psychiatric Classifications. **Consortium Psychiatricum**, v. 2, n. 2, p. 45–53, 2021.

ROCON, P. C. *et al.* Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180633, 2019.

RODRÍGUEZ-MADERA, S. L. *et al.* Experiences of Violence Among Transgender Women in Puerto Rico: An Underestimated Problem. **Journal of homosexuality**, v. 64, n. 2, p. 209–217, 2017.

ROSSI, A. J. **Avanços e limites da política de combate à homofobia: uma análise do processo de implementação das ações para a educação do Programa Brasil Sem Homofobia**. 2010.

SANTOS, P. M. R. D. *et al.* Travestis and transsexual women: who are at higher risk for sexually transmitted infections?. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 24, n. Brazil, p. e210017, 2021.

SCHECHTER, L. S. (org.). **Gender Confirmation Surgery: Principles and Techniques for an Emerging Field**. Cham: Springer International Publishing, 2020. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-29093-1>.

SCHEIM, A. I. *et al.* Health and Health Care Among Transgender Adults in the United States. **Annual Review of Public Health**, v. 43, n. 1, p. 503–523, 2022.

SCHEIM, A. I.; BAUER, G. R.; SHOKOOHI, M. Drug use among transgender people in Ontario, Canada: Disparities and associations with social exclusion. **Addictive Behaviors**, v. 72, p. 151–158, 2017.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Gender and the Politics of History**, v. 20, n. 2, p. 71–99, 1995.

SEARCH. *et al.* Experience of and factors associated with violence against sexual and gender minorities in nine African countries: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 357, 2021.

SEVELIUS, J. M. Gender Affirmation: A Framework for Conceptualizing Risk Behavior Among Transgender Women of Color. **Sex Roles**, v. 68, n. 11–12, p. 675–689, 2013.

SILVA, G. W. D. S. *et al.* Fatores associados à ideação suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 3, p. 4955–4966, 2021.

SILVA-SANTISTEBAN, A. *et al.* HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. 3Suppl 2, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949309/>.

SINGER, M. *et al.* Syndemics, sex and the city: Understanding sexually transmitted diseases in social and cultural context. **Social Science & Medicine**, v. 63, n. 8, p. 2010–2021, 2006.

SINGER, M.; CLAIR, S. Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 17, n. 4, p. 423–441, 2003.

SOCÍAS, M. E. *et al.* Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. **International Journal for Equity in Health**, v. 13, n. 1, 2014. Disponível em:
<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L612320075&from=export>.

SOUSA, P. J. D.; FERREIRA, L. O. C.; SÁ, J. B. D. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2239–2251, 2013.

SPIZZIRRI, G. *et al.* Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, p. 2240, 2021.

SRIVASTAVA, A. *et al.* Polyvictimization, Sex Work, and Depressive Symptoms Among Transgender Women and Men Who Have Sex With Men. **Journal of interpersonal violence**, v. 37, n. 13–14, p. NP11089–NP11109, 2022.

STJ. Sexta Turma estendeu proteção da Lei Maria da Penha para mulheres trans. 29 jan. 2023. Disponível em:
<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/29012023-Sexta-Turma-estendeu-protecao-da-Lei-Maria-da-Penha-para-mulheres-trans.aspx>.

STOCKMAN, D. *et al.* An ecological approach to understanding the impact of sexual violence: a systematic meta-review. **Frontiers in Psychology**, v. 14, p. 1032408, 2023.

STOTZER, R. L. Data Sources Hinder Our Understanding of Transgender Murders. **American Journal of Public Health**, v. 107, n. 9, p. 1362–1363, 2017.

STOTZER, R. L. Gender identity and hate crimes: Violence against transgender people in Los Angeles County. **Sexuality Research and Social Policy**, v. 5, n. 1, p. 43–52, 2008.

STOTZER, R. L. Violence against transgender people: A review of United States data. **Aggression and Violent Behavior**, v. 14, n. 3, p. 170–179, 2009.

TANNENBAUM, C.; GREAVES, L.; GRAHAM, I. D. Why sex and gender matter in implementation research. **BMC Medical Research Methodology**, v. 16, n. 1, p. 145, s12874-016-0247–7, 2016.

TEIXEIRA DA SILVA, D. *et al.* Social Networks Moderate the Syndemic Effect of Psychosocial and Structural Factors on HIV Risk Among Young Black Transgender Women and Men who have Sex with Men. **AIDS and behavior**, v. 24, n. 1, p. 192–205, 2020.

THOMPSON, A. Criminal Victimization, 2022. Criminal Victimization, 2023.

TUDOR, A. Decolonizing Trans/Gender Studies?. **TSQ: Transgender Studies Quarterly**, v. 8, n. 2, p. 238–256, 2021.

UNAIDS, J. U. N. P. on H. **The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2023.

UNITED NATIONS. **Millennium Development Goals**. 2000.

UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Declaration on the Elimination of Violence against Women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva, Switzerland**. 1993.

USCB, United States Census Bureau. **2020 Household Pulse Survey (HPS)**. 2022. Disponível em: <https://www.census.gov/programs-surveys/household-pulse-survey.html>.

USSHER, J. M. *et al.* Crossing Boundaries and Fetishization: Experiences of Sexual Violence for Trans Women of Color. **Journal of Interpersonal Violence**, p. 0886260520949149, 2020.

VERAS, E. F.; ANDREU, O. G. A invenção do estigma travesti no Brasil (1970-1980). **História, histórias**, v. 3, n. 5, p. 39–52, 2015.

WEBER, A. M. *et al.* Gender norms and health: insights from global survey data. **The Lancet**, v. 393, n. 10189, p. 2455–2468, 2019.

WESSON, P. *et al.* Intercategorical and Intracategorical Experiences of Discrimination and HIV Prevalence Among Transgender Women in San Francisco, CA: A Quantitative Intersectionality Analysis. **American Journal of Public Health**, v. 111, n. 3, p. 446–456, 2021.

WHITE HUGHTO, J. M.; REISNER, S. L.; PACHANKIS, J. E. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. **Social Science & Medicine**, v. 147, p. 222–231, 2015.

WHO, World Health Organization. **International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)**. 10th revision, Fifth editioned. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2022.

WHO, World Health Organization. **International statistical classification of diseases and related health problems**. 10th revision, Fifth editioned. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016.

WHO, World Health Organization. **Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach.** 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304456/>.

WHO, World Health Organization. **Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women.** World Health Organization, 2011.

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

WIRTZ, A. L. *et al.* Gender-Based Violence Against Transgender People in the United States: A Call for Research and Programming. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 21, n. 2, p. 227–241, 2020.

WHO, World Health Organization. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.** Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/85239>.

WRIGHT, E. N. *et al.* Help-Seeking and Barriers to Care in Intimate Partner Sexual Violence: A Systematic Review. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 23, n. 5, p. 1510–1528, 2022.

YARBROUGH, D. The carceral production of transgender poverty: How racialized gender policing deprives transgender women of housing and safety. **Punishment & Society**, v. 25, n. 1, p. 141–161, 2023.

YI, S. *et al.* Exposure to gender-based violence and depressive symptoms among transgender women in Cambodia: findings from the National Integrated Biological and Behavioral Survey 2016. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 12, n. 1, p. 24, 2018.

ZALLA, L. C. *et al.* The burden of HIV among female sex workers, men who have sex with men and transgender women in Haiti: results from the 2016 Priorities for Local AIDS Control Efforts (PLACE) study. **Journal of the International AIDS Society**, v. 22, n. 7, p. e25281, 2019.

ZEA, M. C. *et al.* Experiences of Violence and Mental Health Outcomes among Colombian Men who have Sex with Men (MSM) and Transgender Women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 37, n. 13–14, p. NP11991–NP12013, 2022.

ZHANG, Q. *et al.* Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. **International Journal of Transgender Health**, v. 21, n. 2, p. 125–137, 2020.

ZIMMERMAN, R. S. *et al.* Mediation models linking psychosocial context, mental health problems, substance use, and HIV risk behaviors in transgender

women. **Health Psychology and Behavioral Medicine**, v. 3, n. 1, p. 379–390, 2015.

ZUCCHI, E. M. *et al.* Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00064618, 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho demonstrou como a violência sexual é prevalente na vida de mulheres transgênero, independentemente do contexto. Os períodos avaliados na meta-análise realizada, demonstram que a violência sexual está presente na vida das mulheres transgênero durante todas as fases de suas vidas, e independem de outras identidades ou pertencimentos sociais. Há, no entanto, desafios que dificultam uma comparação mais concisa entre as estimativas, devido à alta heterogeneidade na forma de mensuração entre os estudos. No Brasil, as mulheres transgênero entrevistadas apresentaram prevalência ainda maior de violência sexual do que a verificada na meta-análise, com 53% delas relatando pelo menos um episódio de violência durante a vida. Os dados demonstraram um contexto de alta vulnerabilidade social que estas mulheres vivem, com pouco suporte emocional e apoio social.

A condução da presente Tese foi tomada por desafios inesperados. O maior deles, sem dúvida, foi a pandemia de COVID-19, que iniciou durante o segundo ano do doutorado. A pandemia não só fez com que adiássemos a nossa vida, mas trouxe uma série de tensões e questionamentos, especialmente para uma doutoranda em Epidemiologia. Se antes poucas pessoas entendiam o que eu estudava ou fazia no doutorado, do dia para a noite me tornei uma fonte “confiável” de informações sobre um vírus que o mundo desconhecia, inclusive ministrando palestras sobre o tema em diferentes espaços. A pandemia também adiou, por quase um ano, a minha saída para o doutorado sanduíche nos Estados Unidos, local onde iniciei minha revisão sistemática, e onde novos tipos de desafios surgiram.

A condução de uma revisão sistemática sobre mulheres transgênero trouxe questionamentos inesperados desde o início do processo de seleção dos estudos. O que consideramos como mulheres transgênero foi uma delas. Alguns estudos, conduzidos com adolescentes, utilizaram escalas de incongruência de gênero para categorizar meninos e meninas como transgênero. Após a avaliação das escalas utilizadas, a decisão foi de retirar estes estudos, e inserir um critério de inclusão a mais, que seria o gênero autorrelatado. Ainda, diversos artigos com populações transgênero tiveram de ser eliminados por não descreverem se a

amostra se tratava de mulheres e/ou homens transgênero, o que foi surpreendente, considerando a natureza das pesquisas desta área, que se debruça em questões de gênero.

O que caracteriza um estudo quantitativo também teve de ser debatido. Considerando os desafios de se estudar a população de mulheres transgênero, sabíamos que a delimitação de um número amostral mínimo para a inclusão dos estudos traria prejuízos às análises. No entanto, nos deparamos com estudos quantitativos, que avaliaram mulheres transgênero com outras populações, que continham poucas (<10) mulheres na amostra. Por outro lado, diversos estudos qualitativos possuíam um número amostral relevante, mas tiveram de ser excluídos por causa do seu delineamento. A necessidade de possuir dados desagregados sobre violência para mulheres trans pareceu lógica no início do processo. No entanto, diversos foram os estudos que não apresentavam dados desagregados para homens e mulheres transgênero, mas possuíam mais de 90% da amostra composta por mulheres transgênero.

A rigidez de uma revisão sistemática muitas vezes pareceu nos distanciar de uma *verdadeira* prevalência de violência sexual. No entanto, este delineamento rígido possibilitou que pudéssemos confiar no nosso principal resultado: a abordagem atual utilizada na avaliação da violência sexual em mulheres transgênero é inadequada diante dos obstáculos específicos que esta população enfrenta. É fundamental considerar a trajetória de vulnerabilidade dessas mulheres ao desenvolver questionários sobre violência sexual. Exige-se uma atenção mais cuidadosa aos termos empregados ao discutir violência sexual, levando em conta que a entrevistada faz parte de um grupo altamente estigmatizado, no qual a violência sexual pode ser internalizada como mais um aspecto de sua vida marginalizada.

Por fim, espero que os dados gerados por este estudo sejam não apenas aplicados para aprimorar a qualidade das pesquisas conduzidas na área, mas também empregados como embasamento para a implementação de políticas públicas efetivas. É fundamental que políticas levem em consideração as complexidades das questões de gênero em todas as etapas de sua formulação e execução. Somente através de uma abordagem inclusiva e sensível às

diferenças de gênero poderemos alcançar um progresso significativo na mitigação da violência sexual e na promoção da igualdade de direitos para a população transgênero.

ANEXOS

a. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DE PREVALÊNCIA DA SÍFILIS E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ENTRE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS NO BRASIL: CUIDADO E PREVENÇÃO

Pesquisador: Maria Amelia de Sousa Mascena Veras

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05585518.7.3005.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS
Ministério da Saúde

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa: Envio de Relatório Parcial do projeto.

Data do Envio: 18/03/2021

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.618.334

Apresentação da Notificação:

Trata-se de apresentação de Relatório Parcial de Pesquisa.

Objetivo da Notificação:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No Relatório não foram mencionados possíveis riscos sofridos pelos participantes, durante o processo de coleta de dados.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

O Relatório parcial traz informações completas a respeito do andamento do projeto e também das

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 4.618.334

necessárias modificações realizadas (coleta de dados) em função da pandemia. Transcrevo abaixo a avaliação do processo apresentada no Relatório:

"A complexidade do projeto aumentou de modo exponencial com as restrições das medidas para tentar controlar a pandemia de COVID-19, que implementaram distanciamento físico e limitaram a circulação de pessoas. As medidas também incidiram sobre as unidades de saúde onde a pesquisa está sendo realizada, limitando o acesso aos casos emergenciais, como no caso do CRT/DST em SP, ou mesmo determinando o fechamento e interrupção completa das atividades, como por exemplo o CTA de Campo Grande. Deste modo, os campos tiveram ou que interromper suas atividades presenciais, como ocorreu em São Paulo e Salvador, ou suspender o início da fase quantitativa em Campo Grande, Manaus e Porto Alegre. Campo Grande e Manaus reiniciaram a fase quantitativa e tiveram que interromper novamente.

É ainda difícil de mensurar o impacto que a pandemia trará para a vida das participantes ou potenciais participantes da pesquisa. Foi possível detectar perda de contato devido à mudança, pessoas voltando para cidades de origem por não conseguirem sobreviver, perda da linha de telefone celular por falta de renda. A pandemia também afetou a vida de profissionais de saúde que atuam na pesquisa, não só pessoas que tiveram COVID-19, suspeita ou confirmada, pessoas que desenvolveram síndrome de Burnout, em função do trabalho fora da pesquisa e pessoas que não tiveram condições de retornar ao trabalho, com síndrome do pânico.

Foi necessário renegociar prazos e montante de recursos do convênio em dias de muitas incertezas sobre as possibilidades de prosseguir. Além disso, assegurar o acesso aos imunobiológicos que fazem parte do projeto: Vacinas para hepatite B, A e HPV, tem sido um desafio. Com mudanças na coordenação do PNI, os acordos anteriores precisaram ser retomados, e mesmo com apoio da direção e da coordenação de pesquisa do DDCI-MS, tivemos muita dificuldade em materializar vacinas em Salvador e em Campo Grande. Apenas no último mês obtivemos um documento do Programa Nacional de Imunização (PNI), autorizando as Coordenações de Imunização das secretarias de saúde locais a disponibilizarem os imunobiológicos."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Relatório parcial em condições de aprovação.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 4.618.334

Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Parcial	Relatorio_parcial_POA_18mar21.docx	18/03/2021 10:23:11	Maria Amelia de Sousa Mascena Veras	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 29 de Março de 2021

Assinado por:
José Artur Bogo Chies
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br