

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANGELO BRANDELLI COSTA

**VULNERABILIDADE PARA O HIV EM MULHERES TRANS: O PAPEL DA
PSICOLOGIA E O ACESSO À SAÚDE**

Porto Alegre

2015

ANGELO BRANDELLI COSTA

**VULNERABILIDADE PARA O HIV EM MULHERES TRANS: O PAPEL DA
PSICOLOGIA E O ACESSO À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Sílvia Helena Koller
Co-orientador: Henrique Caetano Nardi

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

Nada seria possível sem o suporte da minha orientadora Silvia Helena Koller e do meu co-orientador Henrique Caetano Nardi. Agradeço imensamente pelos ensinamentos, em todos os âmbitos! Agradeço também à Denise Ruschel Bandeira e à Paula Sandrine Machado, por todas as oportunidades de aprendizado. A todos membros dos CEP RUA e do NUPSEX, agradeço pela parceria na organização de diversos pontos do meu trabalho.

Ao Jeff Parsons e o CHEST, e também ao Ludo Bok do PNUD, muito obrigado pela acolhida em Nova Iorque. Agradeço ainda à Carla Almeida, ao Gerson Winkler e à equipe da Secretaria de Saúde de Porto Alegre, pela amparo e imensa oportunidade de aprendizagem.

Sem o suporte e trabalho conjunto da Maria Inês Lobato e da equipe do PROTIG, especialmente da Anna Martha Vaitses Fontanari, bem como Alexandre Saadeh e Daniel Nori do AMTIGOS, essa pesquisa não teria acontecido.

Agradeço à Sandra Fagundes, à época Secretária de Saúde do Rio Grande do Sul, e à equipe da UNESCO/SES-RS, sem a qual não seria possível a realização do curso EAD. Todos os monitores merecem imenso agradecimento pela dedicação: Adriana Lessa, Adriano Caetano, Camila Backes dos Santos, Camila Guaranha, Consuelo d'Ávila, Cristina Moraes, Daniel Kveller, Daniela Fontana Bassanesi, Dina Prates, Eric Seger, Fabiano Barnart, Gabriele Bragato, Helen Santos, Jamille Ovadia Moraes, Mariana Seabra, Marília Saldanha, Othon Veloso, Priscila Pavan Detoni, Ramiro Figueiredo Catelan e Violette Dubin. Em especial, agradeço aos monitores e alunos de iniciação científica Heitor Tomé da Rosa Filho e a Paola Fagundes Pase, que se dedicaram imensamente em diversas etapas da construção das pesquisas aqui expostas.

Essa tese é fruto dos ensinamentos fundamentais do Eric Seger e da Andressa Müller e, de certa forma, dedicada a eles.

Por fim, a minha família e amigos, agradeço pelo suporte, especialmente ao Valdir, pela calma, constância e amor!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	5
LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
APRESENTAÇÃO.....	10
CAPÍTULO I INTRODUÇÃO.....	11
CAPITULO II AVALIAÇÃO DO GÊNERO NA PSICOLOGIA BRASILEIRA: MANUTENÇÃO DE DESIGUALDADES E APRISIONAMENTO DE CORPOS E MENTES	20
CAPÍTULO III POPULATION-BASED HIV PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS IN MALE-TO-FEMALE TRANSSEXUALS FROM SOUTHERN BRAZIL	44
CAPITULO IV TRANS-RELATED AND HIV HEALTHCARE NEEDS AND ACCESS AMONG BRAZILIAN TRANSGENDER WOMEN.....	52
CÁPITULO V EFFECTIVENESS OF A MULTIDIMENSIONAL WEB-BASED INTERVENTION PROGRAM TO CHANGE BRAZILIAN HEALTH PRACTITIONERS’ ATTITUDES TOWARD THE LGBT POPULATION	81
CAPÍTULO VI DISCUSSÃO.....	100
REFERÊNCIAS	115
ANEXO A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	134
ANEXO B PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA	135
ANEXO C PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA.....	136
ANEXO D PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	139
ANEXO E PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	143
ANEXO F PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA USP.....	144
ANEXO G ANÚNCIO.....	145
ANEXO H INSTRUMENTO.....	146

LISTA DE TABELAS

	Pg.
Tabela 1 Prevalence and associated factors of HIV infection.....	51
Tabela 2 Logistic regression – factors associated with HIV infections.....	51
Tabela 3 Estrutura do Survey da Pesquisa Saúde Trans.....	61
Tabela 4 Características sociodemográficas.....	63
Tabela 5 Hormônios, informações e acesso.....	64
Tabela 6- Hormônios, uso e contexto de uso.....	65
Tabela 7 Procedimentos médicos de modificação corporal.....	68
Tabela 8 Pelo fato de você ser uma pessoa trans, algum/a profissional de saúde já tomou alguma dessas atitudes	69
Tabela 9 Alguma vez você DEIXOU DE FAZER o teste de HIV por algum destes motivos?.....	70
Tabela 10 Por que você fez o teste do HIV?	70
Tabela 11 Alguma vez a/o(s) médica/o(s) que lhe atende(m) a respeito do HIV já...?...	71
Tabela 12 Multilevel program structure.....	83
Tabela 13 Sample demographic characteristics.....	86
Tabela 14 Sample occupational characteristics.....	87
Tabela 15 Pre-intervention prejudice level by sociodemographic groups.....	89
Tabela 16 Linear fixed effects model summary for prejudice level pre and post intervention per sociodemographic groups.....	90

LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Figura 1 Modelo da vulnerabilidade.....	14
Figura 2 Vulnerabilidade para o HIV em mulheres trans.....	15
Figura 3 Modelo do estresse de minoria.....	17
Figura 4 Intervention effect by (a) gender, (b) educational level, (c) population density of the place of residency, (d) religiosity.	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês)

AMTIGOS – Ambulatório de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

CPS – Escala de Personalidade de Comrey

EAD – Educação à distância

HCFMUSP – Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês)

HSHs – Homens que fazem sexo com outros homens

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LGBT – Lésbicas Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organizações Não Governamentais

PEP – Profilaxia pós-exposição

PREP – Profilaxia pré-exposição

PROTIG – Programa de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

SES-RS – Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia antirretroviral

TGNC – Pessoas trans e que não se conformam com o binarismo de gênero

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar a vulnerabilidade programática, social e individual para a infecção por HIV em mulheres trans. Para esse fim, realizaram-se quatro estudos. No primeiro, a partir da análise crítica da escala de Masculinidade e Feminilidade (M) da versão brasileira da Escala de Personalidade de Comrey (CPS), recuperou-se o tratamento histórico que a psicologia feminista deu às ideias de sexo e gênero e seus desdobramentos. Além disso, apontou-se para uma concepção de gênero autodeterminada, não essencialista, pluralista e não patológica. Por fim, analisou-se como o CPS é mantido como medida psicológica válida no contexto brasileiro em paralelo, contraditoriamente, com a defesa da igualdade de gênero. O segundo avaliou a prevalência de HIV em mulheres trans do sul do Brasil que buscam cirurgias de redesignação genital e fatores associados. O terceiro buscou conhecer as demandas e barreiras no acesso a serviços de saúde relativos ao HIV e específicos para pessoas trans em dois estados do Brasil - Rio Grande do Sul e São Paulo -, que iniciaram de forma pioneira o atendimento a essa população. Foram investigadas, ainda, as experiências de discriminação no contexto de saúde que impactavam o acesso à saúde em geral. Por fim, o quarto estudo avaliou a eficácia de uma intervenção online multidimensional (educacional, afetiva e comportamental) para mudar as atitudes dos profissionais de saúde em relação à população LGBT. Encontrou-se que a psicologia brasileira precisa aderir a uma visão inclusiva da diversidade de gênero, que a prevalência de HIV em mulheres trans é alta e associada ao trabalho sexual, que há barreiras no seu acesso à saúde e que o preconceito dos profissionais de saúde é alto, mas que intervenções para reduzi-lo são efetivas. Apontam-se diretrizes para que a psicologia possa ajudar a reduzir a vulnerabilidade da população trans.

Palavras-chave: Vulnerabilidade. HIV. Mulheres trans. Brasil.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the programmatic, social and individual vulnerability to HIV infection among trans women. For this aim, four studies were done. In the first study, a critical literature review of the Masculinity and Femininity (M) scale of the Brazilian version of Comrey Personality Scale (CPS) recovered the historical treatment that feminist psychology gave the sex and gender ideas and their developments. In addition, the studied pointed to a self-determined, not essentialist, pluralistic and not pathological gender conception. Finally, it was examined how the CPS is kept as valid psychological measure in the Brazilian context in parallel, paradoxically, to the defense of gender equality. The second study assessed the prevalence of HIV and associated factors in trans women from southern Brazil who seek sex reassignment surgery. The third study sought to evaluate the demands and barriers in access to health services related to HIV and specific to trans people in two states in Brazil - Rio Grande do Sul and São Paulo - that started in a pioneering way the care of this population. It also investigated the experiences of discrimination in the health context that impacted access to health care in general. Finally, the fourth study assessed the effectiveness of a multidimensional (educational, affective and behavioral) web-based intervention program to change Brazilian health care practitioners' attitudes toward the LGBT population. It was found that the Brazilian psychology must adhere to a comprehensive view of gender diversity, that the prevalence of HIV in trans women is high and associated with sex work, that there are barriers in the healthcare access and that prejudice among health professionals is high, but, interventions to reduce it are effective. We point to guidelines for psychology to reduce the vulnerability of trans population.

Keywords: Vulnerability, HIV, trans women, Brazil

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho é composto por quatro artigos, que, por meio de objetivos e métodos distintos, buscam compreender a vulnerabilidade das mulheres trans para a infecção por HIV em diferentes âmbitos. O eixo condutor dos estudos é a noção de vulnerabilidade enquanto um processo que ocorre simultaneamente em nível institucional, social e individual, e o impacto do preconceito na saúde. Essas noções são apresentadas na introdução geral do trabalho. Embora reconheça-se que não haja consenso em relação a essa forma, será utilizada a noção de “pessoas trans” para se referir a esse grupo, uma vez que parece ser a direção tomada tanto pela academia quanto pelos movimentos sociais. Não se busca, de maneira alguma, impor uma visão generalizadora sobre essa população. É importante observar que se parte de uma concepção autodeterminada de gênero, ou seja, uma concepção que pressupõe que os sujeitos são autônomos para determinar seu gênero, independentemente da designação ao nascimento. Os estudos, por vezes, utilizam nomenclaturas distintas para se referir a essa população. Ressalta-se que eles ocorrem de acordo com diferentes situações. No contexto hospitalar, por exemplo, prevalece a lógica de diagnósticos médicos, regulada pela atual política de saúde, implicando na utilização de terminologia condizente; em outros contextos, foi possível utilizar a autodenominação de gênero como princípio metodológico. Embora não seja o objetivo desse trabalho, a implicação desses diferentes sistemas de classificação será discutida com maiores detalhes no estudo 1.

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

Existe grande variação, de acordo com cada contexto cultural, em relação à forma como a diversidade de gênero é organizada, como são construídas as expressões e identidades de gênero e, especialmente, a linguagem utilizada para descrevê-las (Coleman et al., 2012). Ao contrário do contexto anglo-saxão, no qual o termo *transgender* (transgênero) tem se mostrado capaz de reunir a diversidade de gênero (Meyerowitz, 2004; Valentine, 2007), no Brasil não há um consenso a respeito desse tema. Atualmente, a diversidade de gênero costuma ser referida a partir das categorias travesti e transexual, ou, de forma recente, pessoas trans. Essas categorias, de acordo com Carvalho e Carrara (2013), emergiram e se consolidaram no contexto da organização da política nacional de HIV/Aids, que incentivou o arranjo dos movimentos sociais em torno da saúde e dos direitos LGBT e, mais recentemente, a regulação dos procedimentos relativos às modificações corporais pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, pessoas trans diagnosticadas a partir dos critérios estabelecidos na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) podem acessar o procedimento de modificação corporal pelo SUS. O processo foi instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.707 de 2008. No entanto, desde 1997 o Conselho Federal de Medicina autorizou esses procedimentos em hospitais universitários, primeiro em caráter experimental e, mais além, na forma de política pública.

O modelo de atenção à saúde trans foi difundido por Harry Benjamin (1966). Benjamin é creditado como o popularizador do termo transexual e responsável pela sensibilização sobre a necessidade da atenção à saúde dessas pessoas. Com base em suas ideias, afirmou-se cientificamente que as pessoas trans não deveriam ser sujeitas a terapias conversivas, consolidando a terapêutica que é utilizada até hoje (Coleman et al., 2012). Recentemente esse modelo começou a ser questionado. Ganhou força, nos anos de 1990, no contexto norte-americano, a categoria transgênero, abarcando o conjunto de variação de gênero que inclui as pessoas trans, *cross-dressers*, *drag queens* e *drag kings* e qualquer pessoa que transgrida o modelo do gênero binário, mesmo que não esteja disposta a se submeter aos procedimentos de mudança corporal (Davidson, 2007). Dessa forma, muitas pessoas trans começaram a “sair do armário” para a cena pública, reinterpretando sua experiência a partir dessas categorias (Valentine, 2007).

Nesse modelo, as pessoas trans não seriam doentes cuja única opção seria a reparação médica, mas sim indivíduos emocionalmente saudáveis cuja expressão de gênero foi limitada por expectativas sociais causadoras de sofrimento. Na nova concepção, essas pessoas não realizam uma “transição” para o “outro sexo”; elas adequam seu corpo e seus registros civis à sua identidade de gênero, autodeclarada, a despeito do sexo designado ao nascimento. Essa perspectiva, que será melhor desenvolvida nos estudos subsequentes, é a que será adotada no presente trabalho.

Muitas áreas do conhecimento começaram a reformar suas teorias e práticas a partir daí. Não seria diferente com a psicologia, que ajudou a criar um modelo baseado na patologização das variações do gênero, com foco naquilo que “deu errado” e que, portanto, deve ser corrigido, para um modelo positivo de afirmação, com foco no estigma associado às variações de gênero e às disparidades de saúde decorrentes delas (Bockting, 2009). Reflexos dessas mudanças estão na publicação do DSM-5, que despatologiza a identidade e passa a classificar apenas a disforia (mal-estar) de gênero (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010) e a proposta da CID-11, que visa à remoção dessa condição da lista de doenças mentais (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012).

Na esteira dessas transformações, surge a Política de Saúde Integral da População LGBT, de 2009, prevendo a atenção integral à saúde e ações transversais para além da atenção especializada, considerando os marcadores sociais de raça, gênero, ciclo de vida e classe e utilizando referenciais dos direitos humanos para seu desenvolvimento. Surge, também, a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.955, de 2010 que amplia os procedimentos de modificação corporal para homens trans, até então considerados experimentais, e a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.803, de 2013, aumentando o acesso a procedimentos de modificação corporal a pessoas trans que não necessariamente buscam cirurgias de redesignação genital, mas optam apenas pelo uso de hormônios ou pela colocação de próteses, como no caso das travestis, por exemplo.

Embora tenha sido sistematicamente omitida de todos os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, uma recente meta-análise que reuniu estudos totalizando uma amostra de 11 mil mulheres trans, colocou essa população como a com maior vulnerabilidade para epidemia de HIV/AIDS. Comparadas com a população em geral, as mulheres trans teriam 48.8 vezes mais chances de contrair a infecção (Baral et al., 2013). No Brasil, a epidemia de HIV/AIDS tem demonstrado taxa de acometimento estável na população em geral, de 0,6%, desde 2004, sendo 0,4% entre mulheres e 0,8% entre homens. Além disso, de acordo com o Boletim Epidemiológico – AIDS e DST (2012), dentre as capitais brasileiras, Porto Alegre

continua liderando a classificação por taxa de incidência de HIV, ocupando o primeiro lugar desde 1998. Os dados deste boletim apontaram a cidade com taxa de incidência de 99,8 casos por 100 mil habitantes, muito acima da média nacional, que é de 17,9 casos por 100 mil habitantes. Estas taxas vão na direção contrária aos níveis de estabilidade registrados em outras populações e regiões do país. No entanto, a prevalência de HIV em populações não-heterossexuais no Brasil permanece alta. A taxa de infecção entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH) atualmente é de 10,5% e, nos últimos 12 anos, houve um aumento de 31,8% para a 46,4% na proporção de casos nessa população (Ministério da Saúde, 2012).

Diversas modalidades de explicação foram desenvolvidas para tentar elucidar a diferença na prevalência de casos de HIV nas populações mais vulneráveis (Seffner, 2006). A primeira foi a de grupos de risco. Nessa modalidade, determinados grupos teriam características que os tornariam mais suscetíveis ao adoecimento. Por exemplo, os homossexuais seriam mais propensos ao HIV por algumas características intrínsecas não presentes em heterossexuais. A segunda forma de perceber a doença diz respeito aos comportamentos de risco. Nesse modelo, o risco se dá na adoção de determinados comportamentos tidos como mais arriscados para o contágio. Reconhecidamente, um fator que contribui para a expansão dos casos de HIV são os comportamentos sexuais de risco, notadamente o sexo desprotegido (Blake et al., 2001; Dudley, Rostosky, Korfhage, & Zimmerman, 2004; Herbst et al., 2008). Por fim, o terceiro modelo, o de vulnerabilidade, reconhece que a transmissão se dá de acordo com comportamentos individuais, mas enfatiza o contexto que cria a vulnerabilidade maior ou menor a comportamentos de risco e, portanto, à infecção e ao adoecimento (Ayres, França Jr., Calazans, & Saletti, 1999). O conceito de vulnerabilidade ao HIV/AIDS foi desenvolvido em um esforço para superar o modelo de grupo e de comportamento de risco, mostrando que a suscetibilidade de indivíduos à infecção também se dá segundo fatores relativos ao contexto social e à disponibilidade ou não de recursos para o enfrentamento da epidemia (Ayres, 1997).

O modelo da vulnerabilidade e dos direitos humanos opera a partir de cinco princípios. O primeiro assume que há uma interação complexa entre sujeito, agravo de saúde e contexto, para além da gênese do agravo, incluindo os desfechos. O segundo princípio expande o conhecimento que leva em conta apenas o binarismo saúde-doença, considerando também as tecnologias de intervenção, tratamento e reabilitação (saúde-doença-cuidado). O terceiro princípio do modelo assume que não existe um agente patogênico que seja, em si, agressor, percebido de fora da interação das características físicas, psicológicas, sociais, culturais e sociopolíticas dos sujeitos. O quarto princípio leva em conta que não há uma única

forma de compreensão dos processos saúde-doença-cuidado, descolando a doença de uma história natural para uma história social, que considere os diferentes conhecimentos e princípios ético-políticos envolvidos no entendimento das formas de adoecimento. Por fim, o quinto princípio considera que a vulnerabilidade deve ser concebida a partir da responsabilidade e ação dos governos, baseando-se na concepção do direito à saúde com um direito humano (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012).

O quadro da vulnerabilidade é útil para identificar situações potenciais de vulnerabilidade, levando em conta aspectos programáticos (políticas, serviços, ações de saúde etc.), sociais (acesso à emprego, justiça etc.), e individuais (valores, crenças, nível de escolaridade etc.). Esses fatores se combinam de diferentes formas e com diferentes intensidades (Figura 1). Por exemplo, a não garantia de direitos fundamentais, como a possibilidade de mudança administrativa dos registros civis das mulheres trans no Brasil, impacta o nível social, uma vez que profissionais e serviços de saúde levarão menos em consideração o tratamento nominal correto dessas pessoas, o que, por fim, impactará o nível individual, fazendo com que mulheres trans antecipem a discriminação e evitem serviços de saúde, sendo sujeitas, portanto, a um menor acesso a tecnologias de prevenção e de diagnóstico, tornando-se mais vulneráveis para diversos agravos.

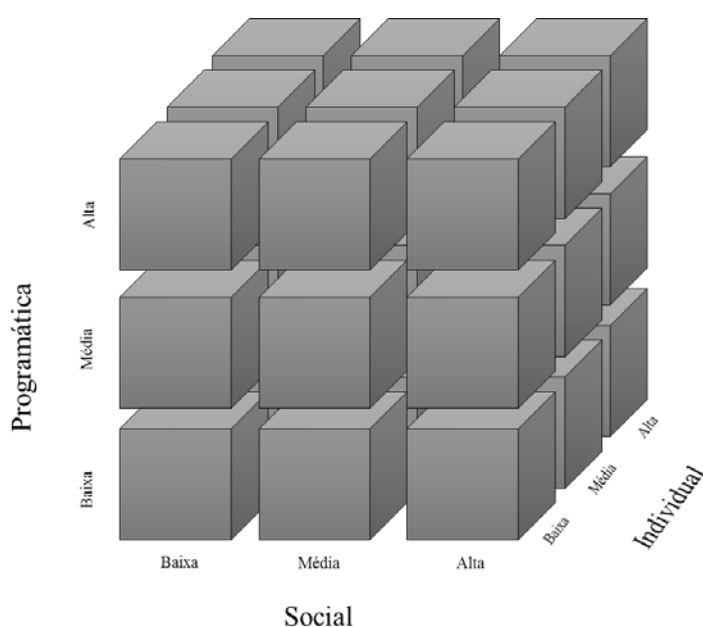


Figura 1. Dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012).

Uma meta-análise recente analisou a prevalência de HIV em mulheres trans com histórico de trabalho sexual a partir de um modelo que levava em conta as diversas dimensões contidas no quadro da vulnerabilidade (Poteat et al., 2015). Esse modelo (traduzido) pode ser visto na Figura 2. Percebe-se a interação entre diversos níveis de vulnerabilidade. Por exemplo, diversos estudos têm apontado para o papel dos estressores sociais, como o preconceito, relacionado nas populações trans ao maior risco de suicídio (Haas et al., 2010); depressão (Operario & Nemoto, 2005); e pior saúde mental em geral (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton, & Coleman, 2013). Essa pior saúde mental geral pode levar a uma baixa autoestima e, portanto, a um julgamento menos crítico quanto à exposição a riscos. Outra questão enfatizada diz respeito a peculiaridades em relação ao comportamento sexual, dependendo do tipo de parceiro, seja ele fixo, casual ou comercial (Nemoto, Operario, Keatley, Han, & Soma, 2004). O modelo aponta, por exemplo, a exposição por meio de sexo desprotegido com o parceiro fixo, uma vez que o “amor” atuaria como fator de proteção imaginária (Operario, Nemoto, Iwamoto, & Moore, 2011). No entanto, trabalhadoras do sexo, com dificuldade de acesso ao mercado formal de trabalho e à educação, aumentariam a frequência de encontros sexuais e teriam dificuldade em negociar o uso do preservativo, aumentando, portanto, sua vulnerabilidade (Operario, Soma, & Underhill, 2008). Outras variáveis também são descritas como moderadoras da vulnerabilidade; entre elas, escolaridade, suporte social, idade, uso de drogas (Herbst et al., 2008; Strathdee et al., 1998), e até mesmo o uso de progesterona, que estaria relacionada com uma maior probabilidade de contaminação por HIV pelas mucosas.

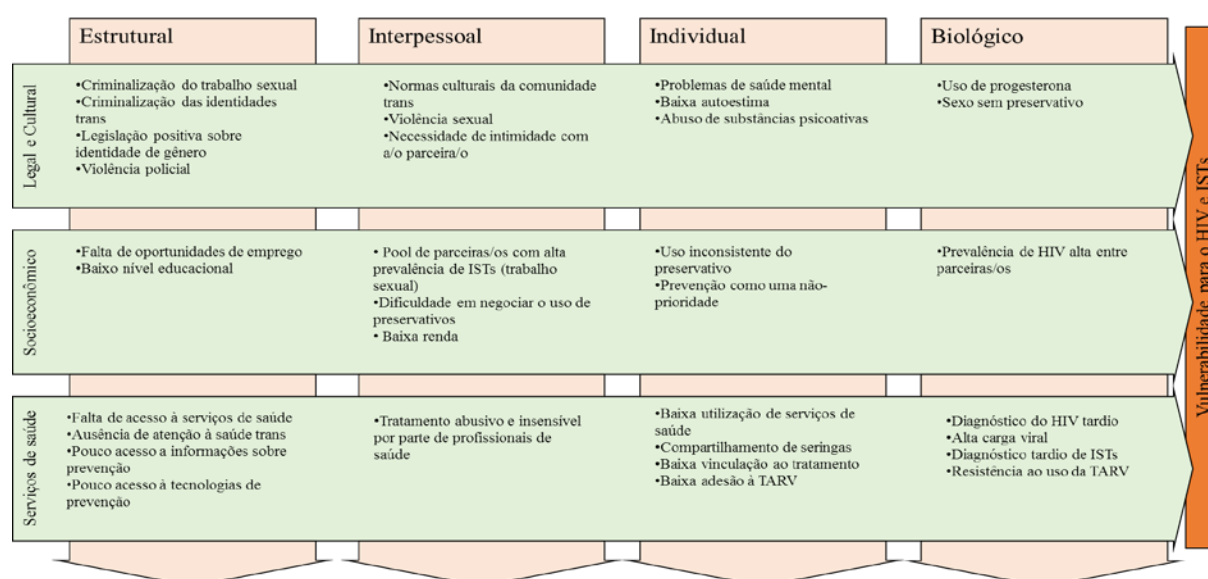


Figura 2. Vulnerabilidade para o HIV em mulheres trans (Poteat et al., 2015)

Conforme o modelo apresentado na Figura 2, existe um impacto relevante do preconceito e da discriminação na vulnerabilidade das pessoas trans para a infecção pelo HIV, seja no acesso à saúde, ao mercado de trabalho ou à experiência direta de violência e discriminação. Gordon Allport (1954), em sua obra *The Nature of Prejudice*, fez a primeira abordagem sistemática do preconceito, descrevendo-o como atitudes adversas ou hostis em relação a uma pessoa que pertence a um grupo, simplesmente porque pertence a esse grupo, presumindo-se, assim, que ela possui as características contestáveis atribuídas a esse grupo. Contemporaneamente, outras definições são utilizadas, embora guardem em relação à definição clássica a ideia de atitude: o preconceito é uma atitude (tanto positiva quanto negativa) em direção a um grupo ou seus membros, que cria ou mantém uma relação de status hierárquica (Dovidio, Hewstone, Gilck & Esses, 2010). A literatura consagrou a definição de atitude da obra *The psychology of attitudes*, de Eagly e Chaiken (1993). Os autores definem atitude como uma tendência psicológica que se expressa em uma avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica. Embora para muitos estudiosos a evocação dessas dimensões não seja necessária, já que o termo atitude as englobaria, as atitudes são compostas por afetos, crenças e comportamentos. A discriminação é aqui entendida como a manifestação comportamental do preconceito em direção à vítima.

Em relação ao efeito do preconceito nas suas vítimas, a teoria do estresse de minoria é útil, pois busca compreender sua associação com desfechos negativos em saúde (Meyer, 1995, 2003). Tal modelo se baseia na teoria do estresse social (Figura 3) e afirma que condições sociais específicas (A) atuam como estressores (B) que, moderados por recursos de enfrentamento (C), podem levar ao adoecimento (D) (Meyer, Schwartz, & Frost, 2008). Desse ponto de vista, o estresse a que minorias sexuais e de gênero são sujeitas compreende três fatores: a) a experiência direta de preconceito, por meio da dificuldade de acesso a políticas públicas ou da violência sofrida, por exemplo; b) a expectativa de discriminação, ou seja, a percepção de que o comportamento sexual e a identidade de gênero não serão aceitos; e c) o preconceito internalizado, na forma de sentimentos e crenças negativas que o indivíduo tem a respeito de sua orientação sexual e identidade de gênero (Meyer, 1995). Esse modelo é útil para explicar, por exemplo, o fato de populações que são mais vítimas de discriminação internalizam o preconceito e evitam serviços de saúde, antecipando a discriminação futura (Sugano, Nemoto, & Operario, 2006).

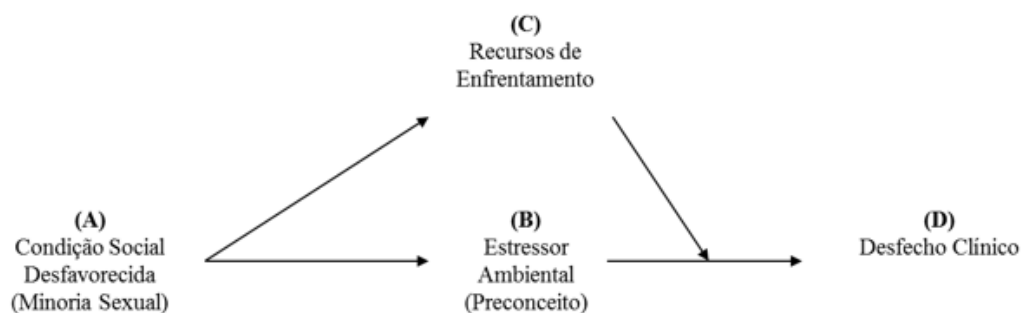


Figura 3. Modelo do estresse de minoria (Meyer, Schwartz, & Frost, 2008)

Tanto o quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos quanto o modelo do estresse de minoria, já expostos, reforçam que o preconceito e a discriminação se manifestam dentro de um contexto social onde tais práticas são inibidas ou reforçadas. Dessa forma, é importante levar em conta o contexto social de que a população faz parte. No Brasil, é notório o alto grau de preconceito a que está sujeita a população LGBT, especialmente a população transexual (Costa, Peroni, Bandeira, & Nardi, 2013), mais especificamente, pessoas trans cujas expressões de gênero discordam mais das hegemônicas (Cerqueira-Santos et al., 2010). O *Trans Murder Monitoring Project* tem revelado que o Brasil tem as maiores taxas de homicídios de pessoas trans no mundo (Balzer et al., 2012). Além da violência, as pessoas trans ainda enfrentam diferentes barreiras, motivadas por discriminação direta ou indireta, no acesso a políticas públicas, em especial as de saúde (Guaranha, 2014).

Uma das primeiras pesquisas de larga escala buscando compreender de maneira compreensiva a vulnerabilidade das populações trans foi o projeto o *TransPULSE* (www.transpulseproject.ca). O trabalho surgiu com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida dessa população no Canadá, por meio da medição dos seus níveis de exclusão social e do impacto na saúde física e mental, especialmente no que diz respeito à infecção por HIV. A pesquisa deu-se em duas fases. Na fase 1 (Bauer, Hammond, Travers, Kaay, Hohenadel, & Boyce, 2009), levantaram-se necessidades específicas em revisões de literatura, entrevistas com prestadores de serviços para populações trans e grupos focais com a própria comunidade. A fase II (TransPULSE, 2012) tratou da aplicação de um *survey* desenvolvido a partir do que foi levantado.

O *survey TransPULSE* foi desenvolvido para avaliar, junto à população, a utilização e a dificuldade de acesso a serviços de saúde como atendimento de emergência, medicina de família, cuidados gerais de saúde mental e cuidados relacionados ao HIV. O estudo também perguntou sobre *status* sorológico e outras infecções sexualmente transmissíveis, acesso e

utilização de hormônios sexuais, cirurgias e procedimentos de modificação do corpo. Também buscou acessar as condições socioeconômicas, acesso a emprego, renda, nutrição e habitação. Havia, também, questões voltadas a determinar satisfação de vida, preconceito, questões relacionadas à paternidade, atividade e saúde sexual, saúde mental, bem-estar emocional, uso de drogas, estado geral de saúde e preocupações de saúde mais frequentes das populações transexuais.

A pesquisa foi realizada em 2011 e 2012 e os dados ainda não foram totalmente analisados; no entanto, dois estudos relativos ao projeto já foram publicados. No primeiro (Rotondi, Bauer, Travers, Travers, Scanlon, & Kaay, 2011), 433 pessoas trans de Ontário, no Canadá, responderam sobre fatores associados à depressão. Nesse estudo, um maior apoio social foi associado com reduzida sintomatologia depressiva. O segundo estudo (Bauer, Travers, Scanlon, & Coleman, 2012), com a mesma amostra, buscou identificar comportamentos sexuais de risco relacionados à infecção por HIV na população trans. Foi identificada alta proporção de indivíduos que não tiveram um parceiro sexual há pelo menos um ano (25% dos homens trans e 51% das mulheres trans). Das mulheres trans, 19% tiveram uma experiência sexual de alto risco no último ano, contra 7% dos homens trans. O fator que mais contribuiu para os comportamentos de risco ao HIV foram comportamentos sexuais que contrariam os estereótipos associados aos indivíduos transexuais: sexo genital receptivo desprotegido para homens trans e sexo genital insertivo desprotegido para mulheres trans. No geral, 46% das pessoas nunca haviam sido testadas para o HIV. As conclusões apontam que, dada a grande variedade de comportamentos sexuais e tipos de parceiros relatados, os programas de prevenção ao HIV não devem fazer suposições sobre os tipos de comportamentos que os indivíduos trans adotam.

O *survey* do *TransPULSE* foi adaptado e replicado no Reino Unido em 2012 (McNeil, Bailey, Ellis, Morton, & Regan, 2012). Nesse estudo, foram entrevistadas/os 912 participantes. Dentre os principais resultados, destaca-se que mais de 90% tinham sido informadas/os ao longo de sua vida que as pessoas trans não eram normais e mais de 80% haviam sofrido assédio moral. 50% foram sexualmente objetificadas/os ou fetichizadas/os por serem trans, 38% sofreram assédio sexual e 13% foram vítimas de violência sexual. Mais de 37% experimentaram ameaças ou intimidação por serem transexuais e 19% foram vítimas de violência física. 25% tiveram de se afastar da família ou de amigos por serem transexuais, mais de 16% experimentaram abuso doméstico e 14% sofreram assédio da polícia por serem transexuais. 62% das/os entrevistadas/os relataram dependência de álcool. Quase metade das/os participantes, 49%, sofreu algum tipo de abuso na infância. A maioria das/os

participantes, 84%, apresentou ideações suicidas. Por fim, altas taxas de falta de moradia foram evidenciadas na amostra: 19% relataram ter ficado sem-teto em algum ponto da vida e 11% disseram terem ficado desabrigadas/os mais de uma vez.

Embora a alta prevalência da infecção por HIV entre as pessoas trans seja comumente assumida, muito pouco se sabe sobre as reais taxas de infecção e, até mesmo, a estrutura biossociodemográfica dessa população. Tal informação é essencial, tanto para identificar com mais precisão os grupos dentro das comunidades trans que estão em maior vulnerabilidade como para evitar a manutenção de estereótipos. Além disso, pouco se sabe sobre como fatores sociais podem influenciar a infecção por HIV nessas populações em um contexto brasileiro, que difere sensivelmente, por exemplo, do canadense e do inglês. Esses fatores são fundamentais para se melhor compreenderem os determinantes sociais da saúde dessa população. Além disso, é fundamental conhecer outras necessidades de saúde específicas para além dos procedimentos de modificação corporal e as barreiras que dificultam o acesso a serviços de saúde, de forma a melhorar as políticas de saúde para essa população e, por consequência, reduzir a vulnerabilidade. A própria Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT reconhece essa questão no seu objetivo principal, que é o de promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

O objetivo desta investigação, portanto, foi analisar a vulnerabilidade programática, social e individual para a infecção por HIV em mulheres trans. Especificamente, realizaram-se quatro estudos que buscaram responder às seguintes questões: 1) qual o tratamento histórico que a psicologia deu às ideias de sexo e gênero e seus desdobramentos, especialmente no Brasil? 2) qual a prevalência de HIV em mulher trans que requerem cirurgias de redesignação genital no Rio Grande do Sul e os principais fatores individuais associados a ela? 3) quais as demandas e barreiras no acesso a serviços de saúde específicos para pessoas trans em dois estados do Brasil que iniciaram de forma pioneira o atendimento a essa população, Rio Grande do Sul e São Paulo? 4) uma intervenção para reduzir o preconceito contra diversidade sexual e de gênero em profissionais de saúde é efetiva? Embasaram os estudos propostos o princípio teórico-ético de que a diversidade de gênero deve ser baseada na autodeclaração, conforme orientam o quadro da vulnerabilidade dos direitos humanos e o modelo do estresse de minoria. A seguir, serão apresentados os respectivos estudos que buscam responder a essas questões.

**CAPITULO II: AVALIAÇÃO DO GÊNERO NA PSICOLOGIA BRASILEIRA:
MANUTENÇÃO DE DESIGUALDADES E APRISIONAMENTO DE CORPOS E
MENTES¹**

**GENDER ASSESSMENT IN BRAZILIAN PSYCHOLOGY: INEQUALITIES
MAINTENANCE AND IMPRISONMENT OF BODIES AND MINDS**

Angelo Brandelli Costa 1, Ramiro Figueiredo Catelan 1, Henrique Caetano Nardi 2, Silvia
Helena Koller 1

- 1- Programa de Pós-graduação em Psicologia, UFRGS
- 2- Program de Pós-graduação em Psicologia Social, UFRGS

¹ Artigo submetido para publicação e em avaliação na revista Temas em Psicologia

Resumo

A partir da análise crítica da escala de Masculinidade e Feminilidade (M) da versão brasileira da Escala de Personalidade de Comrey (CPS), o objetivo deste estudo é recuperar o tratamento histórico que a psicologia feminista deu às ideias de sexo e gênero e seus desdobramentos. Além disso, pretende apontar para uma concepção de gênero autodesignada, não essencialista, pluralista e não patológica. Por fim, visa a analisar como o CPS é mantido como medida psicológica válida no contexto brasileiro em paralelo, contraditoriamente, com a defesa da igualdade de gênero. O uso do CPS no Brasil parece se relacionar ao fato de que os estudos feministas na psicologia social e a avaliação psicológica se consolidaram com poucas interfaces e com bases epistemológicas distintas. Conclui-se apontando que as práticas psicológicas, com ênfase nas medidas de avaliação de gênero, sejam revistas à luz do conhecimento contemporâneo dos estudos de gênero e da psicologia feminista.

Palavras-chave: avaliação psicológica, gênero, sexo, Escala de Personalidade de Comrey

Em 1970 um grupo de psicólogas norte-americanas lideradas por Phyllis Chesler e Nancy Henley organizou uma manifestação na reunião anual da Associação Norte-americana de Psicologia (APA). Elas exigiam reparação financeira no valor de um milhão de dólares pelos danos que as teorias psicológicas androcêntricas e misóginas causaram às mulheres. Reproduzimos aqui uma parte da declaração:

A psicologia tem sido criminosa em sua maneira de se relacionar com as mulheres. Ela tem perpetuado as ideias de supremacia masculina presentes na psicologia freudiana, aceitando sem bases científicas pressupostos cruéis sobre determinação biológica dos papéis sexuais; ela participou da prisão psicológica e física de inúmeras mulheres quando as rotulou de mentalmente incapazes por causa de sua recusa em cumprir as exigências injustas e ilegítimas impostas a elas. Chegou o momento para os/as profissionais da psicologia e da saúde começarem a reparar os danos que causaram e de inverter a direção das forças já em curso que visam a aprisionar e assassinar as mentes e os corpos das mulheres (Picren & Rutherford, 2010, p. 266)

É evidente que esse não foi um evento isolado. Ele ocorre no contexto da segunda onda do feminismo nos Estados Unidos, muito influenciada, por exemplo, por Betty Friedan, ativista cofundadora da Organização Nacional das Mulheres, psicóloga e autora de “A Mística Feminina”, obra que redefiniu o papel da mulher na época (Chrisler et al., 2013)². Embora a reparação financeira não tenha sido conquistada, a partir desse evento simbólico a APA organizou uma força tarefa que levou à criação, em 1973, da divisão 35 (Sociedade pela Psicologia da Mulher), reconhecendo e institucionalizando o que agora é referido como psicologia feminista. Desde então, a psicologia norte-americana tem se dedicado a reverter os danos causados pelo estigma que até então ajudou a perpetuar, revisando suas teorias e práticas (por exemplo, APA, 1975); uma tarefa longe de estar concluída (Hegarty & Buechel, 2006).

No Brasil, os instrumentos empregados para avaliação psicológica são dispostos pela resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) número 002 de 2003. A resolução estabelece um sistema de avaliação por pares dos diferentes instrumentos disponíveis no País (SATEPSI), condicionando seu uso profissional à aprovação prévia. Essa avaliação privilegia critérios técnicos, ou seja, evidências de validade e fidedignidade em estudos que confirmem

² O trabalho de Friedan foi criticado posteriormente por falhar em perceber que as mulheres de classe social mais baixa e não-brancas já trabalhavam fora de casa para sustentar suas famílias. Esse debate pode ser acompanhado em Hooks (2000).

as propriedades psicométricas dos instrumentos (Costa & Nardi, 2013). Um dos testes aprovados na presente data é a Escala de Personalidade de Comrey (*Comrey Preference Schedule*, CPS) . Originalmente publicada em 1970 pelo psicólogo norte-americano Andrew Comrey (Comrey, 1970), sua primeira versão brasileira foi publicada em 1973 (Rodrigues, 1979). Revisada em 2003, encontra-se agora na terceira edição (Costa, 2009). Trata-se de um teste que enfoca a avaliação “e descrição da personalidade ‘normal’, ... mas pode mostrar-se útil na identificação de problemas de ordem psiquiátrica ou que requeiram intervenções psicoterápicas” (Costa, 2009, p. 15). O instrumento é composto por 100 afirmativas distribuídas em 10 subescalas, voltadas à avaliação de diferentes fatores de personalidade. Cada afirmativa é avaliada em uma escala de 7 pontos, variando de “nunca (certamente não)” até “sempre (certamente sim)”. A média das respostas nos itens que formam cada subescala é interpretada por um eixo de valores que direciona os extremos de cada fator. Entre as subescalas, encontra-se a de Masculinidade e Feminilidade (M). A seu respeito, o autor afirma que “indivíduos com escores altos nesse fator disseram ser ‘fortes’, teimosos e durões, que não se impressionam com cenas violentas, suportam vulgaridades e que não choram facilmente, nem demonstram interesse em histórias românticas e de amor” (p. 64). Afirma ainda que “aqueles com escores baixos choram com facilidade, perturbam-se com a visão de insetos e répteis e demonstraram interesses em histórias românticas” (p. 64).

Embora o autor da revisão expresse que o CPS não visa à identificação da hetero ou homossexualidade, também afirma que “a incidência de alguns valores nas faixas extremas, superiores ou inferiores, aponta a possibilidade de comprometimentos patológicos de conduta social” (p. 75). O autor do instrumento original afirma que “altos escores na escala M mostraram-se associados estatisticamente com mulheres com[sic] homossexualidade e em homens com diagnóstico de personalidade esquizoide e problemas com a lei” (Comrey, 2008 p. 131); afirma, ainda, que escores muito baixos nos homens sugerem “uma falha no desenvolvimento da identidade masculina normal. Nas mulheres, sugere assertividade insuficiente para um ajuste eficaz” (p. 132). Alguns exemplos de itens da escala são: é difícil me fazer chorar; é tolice perder tempo pensando em amor e romance; insetos grandes e répteis me perturbam; pegaria uma cobra não venenosa com as mãos desprotegidas; situações grosseiras e vulgares me desagradam. Esse é um instrumento, no entanto, largamente utilizado no contexto de seleção de pessoal, especialmente em concursos públicos (Pereira & Bandeira, 2009).

A pesquisa psicológica compreende hoje que esse tipo de instrumento está avaliando características socialmente consideradas masculinas e femininas expressas, sobretudo, pelas

preferências de homens e mulheres na época de sua criação (Lippa & Connelly, 1990). O próprio autor do CPS, reconhecendo essa tendência, afirmou recentemente que, com a publicação da versão revisada do instrumento em 1994, o nome da escala M foi alterada de “Masculinidade vs. Feminilidade” para “Resistência Mental vs. Sensibilidade” (Comrey, 2008, p. 132). Considerar que o CPS avalia um atributo intrínseco à masculinidade e à feminilidade, como no caso brasileiro, não é apenas um equívoco teórico. Do ponto de vista da igualdade de gênero, o instrumento apresenta graves implicações éticas, contradizendo a visão do CFP, que vem promovendo o debate acerca dos direitos das mulheres, além de estimular a valorização do protagonismo feminino na sociedade e a defesa da sua cidadania plena (CFP, 2013). Contradizem, ainda, o recente foco do Conselho na luta pela construção da igualdade de gênero não apenas entre homens e mulheres, mas também entre pessoas cis e trans (CFP, s.d).³ Portanto, o endosso desse instrumento pela psicologia brasileira no contexto atual lugar é paradoxal.

A partir da análise crítica da versão brasileira da Escala de Personalidade de Comrey (CPS) (Costa, 2009), o objetivo deste estudo é recuperar o tratamento histórico que a psicologia feminista deu às ideias de sexo e gênero e seus desdobramentos. Além disso, a partir das discussões contemporâneas nessa área, pretende apontar para uma concepção de gênero autodesignada, não essencialista, pluralista e não patológica. Por fim, visa a analisar como a psicologia, enquanto instituição, sustenta, no contexto contemporâneo brasileiro, o CPS como medida psicológica válida em paralelo, contraditoriamente, com a defesa da igualdade de gênero.

Este estudo se configura como uma revisão crítica da literatura psicológica sobre a avaliação do sexo e do gênero (von Hohendorff, 2014). A análise privilegiará a produção científica da psicologia feminista anglo-saxã. Essa escolha se justifica uma vez que foi a psicologia feminista que ofereceu uma crítica consistente à avaliação do gênero a partir do contexto de onde emergiu. Com essa escolha, não se está ignorando a existência de contribuições de outras áreas do conhecimento, como a sociologia, história, filosofia e ativismo político, uma vez que se entende que existe uma inter-relação entre esses campos nos estudos de gênero.

A perspectiva de análise adotada é a da ontologia histórica de Ian Hacking (2004). Essa concepção reconhece que os objetos de estudo das ciências humanas são dinâmicos e

³ Embora não haja consenso no uso desses termos no Brasil, neste artigo usaremos “pessoas trans” para fazer referência à população cuja identidade de gênero discorda do sexo designado ao nascimento, incluindo travestis, transexuais, pessoas com gênero neutro etc. Usaremos “pessoas cis” para aludir à população cuja identidade de gênero concorda com o sexo designado ao nascimento. Esses conceitos serão abordados ao longo do artigo.

interativos. Ao contrário das rochas, por exemplo, que não se importam em ser classificadas como tal, quando as pessoas se tornam cientes da forma como são classificadas, modificam a sua conduta, o que requer novas classificações, as quais gerarão novas condutas, num efeito retroalimentador ao longo da história do conhecimento. Essa interação entre o classificado e classificação, no contexto das ciências humanas, é chamada de *looping effect of human kinds* (Hacking, 1995). A perspectiva da ontologia histórica reconhece, ainda, a influência das relações de poder nesse processo, por exemplo, por meio das instituições criadas em torno das pessoas classificadas, destinadas ao estudo, tratamento, encarceramento e estratégias de resistência por elas suscitadas (Hacking, 2007). Um exemplo desse processo ocorreu no caso da ideia de homossexualidade, que foi medicalizada e criminalizada por especialistas no final do século 19. A partir dos anos 1960, o movimento gay retorna aos sujeitos o controle da classificação aplicada sobre eles, significando-a de forma positiva.

A perspectiva da ontologia histórica compreende, também, que o tipo de classificação realizado nas ciências humanas e da saúde é prescritivo e não pode ser feito de maneira neutra, já que opera com categorias como normal/anormal, bom/mal, saudável/patológico, esperado/não esperado, belo/feio, etc. (Hacking, 2004). Isso aponta para a implicação ética dos produtores de conhecimento em relação à subjetividade das pessoas classificadas. Ian Hacking, autor dessa perspectiva, recorre à noção de ética na obra de Michel Foucault como horizonte para sua proposta de análise. Para Foucault (2004), a ética é entendida simplesmente como a prática reflexiva da liberdade, que é entendida como a possibilidade de os indivíduos atuarem ativamente na construção de sua subjetividade. Portanto, o horizonte ético da perspectiva da ontologia histórica é o do processo de classificação reconhecer e possibilitar espaço para a autoinvenção e reinvenção por parte dos sujeitos classificados (Hacking, 2004). Esse componente ético é particularmente relevante para a discussão presente no final desse estudo, em que são apresentadas alternativas à avaliação de gênero, repensando o papel da psicologia tendo em vista a maximização da liberdade dos sujeitos.

O exame da diferença supostamente natural entre homens e mulheres é uma ideia relativamente recente. O historiador Thomas Laqueur (2001) demonstrou que ela emergiu no pensamento ocidental no século 18, diante de interesses políticos que encontraram no estudo dessas diferenças uma justificativa para a manutenção da hierarquia masculina na organização da sociedade.

O modelo científico predominante até o século 18 era o modelo do sexo único. Oriundo da medicina greco/romana, entendia as diferenças anatômicas percebidas nos órgãos genitais como diferentes graus de uma mesma espécie. O canal vaginal era visto como um

pênis voltado para dentro, que, com a força e a intensidade do “calor vital”, evoluiria até a completude anatômica. O modelo do sexo único seria de um mundo “onde as fronteiras entre masculino e feminino são de grau e não de espécie, e onde os órgãos reprodutivos são apenas um sinal entre muitos do lugar do corpo ...” (Laqueur, 2001, p. 41).

No modelo que emergiu em seguida, homens e mulheres teriam propriedades que se supunham específicas e necessárias. Uma das ciências que se dedicava ao estudo nesse modelo era a frenologia, a qual afirmava que o formato do crânio das mulheres evidenciava subdesenvolvimento de regiões cerebrais necessárias para o sucesso intelectual, ao passo que mostrava desenvolvidas as regiões relacionadas à maternidade (Staum, 2003). Os sujeitos, que até então eram avaliados por suas atitudes religiosas ou pelos valores aristocráticos, passam a ser avaliados pela conformidade à sua “natureza” biológica e, posteriormente, psicológica (Fausto-Sterling, 2008; Foucault, 1998; Katz, 1996). Isto é, o conjunto de ideias oriundas da psicologia do senso comum usadas na época para justificar qualidades que seriam desejáveis a mulheres e homens foi ganhando respaldo na medida em que essas concepções foram incorporadas às ciências que se consolidavam na época.

A psicologia científica nasce no final do século 19, preocupada, entre outras coisas, com essas diferenças. Exemplos são as pesquisas sobre a maior variabilidade intelectual masculina, sobre o instinto materno e sua relação com a chamada natureza feminina (Shields, 1982). Essas questões eram examinadas sob influência da perspectiva darwinista. Em “A Descendência do Homem e Seleção Sexual” (1871/1933), Darwin oferece uma hipótese para explicar sua observação de que, em muitas espécies, somente os machos desenvolveriam maior variedade de características sexuais secundárias (a cauda dos pavões, por exemplo), ao contrário das fêmeas. A variabilidade era aceita como um mecanismo de processo evolutivo (sobrevivência do mais apto e transmissão das variações mais adaptativas), e logo se convencionou que se tratava de um atributo positivo legitimado pela teoria evolucionista.⁴ Dessa forma, a maior variabilidade dos machos se tornou uma explicação conveniente para um grande número de diferenças entre mulheres e homens da época, não apenas em atributos físicos, mas também mentais (Shields, 1975).

Segundo a hipótese da variabilidade, mesmo que nos asilos do período se encontrassem mais homens do que mulheres com problemas físicos e mentais, isso era

⁴ A teoria da variabilidade, especialmente em sua relação com a seleção sexual, tem sido criticada por assumir como natural apenas a heterossexualidade e a hegemonia do macho da espécie. As críticas se devem à observação da multiplicidade de comportamentos sexuais e de gênero em diferentes espécies animais, tornando insustentável a ideia de que essa multiplicidade seria contrária à natureza ou um percalço evolutivo. Mais informações sobre esse debate podem ser encontradas em Ah-King (2007), Hoquet (2010) e Roughgarden (2004).

compensado por haver na sociedade mais homens com valores considerados positivos, como genialidade e fama (Shields, 1982). Uma das evidências para tal hipótese era fornecida por estudos que compilavam pessoas ilustres e traçavam sua genealogia, constatando pouca prevalência de mulheres. Francis Galton (1869), sobrinho de Darwin e precursor da avaliação psicológica, conduziu pesquisas a esse respeito. A ideia era de que atributos individuais, como a maior inteligência e força física atribuída aos homens, explicariam a adaptação ao ambiente, culminando na eminência pessoal, sendo esses atributos hereditários. Raras eram as referências de que o contexto, não a hereditariedade, explicaria a baixa prevalência de mulheres nesses estudos (Shields, 1975).

Com o desenvolvimento dos testes de inteligência (chamados testes mentais à época), tal perspectiva ganhou impulso. Diferenças eram constatadas em tarefas como associação de ideias, preferência por cores, caligrafia, memorização de imagens, velocidade de leitura, capacidade para o cuidado de crianças pequenas (Morawski, 1985). Nos Estados Unidos, por exemplo, onde a pesquisa psicológica se desenvolvia amplamente, esse viés que privilegiava os homens se instalou com força (Minton, 2000). Diferenças entre homens e mulheres, constatadas na pesquisa psicológica, automaticamente se convertiam em expectativas em relação ao desempenho de papéis sociais. Dessa forma, a psicologia de então fez com que a hipótese da menor variabilidade não servisse apenas de explicação para o estatuto social desfavorecido das mulheres, mas de sua justificativa (Shields, 1975). Stanley Hall (1904), entre outros, acreditava, por exemplo, que era imperativo educar as meninas separadamente dos meninos, de forma que fossem preparadas para a maternidade e o trabalho doméstico, algo considerado inato à condição de mulher.

Esse pensamento começou a ser disputado quando as primeiras mulheres ingressantes na carreira da pesquisa psicológica publicam seus estudos (Milton, 2000). Helen Thompson Woolley revisou diversas pesquisas que investigavam as diferenças entre mulheres e homens em habilidades motoras e sensoriais (Thompson, 1903). Ela concluiu que essas diferenças eram demasiadamente pequenas para serem consideradas significativas, embora uma parte dos estudos favorecessem as mulheres. A sua conclusão era de que “as diferenças sexuais em termos psicológicos parecem ser, em grande parte, devidas não à diferença de capacidade média, nem no tipo de atividade mental, mas nas influências sociais exercidas sobre o indivíduo em desenvolvimento desde a primeira infância à idade adulta” (p. 182).

No entanto, foi Leta Stetter Hollingworth quem realizou pesquisas que desafiaram a visão prevalente a respeito da menor variabilidade – e, portanto, inferioridade – feminina (Silverman, 1989). Questionando uma das ideias centrais da época, a autora também

demonstrou que a população com deficiência intelectual era semelhante entre mulheres e homens. Ao analisar a idade dos moradores nas instituições da cidade de Nova York, Hollingworth (1914) constatou que, embora houvesse maior número de meninos do que de meninas, o número de mulheres internas aumentava a ponto de se equivaler ao de homens, conforme sua idade avançava. Para Hollingworth, não havia explicações determinísticas para esse fenômeno. Sua hipótese era de que deficiências intelectuais entre as mulheres eram invisibilizadas em função do seu papel social. Por não ser esperada das mulheres habilidade mental na época, elas não eram precocemente avaliadas. Portanto, só ingressavam nas instituições quando, graças à idade, não serviam mais para as tarefas ditas femininas: “As mulheres têm sido e são uma classe dependente e não competitiva, e quando possuem alguma diminuição de capacidade podem mais facilmente sobreviver fora das instituições, uma vez que para manter-se no meio social elas não têm que competir mentalmente entre si, como fazem os homens” (p. 515).

Woolley e Hollingworth ajudaram a demonstrar que as diferenças entre mulheres e homens, cristalizadas pelo pensamento psicológico da época, eram reféns de um androcentrismo institucionalizado, isto é, um viés que analisava o resultado das pesquisas a partir de uma visão que privilegiava os homens, atribuindo a eles valores socialmente positivos e tidos como inatos. Embora suas obras sejam reconhecidas hoje como precursoras da psicologia feminista, foram largamente ignoradas (Silverman, 1989). A psicologia da época serviu como amparo para que fosse negado às mulheres o acesso a diversas instituições, como trabalho, educação superior e sufrágio. Além disso, eram classificadas como desajustadas (históricas) quando fugiam do papel social delas esperado, como maternidade, trabalho doméstico e recato sexual (Gilman, 1985).

Cabe ressaltar que a diferença entre homens e mulheres não era apenas avaliada em relação à adaptação social, mas também à sexual. Em 1869, o jornalista húngaro Karol Maria Kertbeny criou os termos homossexual e homossexualidade, em um texto contrário ao código penal prussiano, que condenava esse tipo de conduta. Mais tarde, o termo foi apropriado pelo psiquiatra Krafft-Ebing na sua teoria dos desvios sexuais, associando homossexualidade à patologia (1886/2011). Em *Psychopathia Sexualis*, o autor examinava práticas sexuais a partir da perspectiva darwinista emergente de que todo comportamento sexual que não visava à procriação era desadaptativo. Krafft-Ebing também foi um dos pioneiros a documentar casos de pessoas que gostariam de viver ou já viviam como o sexo diferente do designado ao nascimento. Na época, no entanto, o comportamento sexual e aquilo que hoje é denominado identidade de gênero não eram tidos como categorias distintas (Drescher, 2010). Isso era

visível tanto nas teorias que afirmavam que homossexuais teriam uma “alma feminina” em um corpo masculino quanto na hipótese freudiana do desenvolvimento sexual “invertido” (Freud, 1920/2011), ou na noção genérica de invertidos sexuais propagada por Krafft-Ebbing e pelo sexólogo Havelock Ellis (1927/2013). Magnus Hirschfeld é creditado como o precursor, entre os anos 1910 e 1920, da distinção entre o desejo por pessoas do mesmo sexo e o desejo de viver como alguém de um sexo diferente do designado ao nascimento, ao qual ele dava o nome de transvestismo (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012). No entanto, como veremos a seguir, tais distinções só foram amplamente aceitas posteriormente, graças ao trabalho de Henry Benjamin e John Money. Assim, baseados nas teorias da época, até a segunda metade do século 20, profissionais da psicologia e da psiquiatria ofereciam toda sorte de terapias corretivas às variações sexuais e de gênero (Drescher, 2010).

Com a popularização da avaliação psicológica no início do século 20, foram desenvolvidos inúmeros instrumentos para medir uma imensa gama de aptidões: verbais, matemáticas, entre outras. As pesquisas sobre as diferenças entre homens e mulheres também aumentava, mas envolta em grande confusão, já que, no geral, os estudos não chegavam a uma conclusão que favorecesse claramente a um ou outro (Morawski, 1985). Foram Lewis Terman e Catherine Miles que, em 1936, oferecem uma solução para esse impasse. Analisando os diversos testes disponíveis à época, selecionaram apenas os itens em que homens e mulheres diferiam, para formar um novo instrumento capaz de analisar não mais a diferença entre homens e mulheres em um dito teste, mas as diferenças entre a “masculinidade” e a “feminilidade” no padrão de resposta. Ou seja, uma medida “do sexo psicológico”, em que as diferenças entre homens e mulheres encontradas na pesquisa psicológica anterior estabeleceriam o que foi tomado como padrão de feminilidade e masculinidade.

Para reduzir a possibilidade de influência na resposta, o instrumento foi genericamente denominado de *Attitude Interest Analysis Survey* (AIAS; Terman & Miles, 1936). Nesse instrumento, masculinidade e a feminilidade eram compreendidas como um construto bipolar e unifatorial. Isso significa dizer que masculinidade e feminilidade eram polos opostos de um único contínuo; no caso do teste de Terman e Miles (1936), isso equivale a diferentes respostas nos 456 itens de associação de palavra, atitudes em relação aos sentimentos, interesses e opiniões divididos em sete subescalas. O escore de feminilidade era pontuado a partir da resposta negativa a perguntas como: gostar andar de bicicleta, brincar com cobras, ver uma flor ou uma estrela em uma mancha de tinta, e o de masculinidade, por sua vez, em respostas como: afirmar ver um morcego na mesma mancha ou desgostar de

estrangeiros, mulheres inteligentes e de dançar. É notável que a definição de feminilidade do teste é refém da visão androcêntrica que provinha dos primeiros estudos nessa área: “Submissão, docilidade, constância de propósito inferior e uma falta geral de agressividade refletem suas tendências conativas mais fracas” (Terman & Miles, 1936, p. 2).

Na esteira da proposta original de Terman e Miles, muitos testes foram criados para avaliar exclusivamente a masculinidade e a feminilidade, ou avaliar esse fator dentro de um conjunto maior de características. Uma dessas escalas é o *Guilford-Zimmerman Temperament Survey* (Guilford & Zimmerman, 1949), um teste de personalidade que inclui uma escala de masculinidade e a feminilidade, que serviu de inspiração para a escala M do CPS (Comrey, 2008). Outro exemplo é o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) (Hethway & Mckynley, 1940). Esse instrumento foi desenvolvido para o contexto da psicologia clínica, com o objetivo de mensurar traços associados à psicopatologia e desordens psicológicas. O MMPI possui uma escala de masculinidade e feminilidade inspirada na medida de Terman e Mile; porém, com a maioria de itens desenvolvida especificamente para esse instrumento. No entanto, em vez de eleger itens que distinguiriam homens de mulheres, como a escala de Terman e Miler, o teste utiliza especialmente itens que distinguiriam homossexuais de heterossexuais (Shields & Diccico, 2011).

No contexto norte-americano, as teorias psicanalíticas ganhavam fôlego, e com elas, a compreensão de que a diferença sexual era um atributo psíquico central para a personalidade, não acessível à consciência (o que justificava uma avaliação externa), e que seguiria um desenvolvimento tido como normal (Moranski, 1985). Ou seja, uma pessoa emocionalmente saudável seria aquela que teve o sexo feminino atribuído ao nascer, identificada como mulher, conformada e se comportando de acordo com as expectativas sociais apropriadas para a personalidade feminina da época, e heterossexual. Na assunção da época, homens “femininos” e mulheres “masculinas” eram automaticamente considerados invertidos sexuais. Portanto, esse tipo de avaliação de gênero tinha como intuito avaliar essas supostas incongruências (Shields & Diccico, 2011).

A 6ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), publicada em 1948, foi a primeira publicação da Organização Mundial de Saúde a incluir uma classificação de doenças mentais. Seguindo as tendências da época, as variações de gênero e de sexualidade (homossexualidade e transvestismo) eram consideradas fenômenos similares e apareciam tanto na CID-6 quanto na edição seguinte de 1952 (CID-7) como termos de inclusão para o diagnóstico de desvios sexuais, os quais eram classificados como integrantes de uma personalidade patológica (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012). A Associação Norte-

Americana de Psiquiatria, seguindo as mesmas tendências, publicou, em 1952, a primeira edição do seu manual (DSM-I), listando tudo o que a psiquiatria considerava como doença mental à época. Nesse manual, os desvios sexuais, entre eles a homossexualidade e o transvestismo, também eram classificados como distúrbio de personalidade.

No entanto, outra tendência de estudo das variações sexuais e de gênero começou a questionar a visão prevalente. Ganharam influência, nessa época, estudos como o da antropóloga Margaret Mead (1935/2011), que mostravam que homens e mulheres têm papéis sociais e sexuais completamente distintos em outras culturas. É também dessa época o trabalho de Alfred Kinsey e colaboradores, que, em 1948, publicaram um livro sobre o comportamento sexual dos homens americanos, constatando que experiências homossexuais eram relativamente comuns nos Estados Unidos. São da mesma época os trabalhos de Evelyn Hooker (1957, 1958), que conduziu o primeiro estudo comparando amostras não clínicas de homossexuais e heterossexuais. Hooker concluiu que a homossexualidade não constituía uma entidade clínica e não deveria estar associada à psicopatologia. Além disso, o trabalho dessa autora questionou o uso da avaliação psicológica para identificar a orientação sexual, afirmando que “sua validade duvidosa torna o seu valor questionável” (Hooker, 1958, p. 51).

Na mesma época, John Money publica seus estudos a respeito de crianças nascidas com condições intersexuais (Money, Hampson, & Hampson, 1955; 1957). Analisando casos de procedimentos médicos de designação sexual em crianças nascidas com genitália ambígua, Money acreditava que as atitudes dos pais teriam um forte efeito sobre a aceitação da criança na categoria clinicamente atribuída. Money foi pioneiro em fazer a distinção entre sexo e gênero, teorizando que o senso de ser homem ou mulher era adquirido principalmente por fatores ambientais. Para Money, havia uma diferença entre a) os fatores anatômicos e fisiológicos, ou seja, o “sexo” cromossômico, hormonal, gônadas, e a genitália externa e interna; b) a socialização de gênero na primeira infância; e c) as características psicológicas – o papel social de gênero – adquiridas por meio dessa socialização. Posteriormente, Money diferenciou identidade de gênero – o senso privado – do papel social de gênero – a expressão pública da identidade de gênero (Money & Ehrhardt, 1972).

Em meados dos anos 1960, na esteira da obra de Money, surgem as primeiras clínicas oferecendo procedimentos de modificação genital para adultos que procuravam esse tratamento. Embora as experimentações com essas cirurgias tenham começado nos anos 1920 e 1930, a partir da ideia de que o gênero se fixava precocemente e de que os esforços para mudá-lo eram infrutíferos, as técnicas médicas de transformação corporal se mostraram uma alternativa terapêutica aceitável. Harry Benjamin (1966) é creditado como o popularizador do

termo transexual, e responsável pela sensibilização sobre a necessidade da atenção à saúde das pessoas trans, enquanto a psiquiatria e a medicina da época as consideravam como homossexuais confusos, invertidos e esquizofrênicos (Drescher, 2010). Para Benjamin, por exemplo, uma mulher transexual seria uma pessoa do gênero feminino “presa” em um corpo do sexo masculino, sendo que a única alternativa terapêutica seria o tratamento hormonal e cirúrgico com objetivo de realizar a “transição” para o “outro sexo” (homem para mulher – ou mulher para homem). Benjamin inaugurou a distinção entre transvestismo e transexualidade, misturadas até então, mostrando que no primeiro caso não estava em jogo o desejo de mudança corporal e de afirmação da identidade. Embora algumas dessas noções tenham se modificado recentemente, como veremos a seguir, graças a Benjamin se afirmou cientificamente a ideia de que as pessoas trans não deveriam ser sujeitas a terapias conversivas, consolidando a terapêutica que é utilizada até hoje (Coleman et al., 2012).

O conceito de gênero teve grande impacto na forma de se conceber o determinismo biológico e psicológico, impulsionando uma nova onda do feminismo, inclusive na psicologia (por exemplo, Unger, 1979). A ideia de que o sexo seria algo biológico e gênero algo social ajudou a enfrentar as crenças de que haveria, nesse âmbito, uma equivalência entre natureza e cultura. Ou seja, consolidou-se a compressão de que boa parte das diferenças atribuídas a homens e mulheres se devia à socialização. Em outras palavras, as pessoas eram ensinadas a terem características masculinas e femininas e a se identificarem como homens e mulheres. A pesquisa psicológica anterior começou a ser compreendida enquanto estudos sobre o gênero, uma categoria criada em referência aos corpos biológicos, mas não determinada por eles.

Essas transformações teóricas e políticas podem ser percebidas nos manuais médicos da época. A ideia de que as variações de sexualidade de gênero não constituíam um desvio de personalidade aparece pela primeira vez na CID-8 (1965), em diagnósticos separados – homossexualidade e transvestismo –, sem apresentar definições. O DSM-II é publicado em 1968 e mantém a mesma separação e nomenclatura. À CID-9, de 1975, foi adicionada a categoria transexualismo, para dar conta das novas estratégias de tratamento apresentadas nas décadas anteriores. A homossexualidade ainda aparecia como um distúrbio na CID-9; no entanto, influenciada principalmente pelo ativismo político, a sétima impressão do DSM-II, em 1974, já não listava a homossexualidade como uma categoria de transtorno. Nesse manual, o diagnóstico anterior foi substituído pelo de “distúrbio de orientação sexual”,

diagnosticando a homossexualidade como uma doença apenas nos casos em que o indivíduo sintia mal-estar em relação a ela e queira mudar (Drescher, 2010).⁵

Essas novas visões também servem de estopim para uma série de movimentos na sociedade civil e nas sociedades de psicologia, que se afastam de um modelo que anteriormente buscava justificar diferenças a partir de um viés excludente, em direção a pesquisas que buscam, por exemplo, a gênese da violência de gênero, o sexismo (Eagly, Eaton, Rose, Riger, & McHugh, 2012). De forma similar com o que ocorreu em relação ao sexismo, no momento em que a homossexualidade por si só deixou de ser um problema psicológico, a atenção nesse campo recaiu sobre aqueles que a consideravam um desvio. George Weinberg publicou, em 1972, *Society and the Healthy Homosexual*, popularizando o termo homofobia. Sexismo e homofobia se consolidaram como pautas da análise e intervenção acadêmicas e bandeiras dos movimentos feminista e homossexual.

Embora inconsistências fossem ocasionalmente encontradas, o modelo de avaliação da masculinidade e feminilidade proposto por Terman e Miles (1936) permaneceu como referência por mais de três décadas. Essa técnica sofreu suas maiores críticas apenas em 1973, com trabalho de Anne Constantinople. Essa pesquisadora foi a primeira a reunir evidências de que esse tipo de avaliação não possuía suporte teórico, atacando a ideia de que os traços avaliados seriam duradouros, relacionados com diferenças anatômicas, experiências primárias, e que serviriam para distinguir homens de mulheres em termos de atitudes e comportamentos. Segundo Constantinople (1973), o fato dos estudos existentes evidenciarem que homens e mulheres não respondiam da forma esperada, essas escalas não deveriam servir para rotulá-los como desviantes, invertidos ou em conflito, mas para ressaltar os problemas do construto em questão.

Constantinople sugeriu que não existiria única dimensão bipolar que envolveria em um extremo a masculinidade e no outro a feminilidade, que não era afetada pelo desenvolvimento, e nem teria relação com marcadores sociodemográficos. Pelo contrário, muitos homens e mulheres apresentavam igualmente características associadas à masculinidade e feminilidade, características que normalmente variavam ao longo do ciclo vital e de acordo com classe social e cultura. Além disso, a literatura não apoiava a ideia de que homens homossexuais teriam funcionamento psíquico equivalente a mulheres femininas

⁵ O DSM-III, publicado em 1980, manteve a categoria de orientação sexual egodistônica para dar conta dos mesmos casos. A partir do entendimento de que essa categoria servia apenas para legitimar terapias conversivas ineficazes, esse diagnóstico foi removido da versão revisada do DSM-III em 1987 (Drescher, 2010). A CID-10 de 1990, mais atual edição, inclui o diagnóstico de orientação sexual egodistônica. No entanto, a proposta para a CID-11 removerá essa categoria, despatologizando completamente a homossexualidade (Cochran, 2014).

e mulheres lésbicas aos homens masculinos. Dessa forma, a ideia de inversão sexual também deveria ser revista. Para Constantinople, essas escalas mediam “a expectativa da pessoa testada de como ela *deveria* responder a questões do tipo ‘eu gostaria de dirigir um carro de corrida’. Esse *deveria* responder é baseado no estereótipo do papel da mulher derivado do senso comum e dos dados que são provavelmente 20 anos mais velhos do que a pessoa que está respondendo ao teste” (Constantinople, 1973, p. 403). Diante dos problemas desse tipo de medida, Constantinople perguntava: “se as escalas M-F refletem um número de subtrações como agressividade, sensibilidade, autoconfiança etc., há algum ganho em combinar essas medidas a partir do que seria mais característico a homens e mulheres?” (p. 405). Não foi exatamente o que ocorreu.

Em 1974, Sandra Bem introduziu o *Bem Sex Role Inventory* (BSRI) como uma nova forma de medir masculinidade e feminilidade. O BSRI foi construído na época da emergência da psicologia cognitiva e das teorias do processamento da informação, a partir da ideia de tipificação sexual, ou seja, partindo do pressuposto de que as pessoas internalizam normas e comportamentos socialmente desejáveis para homens e mulheres e passam a operar a partir deles (Bem, 1974). No BSRI, o respondente é solicitado a descrever-se em 60 características de personalidade, em uma escala de Likert de 7 pontos (1 = discordo, 7 = concordo). Essas características foram classificadas como masculinas, femininas e neutras a partir do que era mais desejável na sociedade norte-americana da época (Bem, 1974). Entre as características femininas estão, por exemplo, compaixão, amor a crianças e ternura; entre as masculinas, assertividade, personalidade forte e capacidade de liderança; e entre as consideradas neutras, ser adaptável e convencional. A novidade introduzida por Bem diz respeito à forma de avaliação do teste. Uma pessoa com taxas elevadas em ambas as dimensões (masculinidade e feminilidade) era classificada como "andrógina"; baixa em ambas, "indiferenciada"; e alta em uma dimensão, mas baixa em outra, sexualmente tipificada como "masculina" ou "feminina" (Bem, 1977). A medida de Bem não mais prescrevia a correspondência entre o “sexo biológico” e características atribuídas a homens e mulheres, acabando totalmente com a ideia de desvio e inversão sexual. No modelo de Bem, na verdade, as pessoas melhores ajustadas seriam aquelas com valores equivalentes de masculinidade e feminilidade (hipótese da androginia). Esses indivíduos “balanceados” não seriam sexualmente tipificados e, portanto, seriam mais flexíveis nos seus conceitos e comportamentos, e psicologicamente mais saudáveis (Bem, 1974).

Embora as implicações da escala de Bem tenham sido libertadoras para a época, especialmente em relação à ideia de androginia, diversas críticas surgiram a essa abordagem.

Uma delas veio das pesquisas que se dedicaram a estudar a socialização, que teve como expoente Alice Eagly (1987). Essa perspectiva teórica busca compreender de que forma a sociedade concebeu, por exemplo, que as mulheres deveriam ter compaixão e os homens, capacidade de liderança, e de que forma as pessoas seriam ensinadas a atuar de acordo com essas características. Para Eagly, tanto homens quanto mulheres podem ter “compaixão” ou “capacidade de liderança”, desde que tenham o suporte social que permita com que exerçam essas capacidades. O que essa teoria aponta é que existe uma pressão da sociedade, de acordo com cada cultura e contexto histórico, dividindo de maneira desigual o que é esperado para homens e mulheres e fazendo com que eles e elas se adaptem a essa divisão ao longo do seu desenvolvimento.

A partir desse modelo, muitos experimentos mostraram como crianças pequenas são “ensinadas” a serem homens e mulheres, de maneira muitas vezes pouco perceptível. Em um estudo clássico, foi solicitado que mães interagissem com bebês menores de um ano. Se o bebê fosse chamado de menina, mais frequentemente era oferecida uma boneca. Se o mesmo bebê fosse chamado de menino, com mais frequência era oferecido um trem (Will, Self, & Datan, 1976). Em outro experimento, Condry e Condry (1976) mostraram a estudantes universitários um vídeo com as reações de um bebê ao receber um brinquedo. Se fosse informado que o bebê era um menino, os estudantes classificavam o seu comportamento com mais frequência como sendo raiva. Por outro lado, se fosse informado que o mesmo bebê era uma menina, os estudantes classificavam o mesmo comportamento como medo. Outros estudos mostravam ainda como os pais reagiam negativamente quando seus filhos meninos brincavam com bonecas ou se vestiam com roupas de menina, e vice-versa (Langlois & Downs, 1980).

Em princípio, a teoria do papel social não invalida a posição de Bem de que as pessoas se identificariam com os papéis de gênero disponíveis numa dada cultura e passariam a atuar a partir deles. No entanto, essa teoria aponta que as características não são atribuídas a homens e mulheres aleatoriamente, já que existe uma dinâmica social que fomenta a diferença nessa atribuição. A conclusão a respeito das pesquisas sobre a socialização é de que, quando a distribuição dos papéis se tornar mais igualitária, boa parte da diferença detectada entre homens e mulheres vai desaparecer (Eagly, 1987). Desse modo, a teoria do papel social reconhece a psicologia como uma das instituições que promove a manutenção dos papéis de gênero, e advoga que ela trabalhe na direção da correção das desigualdades, e não o oposto. O uso do BSRI, nesse sentido, mesmo que reflita características de homens e

mulheres em uma dada época, reforça, por exemplo, que é masculino, e não feminino, ter uma personalidade forte, naturalizando a desigualdade de gênero.

Outra perspectiva crítica em relação à proposta de Bem é a de Janet Spence (para uma revisão: Spence, 2011). A proposta de Spence afirma que o gênero é mais do que a adesão aos papéis sociais. Desde meados da década de 1980, Spence sugeriu que, no lugar de características e comportamentos tipicamente associados a homens e mulheres, a masculinidade e a feminilidade deveriam ser conceitualizadas como identidade de gênero. Para Spence, a maioria das pessoas tem segurança quanto a sua identidade de gênero, e essa identidade se mantém segura mesmo quando não está de acordo com os padrões considerados aceitos. Por exemplo, embora possa fazer parte do que é socialmente esperado, uma pessoa pode ter uma clara identidade de gênero feminina, apesar do fato de não ser mãe, se essa característica não fizer parte da sua definição particular do que é ser mulher.

Spence realizou uma série de experimentos para apoiar sua hipótese (Spence, 1993; Spence & Buckner, 2000). Nesses experimentos, ela pedia para que as pessoas avaliassem em duas escalas de cinco pontos quão masculinas e quão femininas elas achavam que eram. Ela então calculou a correlação entre essa autoavaliação com medidas externas de gênero, como BSRI. A autoavaliação da feminilidade foi alta e a de masculinidade foi baixa nas pessoas que se identificavam como mulher, e o contrário aconteceu com as pessoas identificadas como homens. Além disso, quase todas as correlações entre a autoavaliação e outras medidas não foram significativas. “Mesmo que não seja articulada, a constância que as pessoas sentem em relação à sua identidade de gênero pode dar origem à ilusão de que todas as diferenças observáveis nas características e comportamentos de homens e mulheres contribuem para uma propriedade psicológica subjacente, masculinidade-feminilidade, que poderia ser avaliada a partir de suas supostas manifestações” (Spence, 1993, p. 634). O resultado desses estudos, portanto, apoia a hipótese de que o mais importante na avaliação do gênero é a autodesignação da identidade. Ou seja, as pessoas não estão enganadas quando dizem que são homens ou mulheres, embora a psicologia e suas avaliações digam o contrário.

Por fim, a crítica mais contundente à proposta de avaliação no modelo do BSRI parece ter vindo do debate em relação às pessoas trans. A atenção à saúde dessas pessoas por meio de procedimentos de modificação corporal inaugurada por Henry Benjamin e cristalizada na CID-9 se institucionalizou ainda mais com a publicação do DSM-III, em 1980, no qual o transexualismo aparecia novamente como categoria diagnóstica. O DSM-III também marcou a vitória do movimento feminista com a remoção da categoria “histeria”, que se mostrou não relevante clinicamente e discriminatória (Ussher, 2013). Com a publicação da

CID-10 em 1990 e do DSM-IV em 1994, transexualismo é modificado para transtorno de identidade de gênero. Essa mudança reforça a ideia de Benjamin e de Money de que as pessoas trans sofreriam por terem algo como uma “alma” de um gênero presa no corpo de outro. Nesse momento, apesar do debate corrente, a institucionalização do critério diagnóstico de transexualismo e, posteriormente, de transtorno de identidade de gênero, foi liberadora tanto para as pessoas trans – uma vez que elas poderiam acessar mais facilmente os procedimentos de mudança corporal – quanto para a clínica médica, que não precisaria realizá-los de forma experimental ou clandestinamente (Drescher, 2010).

O estudo do BSRI com pessoas trans revelou dados interessantes evidenciando a existência de outras formas de construção do gênero. Por exemplo, estudos revelaram que mulheres trans não se identificavam completamente com as características associadas a mulheres cis (o mesmo em relação a homens trans e cis), diferindo inclusive entre si (Fleming, Jenkins & Bugarin, 1980; Herman-Jeglińska, Grabowska & Dulko, 2002). Além disso, as mesmas pesquisas começaram a mostrar que algumas pessoas trans não buscavam procedimentos de mudança corporal por rejeição à masculinidade ou à feminilidade, e outras simplesmente não os buscavam. Ou seja, reforçavam o ponto de vista de Spence: para algumas pessoas trans, a identidade de gênero era independente tanto do sexo designado ao nascimento quanto do que era socialmente esperado para homens e mulheres. E nesse caso, o BSRI falhava duplamente: primeiro por privilegiar a avaliação externa à identidade de gênero, e, segundo, por operar através de um modelo binário (masculino/homem e/ou feminina/mulher), quando as evidências sugeriam outras possibilidades.

Muehlenhard e Peterson (2011) relataram em seu artigo um caso anedótico exemplar. Em uma banca de dissertação, uma aluna que havia comparado homens e mulheres foi questionada por dois professores. Um deles perguntou: “você avaliou os cromossomos, perguntou sobre os genitais?”. Com a resposta negativa da estudante, o professor afirmou: “então você estava pesquisando diferenças de gênero, e não sexuais”. Já o outro membro da banca indagou: “Você mediu a masculinidade e a feminilidade? Você usou o BSRI?”. A estudante outra vez disse que não. “Então você investigou diferenças sexuais, e não de gênero!”. O caso de Muehlenhard e Peterson revela o quanto a psicologia ainda estava atrelada ao modelo da diferença entre sexo (biológico) e gênero (social) em termos do binarismo homem/mulher, modelo também presente no manejo clínico das pessoas trans, já que profissionais de saúde não as encorajavam a viverem abertamente como “trans”, mas a fazerem uma passagem completa para o “sexo oposto” (Drescher, 2010).

Esse modelo começa a ser questionado com a emergência de estudos mostrando que diferentes construções de gênero estão presentes em outros contextos culturais e históricos, inclusive na figura de um “terceiro sexo” (Herdt, 1996). Além disso, ganhou força a ideia de que o gênero e a sexualidade são arenas diferentes da experiência humana, e também de ativismo político. Nos anos de 1990, emerge no contexto norte-americano a categoria transgênero, abarcando o conjunto de variação de gênero que inclui as pessoas trans, *cross-dressers*, *drag queens* e *drag kings*, e qualquer pessoa que transgrida o modelo do gênero binário, mesmo que não esteja disposta a se submeter aos procedimentos de mudança corporal (Davidson, 2007). Dessa forma, muitas pessoas trans começaram a “sair do armário” para a cena pública, reinterpretando a sua experiência a partir da categoria transgênero (Valentine, 2007).⁶

Foram de grande influência para esse movimento os apontamentos feitos por Suzanne Kessler (Kessler & McKeena, 1978; Kessler, 1990, 1998). Acompanhando o manejo clínico de crianças intersexuais, Kessler questionou a posição de John Money de que a designação sexual influenciaria definitivamente a identidade de gênero futura. A sua justificava vinha do caso de alguns indivíduos intersexuais adultos, nos quais a identidade de gênero não concordava com o sexo atribuído ao nascimento por profissionais da medicina e reforçado pela família por meio da educação das crianças.⁷ Esse gerenciamento médico dos casos de intersexualidade perpetuaria a ideia de que autenticidade de gênero reside na “natureza do sexo”, e não na sua atribuição, seja por parte dos médicos, da família ou do próprio indivíduo. Para Kessler, nós fazemos uma atribuição de gênero cada vez que encontramos uma pessoa, e isso independe de características biológicas. Por exemplo, “se é atribuída a designação ‘homem’ a uma mulher trans, se está afirmando que ela ainda não fez a transição ou não fez direito. Por outro lado, se é atribuída a designação ‘mulher’ para essa pessoa, significa que, para todos os efeitos, ela é uma mulher crível” (Kessler, 1978, p. 14). Kessler propõe que a ambiguidade genital no caso das crianças intersex não era aceita como uma opção não porque ela estava ameaçando a vida da criança (esses casos dificilmente são urgências médicas), mas porque ameaçava sua cultura. Os procedimentos médicos garantiriam a atribuição de apenas um dos dois sexos culturalmente aceitos (homem – pênis, mulher – vagina). O sexo e o gênero não seriam então categorias distintas, já que a noção social binária de gênero está

⁶ Como dito anteriormente, não há consenso sobre o uso do termo transgênero no Brasil. Atualmente, as variações de gênero costumam ser referidas a partir das categorias travesti e transexuais, ou, mais recentemente, pessoas trans (Carvalho & Carrara, 2013).

⁷ O próprio Money mostrou-se equivocado quando, anos mais tarde, veio à tona o tratamento ético questionável dado a seus pacientes e a maneira como conduzia suas pesquisas de forma a mascarar resultados que contradiziam seu ponto de vista. Ver em: Diamond e Sigmundson (1997) e Colapinto (2001).

implícita na tentativa de encontrar nos cromossomos, gônadas e genitália externa e interna o “verdadeiro sexo”. “O não-normativo é convertido em normativo, e o estado normativo é considerado natural. A ambiguidade genital é sanada para obedecer a uma ‘natural’, isto é, culturalmente indiscutível dicotomia de gênero” (Kessler, 1990, p. 25).

Quando a distinção entre sexo e gênero se torna menos importante, as pessoas que não se encaixavam nas categorias atribuídas ao nascimento deixam de ser tratadas como indivíduos que supostamente nasceram com um defeito; ou seja, o problema também é remetido às categorias limitadas da sociedade (Kessler, 1998). Ou seja, as pessoas trans (e também intersex) não seriam doentes cuja única opção seria a reparação médica, mas sim indivíduos emocionalmente saudáveis, cuja expressão de gênero foi limitada por expectativas sociais causadoras de sofrimento. Dessa forma, o modelo de transexualidade propagado por Benjamin também perde força. Existem pessoas que sempre se consideraram mulheres, mesmo tendo nascido com um pênis, assim como pessoas que sempre se consideraram homem, mesmo tendo nascido com vulva. Na nova concepção, essas pessoas não realizam uma “transição” para o “outro sexo”, mas adequam seu corpo e seus registros civis à sua identidade de gênero, a despeito do sexo designado ao nascimento. A categoria transgênero surge como alternativa ao antigo modelo médico, na tentativa de afirmar as variações de gênero como variações da normalidade. Essa nova visão sobre o gênero une as bandeiras do movimento social, ampliando o foco da luta pela construção de igualdade de gênero entre mulheres e homens, na direção da igualdade entre pessoas cis e trans. O movimento de gays, lésbicas e bissexuais (LGB) passa a incluir as demandas pelos direitos civis das pessoas trans e intersex (LGBTI), e uma parte do movimento feminista que estava se preocupando cada vez mais com interseccionalidades como classe social, raça/cor/etnia, também passa a englobar a pauta trans, em direção ao transfeminismo (por exemplo, Serrano, 2007).

Muitas áreas do conhecimento começam a reformar suas teorias e práticas a partir daí. Não seria diferente com a psicologia, que ajudou a criar um modelo baseado na patologização das variações do gênero, com foco naquilo que “deu errado” e que, portanto, deve ser corrigido, para um modelo positivo de afirmação, com foco no estigma associado às variações de gênero e às disparidades de saúde decorrentes delas (Bockting, 2009). Reflexos dessas mudanças estão na publicação do DSM-5, que despatologiza a identidade de gênero e passa a classificar apenas a disforia (mal-estar) de gênero (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010) e a proposta da CID-11, que visa à remoção dessa condição da lista de transtornos mentais

(Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012).⁸ O esforço da pesquisa contemporânea tem sido o de ampliar o conceito de gênero, de forma que dê conta da experiência tanto das pessoas cis quanto das pessoas trans, sem exotismo ou exclusão; por exemplo, reconhecendo que não são apenas as pessoas trans que modificam seu corpo para afirmar o seu gênero: mulheres e homens cis utilizam próteses de silicone, fazem exercícios e usam hormônios para afirmar seu gênero.

Tate, Youssef, e Bettergarcia (2014) elencaram cinco categorias que abrangem as ideias trabalhadas nesse artigo: 1) o sexo designado ao nascer (também chamado de designação sexual); 2) a identidade de gênero, ou a autodesignação enquanto homem, mulher, travesti, neutro, *queer* ou mesmo sem gênero; 3) a adesão aos estereótipos culturalmente associados aos gêneros; 4) as expressões ou performances públicas de gênero, por meio do uso de nome próprio, linguagem corporal e indumentária; e 5) atitude em relação ao gênero, podendo ser favorável ou não (sexismo e transfobia; ver também: Hill & Willoughby, 2005). Essa divisão se mostra bastante útil do ponto de vista teórico. Do ponto de vista prático, no entanto, resolvendo o impasse da dissertação apresentada por Muehlenhard e Peterson (2011), bastam duas perguntas, a partir da autodesignação: “como você foi designado/a ao nascer?” e “como você se identifica atualmente?”.

Além disso, devem ser acrescentadas a essas categorias as ideias contemporâneas em relação à sexualidade (para uma revisão atual ver: Diamond, 2009). A orientação sexual tem sido usada para designar o desejo sexual, independentemente de ele se manifestar no comportamento. Por exemplo, uma mulher pode ter uma orientação homossexual e nunca ter se relacionado de fato com outra mulher. A identidade sexual refere-se à autodesignação enquanto lésbica / gay / bissexual / heterossexual. Tal como ocorre com a orientação sexual, as identidades nem sempre correspondem a padrões de comportamento. Um homem pode se considerar heterossexual e manter relações sexuais com outros homens. É o caso que fez emergir a categoria “homens que fazem sexo com outros homens” (HSH). Além disso, algumas pessoas podem rejeitar os rótulos identitários tradicionais em favor de outros como *queer*, pansexual, assexual etc. Por fim, se junta a essas categorias a atitude positiva ou negativa em relação à diversidade sexual (homo, bi e lesbofobia); estas não correspondem a conceitos nosográficos estáveis, sendo determinadas ou informadas pelas dinâmicas sociais. Por exemplo, algumas pessoas podem nascer com um pênis, ter uma identidade de gênero

⁸ Embora haja terreno para avanços, tais mudanças propõem a redução do estigma associado ao diagnóstico de doença mental, sem prejuízo ao acesso a procedimentos de mudança corporal para as pessoas trans que deles necessitem (Drescher, 2014). Cabe ressaltar que tanto a CID-10 quanto o DSM-V ainda patologizam algumas variações de gênero, como o fetichismo transvêstico.

feminina, e, em alguns casos, sentirem atração por homens, e, em outros, por mulheres; atração que pode variar em diferentes momentos da vida.

O objetivo desse artigo foi apresentar as diversas maneiras como a psicologia tratou a avaliação de gênero, de forma a situar historicamente o instrumento CPS. Reconhecendo a influência das distorções causadas pelas expectativas preconceituosas da sociedade, a psicologia parte de um modelo que considerava natural as diferenças entre homens e mulheres para outro que reconhece o gênero dentro de um sistema complexo de relações de poder. Ou seja, a psicologia feminista ajudou a acrescentar uma dimensão social ao modelo determinístico das diferenças sexuais e de gênero, frequentemente utilizado como argumento contra a igualdade de direitos, mostrando que sexo e gênero não são fenômenos naturais e cósmicos, mas institucionais e históricos. A isonomia, ou seja, a igualdade entre homens e mulheres, é também fenômeno institucional e histórico. No entanto, no modelo da isonomia, o que está em jogo não é a imposição da homogeneidade (sexual e de gênero), mas o reconhecimento de grupos estigmatizados (inclusive por teorias que a psicologia ajudou a propagar), e que são, portanto, merecedores de proteção.

Na década de 1970, aconteceu uma ruptura que pôs de um lado a psicologia dita positivista, ocupada especialmente da pesquisa empírica, e de outro a psicologia dita crítica, mais próxima, em termos de objeto e metodologia de pesquisa, das ciências sociais (Jacques et al., 2014). Na mesma época, se desenvolveu no Brasil o campo interdisciplinar dos estudos de gênero, que inclui, embora com menor força, a psicologia social crítica após sua ruptura com a corrente anglo-saxã (Borges, 2014; Nuremberg, Toneli, Medrado, & Lyra, 2011). Embora existam hoje muitos grupos de pesquisa dedicados ao estudo das relações de gênero, sobretudo na psicologia social, a constatação atual é de que não existe, no Brasil, um campo de estudos reconhecido e institucionalizado como a psicologia feminista norte-americana (Nuremberg et al., 2011). Além disso, as contribuições feministas são pequenas na psicologia brasileira empírica, na qual o gênero raramente é considerado uma categoria analítica (Narvaz & Koller, 2007). Isso significa dizer que ainda não ocorreu no Brasil um processo compreensivo de revisão das teorias e práticas psicológicas, entre elas, a avaliação psicológica, com sua tradição na criação e uso de instrumentos para avaliação do gênero.

Portanto, o persistente uso de testes como o CPS no Brasil parece se relacionar ao fato de, ao contrário do contexto norte-americano, de onde esses instrumentos são oriundos, os estudos feministas na psicologia social e a avaliação psicológica se consolidaram com poucas interfaces e com bases epistemológicas distintas. Dessa forma, áreas da psicologia brasileira como a avaliação psicológica resistem à modificação do padrão binário

classificatório. Além do CPS, a primeira versão do MMPI foi recentemente readaptada para o contexto brasileiro sem críticas em relação à escala M e seu histórico de avaliação da orientação sexual enquanto uma patologia (Figueiredo, 2012). Tal trabalho foi, paradoxalmente, vencedor da 7ª edição do prêmio Silvia Lane, prêmio que leva o nome de uma das fundadoras da psicologia social crítica brasileira.⁹ Além disso, o BSRI também foi readaptado recentemente (Hernandez, 2009). Tal adaptação serviu como ponto de partida para criação de um novo instrumento (Barros, Natividade, & Hutz, 2013), que, ao contrário das inovações presentes na proposta original do BSRI, não leva em consideração as categorias “indiferenciada” e “andrógina”, aproximando-se do modelo unidimensional, e quase centenário, das escalas de Terman e Milles. No entanto, mais grave é o exemplo já apresentado do CPS, pois se trata de medida reconhecida institucionalmente pelo Conselho Federal de Psicologia.

Costa & Nardi (2013) avaliaram uma medida de heterossexualidade aprovada pelo Conselho Federal, mostrando que um dos pressupostos para a avaliação dos instrumentos psicológicos no Brasil é a equivalência entre critérios técnicos e éticos. Ou seja, a ideia de que, ao apresentar boas propriedades psicométricas (critérios técnicos), o instrumento estaria automaticamente de acordo com os direitos humanos, por exemplo (critérios éticos). No entanto, os autores demonstraram que um instrumento poderia estar em harmonia com os critérios técnicos e, portanto, com o sistema regulatório e, mesmo assim, estar em desacordo com critérios éticos flagrantes. O mesmo se aplica ao CPS. O instrumento fere a dignidade das mulheres ao associar a feminilidade a estereótipos negativos e ao assumir que as mulheres que não tem medo de insetos e répteis e não gostam de histórias românticas podem ser desajustadas, anormais ou até doentes. Além disso, o emprego desse instrumento em processos seletivos fere o direito de igualdade, se utilizado como motivador para reprovação com base na omissão da diversidade de gênero. Fere também a liberdade individual, uma vez que não é o sujeito, mas é o/a psicólogo/a especialista que detém a verdade – nesse caso bastante parcial – sobre o gênero. Por fim, expõe uma parcela da população trans a constrangimentos desnecessários, já que não há outra opção além de se identificar com o modelo teórico (binário) do instrumento.

Na disponibilidade de conhecimentos atualizados, não parece ser aceitável, por exemplo, submeter a população a procedimentos médicos, como uma cirurgia, utilizando técnicas ultrapassadas. Na psicologia, não se trata apenas do uso de uma medida antiquada (o

⁹ <http://premiosilvialane.abepsi.org.br/vencedores.aspx>

CPS é baseado em uma teoria de 1948!); é mais grave, pois as categorias utilizadas para descrever os sujeitos têm implicação na forma como eles se constroem enquanto tal. O tipo de avaliação do CPS não leva em conta a autodesignação e não contribui para a construção da igualdade entre homens e mulheres, trans e cis; pelo contrário, trata-se de uma estratégia perigosa, que restringe a autonomia dos sujeitos e reforça estereótipos arcaicos. Portanto, é fundamental que as práticas psicológicas, com especial ênfase nas medidas de avaliação de gênero, sejam revistas à luz do conhecimento contemporâneo apresentado até aqui. É como esse intuito que reproduzimos o gesto simbólico que Phyllis Chesler e Nancy Henley realizaram em 1970, dirigido agora ao Conselho Federal de Psicologia:

A psicologia brasileira tem sido criminosa em sua maneira de se relacionar com homens e mulheres, trans e cissexuais. Ela tem perpetuado a ideia cruel de que as pessoas não são autônomas para determinar o seu gênero, sugerindo sem bases científicas o que seria um corpo, uma identidade e uma performance de gênero normal; ela participou da prisão psicológica e física de inúmeras pessoas, especialmente trans, quando as rotulou de mentalmente incapazes por causa de sua recusa em cumprir as exigências injustas e ilegítimas impostas sobre elas. Chegou o momento para os psicólogos e psicólogas começarem a reparar os danos que eles e elas causaram e de inverter a direção das forças já em curso que visam a aprisionar mentes e corpos.

CAPÍTULO III: POPULATION-BASED HIV PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS IN MALE-TO-FEMALE TRANSSEXUALS FROM SOUTHERN BRAZIL¹⁰

Angelo Brandelli Costa ^{1,2,3}, Anna Martha Vaitses Fontanari ², Michelle Moraes Jacinto ², Dhiordan Cardoso Da Silva ², Emilaine Karine Lorencetti ², Heitor Tomé da Rosa Filho ², Andressa Mueller ², Claudia Garcia de Garcia ², Henrique Caetano Nardi ¹, Silvia Helena Koller ¹, Maria Inês Rodrigues Lobato ²

Institute of Psychology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

² Gender Identity Program, Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

³ To whom correspondence should be addressed at Institute of Psychology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Ramiro Barcelos, 2600 – Porto alegre - RS – Brazil
- 90035-003 / e-mail: brandelli.costa@ufrgs.br

¹⁰ Artigo publicado: Costa, A. B., Fontanari, A. M. V., Jacinto, M. M., da Silva, D. C., Lorencetti, E. K., da Rosa Filho, H. T., ... & Lobato, M. I. R. (2015). Population-Based HIV Prevalence and Associated Factors in Male-to-Female Transsexuals from Southern Brazil. *Archives of Sexual Behavior*, 44(2), 521-524.

Abstract

This study assessed HIV prevalence and associated factors in 284 male-to-female transsexuals from southern Brazil. Seroprevalence was 25%. Seroprevalence was higher and associated with older age, residence in the metropolitan area, history of diagnostics of other STDs, and reported history of sex work. The year of diagnosis showed no significant relationship with the prevalence of HIV nor the fact of being in a stable relationship, a history of drug use, years of education, and race/ethnicity. The odds of HIV infection compared with the general Brazilian population was 55.55 (95% CI: 38.39–80.39). Changes in the views of the vulnerable groups to HIV/AIDS in Brazil and efforts in the construction of strategies of prevention and in the guarantee of human rights are required.

Keywords: gender dysphoria, transsexualism, gender identity disorder, HIV, prevalence, Brazil

Introduction

A recent meta-analytic study showed that the male-to-female transsexual (MtF) population is disproportionately affected by the HIV epidemic. The pooled prevalence in 11,066 transgender women worldwide was 19.1% (95% CI 17.4–20.7) (Baral et al., 2013).

In Brazil, the first study regarding HIV and the transgender population was from the 1990s and was conducted among incarcerated *travestis* (Brazilian transgender identity) from Casa de Detenção, São Paulo (Varella et al., 1996). All *travestis* in the prison were tested and 78% were positive for HIV infection. Another study, from the 2000s (also in São Paulo), used peer recruitment and a storefront setting in the downtown area. It tested 434 street-based sex worker *travestis* and the rate of HIV infection was 39.9% (Grandi, Goihman, Ueda, & Rutherford, 2000). The third study used retrospective opportunity sampling and found 19.6% of HIV prevalence through self-report in 122 MtF transsexuals (Lobato et al., 2007). Finally, the most recent study tested 82 born males identified as women, *travestis*, or transsexual that were recruited using respondent-driven sampling in southeastern Brazil. The prevalence was 14% (Carballo-Diéguez, Balan, Dolezal, & Mello, 2012).

There are no published data available using population-based measures of HIV prevalence among transsexuals in Brazil. In this study, we report the results of a population based cross-sectional study that assessed HIV seroprevalence and associated factors among MtF transsexuals seeking sex reassignment surgeries (SRS) in southern Brazil.

Method

Participants

In this study, 284 MtF transsexuals residents in the state of Rio Grande do Sul, southern Brazil were enrolled. All participants were patients of the Gender Identity Disorder Program (PROTIG) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, from its creation in 1998 to 2014.

In 1997, the Brazilian Federal Council of Medicine established that SRS should be exclusively provided by university hospitals. The procedures are fully funded by the Brazilian health system. There are currently four centers in Brazil. The oldest and the one that attends southern Brazilian population is PROTIG. Transsexuals seeking SRS who are residents of Rio Grande do Sul must access the surgery by PROTIG, which means that the service's database is composed of the population of southern Brazilian transsexuals. In the present study, all patients that entered this service seeking SRS were assessed through medical records.

Rio Grande do Sul is the fifth most populous state in Brazil with 11,164,050 inhabitants. Porto Alegre, the capital, has a population of 1,467,823 inhabitants. Its metropolitan area comprises 22 municipalities with an estimated population of over 4 million residents (IBGE, 2013). The rate of human development index (HDI) of the state is considered high, 0.746. However, like the rest of Brazil, it shows great contrasts with cities with low development (0.587) to the city with a very high development (Porto Alegre, 0.805) (PNUD, 2013).

Measures

Medical records were examined for the composition of the biosociodemographic profile of the participants. It included age, history of engagement in sex work, conjugality (being in a stable relationship for at least 1 year), years of education, ethnicity, place of residence, history of diagnostics for sexually transmitted diseases (STD) (e.g., chlamydia, hepatitis B and C, genital warts, gonorrhea, herpes, syphilis, and trichomoniasis), history of illicit drug abuse (e.g. marijuana, cocaine), and the year of diagnosis. Patient's serum was analyzed in the first consultation by the method of chemiluminescence in a Siemens ADVIA Centaur equipment. If the test was positive, a manual immunochromatography test (high specificity) was performed to confirm it. In positive samples, a new collection was made. Positive results in the second collection were considered diagnostic. If the results of the first sample were positive and the second negative, a third collection was seated up. Analyzed variables included: age, years of education, HIV status (negative = 0, positive = 1), STD history (none = 0, any = 1), sex work (never = 0, yes = 1), conjugality (non-single = 0, single = 1), ethnicity (white = 0, non-white = 1), place of residence (country = 0, metropolitan area = 1), drug abuse (no = 0, yes = 1), year of diagnosis (1998-2007 = 0, 2008-present = 1).

Statistical Analysis

A description of the sample was carried out by calculating the prevalence, frequency, range and medians of the different variables. In addition, a bivariate analysis was performed for the associations between the biosociodemographic parameters and the presence or absence of HIV infection. The odd ratio (OR) was calculated and had a 95% confidence interval (CI) in the outcome. In the multivariate analysis, logistic regression was used. Regression was forward and followed a conditional model. Variables with a *p*-value less than or equal to 0.05 were retained to adjust the variables of the next level. For each variable, OR and their respective 95% CI were calculated using the Wald test.

Results

The racial/ethnic mix of the study group was 85,6% white and 14,4% non-white, 18% reported having a stable partner, 18% reported a history of drug abuse and 29,2% reported a history of sex work. The median age was 28 years old (range 15–58). Median year of education was 10 years (range, 4-20) and 67,6% lived in the metropolitan region and 32,4% in the country. All of them have had sex with men. History of STD was 32,4%

MtF HIV seroprevalence was 25% at baseline (Table 1).¹¹ Seroprevalence was higher among those with older age, those who lived in the metropolitan area, those with a history of other STDs, and among those who reported sex work (Table 2). The year of diagnosis showed no significant relationship with the prevalence of HIV nor did the fact of being in a stable relationship, the history of drug abuse, the years of education, or race/ethnicity.

¹¹ None of the 51 female-to-male (FtM) transsexuals that entered the program were diagnosed with HIV or other STD.

Table 1
Prevalence and associated factors of HIV infection

Factor	n	Prevalence	
History of STD			
Yes	192	51,1%	
No	92	12,5%	< ,001
History of sex-work			
Yes	201	38,6%	
No	83	19,4%	,001
Age *			
15-26	128	14,8%	
27-38	112	29,5%	< ,001
39-58	44	43,2%	
Place of residence			
Metropolitan area	192	29,7%	
Country	92	15,2%	,008
Year of diagnosis			
1998-2007	151	24,1%	
2008-present	133	25,8%	,731
Conjuality			
Single	233	24,9%	
Non-single	51	25,5%	,929
History of drug abuse			
Yes	203	21,0%	
No	81	26,6%	,324
Ethnicity			
Non-white	41	26,8%	
White	243	24,7%	,770
Years of education *			
4-8	88	23,9%	
9-13	168	26,2%	,741
14-20	28	21,4%	

Note: * Used as continuous in the regression

Table 2
Logistic regression – factors associated with HIV infections

Factor	OR	95% CI	p
Place of residence	2,15	1,03-4,45	,040
Age	1,06	1,02-1,10	,001
History of sex-work	2,74	1,42-5,27	,003
History of STD	6,06	3,25-11,97	< ,001

The odds of HIV infection in this group compared with the prevalence for the general Brazilian population given by the Ministry of Health Bulletin, that is 0,6% (Ministério da Saúde, 2013) was 55,55 (95% CI: 38,39–80,39), and was statistically significant ($p < ,001$).

Discussion

The transgender population was systematically omitted from all epidemiological bulletins from the Brazilian Ministry of Health. The official discourse is that the most vulnerable population are men who have sex with men and female sex workers. The seroprevalence of each group is 10,5% and 4,9%, respectively (Ministério da Saúde, 2013). This study, however, presents solid evidence that the population at highest risk in Brazil is transsexual women, especially those engaged in sex work. The fact that the prevalence did not change from 1998 until today and that it is strongly associated with metropolitan areas indicates the lack of effective policies aimed at reducing HIV-related risk for this population.

Social stigma and prejudice experienced due to belonging to one disadvantaged group produce cumulative stress responses that lead to adverse health outcomes in transgender populations (Bockting et al., 2013; Haas et al., 2011; Meyer, 2003). As prejudice against gender nonconformity is a common phenomenon occurring across many contexts in Brazil (Costa, Peroni, Bandeira, & Nardi, 2013), we suggest that the situation of chronic victimization that transgender communities are subject contributes to the reported higher seroprevalence. Other factors may be related to the infection such as social class background, personality and other psychological factors and accesses to health-care and specific prevention programs.

Studies with transgenders usually use convenience samples from metropolitan areas; therefore, they cannot be broadly generalized to the entire population (Bauer, & Scheim, 2013). For this reason, it is difficult to accept the pooled Brazilian HIV prevalence of 31,1% in the article by Baral et al. (2013). In Brazil, the transgender population is diverse ranging from transsexuals that pursue SRS habiting large urban centers with access to health care, to *travestis* with several social and economic vulnerabilities (Kulick, 2009).

This study advances from the previous ones conducted in Brazil for being the first to use a population-based strategy. However, the population of transsexuals who seeks SRS is only a part of the spectrum of transgenders. Transgender from other social and cultural contexts certainly have nuances that are not encompassed in this research. Studies in other regions of the country, and which cover larger range of the transgender populations, should be conducted in order to provide a clearer picture of the epidemic. In addition, in depth studies assessing not only risk, but also protective factors can addresses some constraints of this study.

In conclusion, we found that Brazilian MtF transsexuals, manly those with a history of sex work, have a disproportional seroprevalence. Changes in the views of the vulnerable

groups to HIV/AIDS in Brazil and efforts in the construction of strategies of prevention and in the guarantee of human rights are required.

CAPITULO IV: TRANS-RELATED AND HIV HEALTHCARE NEEDS AND ACCESS AMONG BRAZILIAN TRANSGENDER WOMEN

Angelo Brandelli Costa^{1*}, Paola Fagundes Pase ¹, Heitor Tome da Rosa Filho ¹, Anna Martha Vaites Fontanari², Andressa Mueller², Dhiordan Cardoso², Bianca Soll², Karine Schwarz², Maiko Schneider², Daniel Mori³, Alexandre Saadeh³, Ramiro Figueiredo Catelan¹, Maria Inês Rodrigues Lobato², Henrique Caetano Nardi⁴, Silvia Helena Koller¹

1 Department of Psychology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

2 Gender Identity Program (PROTIG), Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

3 Gender Identity and Sexual Orientation Ambulatory (AMTIGOS), Hospital de Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil

4 Department of Social Psychology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

* Corresponding author: +555133085458, brandelli.costa@ufrgs.br, Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre, RS, Brazil

Resumo

O objetivo desse estudo foi conhecer as demandas e barreiras no acesso a serviços de saúde relativos ao HIV e específicos para pessoas trans em dois estados do Brasil - Rio Grande do Sul e São Paulo -, que iniciaram de forma pioneira o atendimento a essa população. Foram investigadas, ainda, as experiências de discriminação no contexto de saúde que impactavam o acesso à saúde em geral. Responderam a um survey 439 pessoas designadas como homem ao nascer, mas identificadas atualmente como mulher, mulher transexual ou travesti. Apesar de existirem serviços que atendem a população nesses estados desde o final dos anos 1990, os resultados apontam para dificuldades no acesso à saúde devido à discriminação, a falta de informação e as barreiras no acesso, especialmente para as travestis. Análise de *qui*-quadrado mostrou que o histórico de discriminação aumentou em 5,76 vezes (odds ratio IC 95% [3,46, 9,59]) a frequência de evitação de serviços de saúde. Discute-se a urgência da adequação das políticas de saúde às necessidades da população trans no Brasil e capacitação de profissionais em vários níveis.

Palavras-chaves: transexualidade, saúde pública, HIV, acesso à saúde, Brasil

A primeira política de saúde brasileira direcionada às pessoas trans surgiu com a resposta do governo para a epidemia de AIDS do início da década de 1980. A política nacional brasileira de HIV/AIDS ajudou a organização do movimento trans contemporâneo por meio do financiamento de organizações não governamentais e pela promoção de ações em saúde por meio de comunidades (Berkman, Garcia, Muñoz-Laboy, Paiva, & Parker, 2005). Ao contrário do contexto anglofônico, no qual a denominação guarda-chuva *transgender* tem sido utilizada para dar conta da variação de gênero, no Brasil o movimento social organizado tem preferido os termos travesti, transexual e, mais recentemente, pessoa trans (Carvalho & Carrara, 2013).

Travesti é uma identidade de gênero específica da cultura brasileira e latino-americana. Travestis são pessoas trans que foram designadas homens ao nascimento, mas têm uma *performance* e forma corporal do gênero feminino, apesar de geralmente não recorrerem a neovaginoplastia. Sua identidade de gênero varia: a maioria se identifica como masculino, algumas como mulheres e outras como travestis (Barbosa, 2013). Nesse artigo, será utilizada a categoria de pessoa trans para identificar a comunidade trans em geral, na qual estão incluídas as travestis, seguindo o modelo anglofônico.

Desde 1990, o Brasil tem um sistema financiado publicamente que garante o cuidado em saúde gratuito para todos os níveis de atenção. O movimento LGBT, fortalecido nas décadas anteriores, ajudou a impulsionar a resposta do governo para criar políticas específicas, buscando garantir a saúde integral além do HIV/AIDS (Grangeiro, Silva, & Teixeira, 2009). No Brasil, pessoas trans podem acessar o procedimento de modificação corporal gratuitamente pelo SUS, de acordo com o processo instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.707, de 2008. Desde 1997, o Conselho Federal de Medicina autoriza esses procedimentos em hospitais universitários, primeiro em caráter experimental, e mais recentemente, institucionalizado na forma de política pública. Dois dos hospitais que oferecem esses atendimentos de modo experimental desde aquela época são os Hospitais de Clínicas da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O modelo de atenção à saúde trans adotado nesses centros foi inicialmente propagado por Harry Benjamin (1966). Benjamin é creditado como o popularizador do termo transexual e responsável pela sensibilização sobre a necessidade da atenção à saúde das pessoas trans (Drescher, 2010). Ele afirmou a ideia de que as pessoas trans não deveriam ser sujeitas a terapias conversivas, consolidando a terapêutica que é utilizada até hoje (Coleman et al., 2012). O processo de afirmação de gênero envolve o uso de hormônios esteróides (estrogênio

e androgênio), bem como a realização de procedimentos cirúrgicos (mastectomia, cirurgia de modificação genital, entre outros).

Nos anos 1990, emergiu no contexto norte-americano a categoria transgênero, abarcando o conjunto de variação de gênero que inclui qualquer pessoa que não se ajusta ao modelo do gênero binário (masculino-feminino), mesmo que não esteja disposta a se submeter aos procedimentos de mudança corporal (Davidson, 2007). Dessa forma, muitas pessoas trans começaram a “sair do armário” para a cena pública, reinterpretando sua experiência a partir dessa categoria (Valentine, 2007). As pessoas trans não seriam doentes cuja única opção é a reparação médica, mas indivíduos emocionalmente saudáveis cuja expressão de gênero foi limitada por expectativas sociais, que podem ser causadoras de sofrimento. Na nova concepção, essas pessoas não realizam uma “transição” para o “outro sexo”; elas adaptam seu corpo e seus registros civis à sua identidade de gênero, a despeito do sexo designado ao nascimento. Muitas áreas do conhecimento começaram a reformar suas teorias e práticas, de um modelo baseado apenas na adequação do corpo, para um modelo positivo de afirmação, com foco no estigma associado às variações de gênero e às disparidades de saúde decorrentes delas (Bockting, 2009). Reflexos dessas mudanças estão na publicação do DSM-5, que despatologiza a identidade trans e passa a classificar apenas a disforia (mal-estar) de gênero (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010) e a proposta da CID-11, que visa à remoção dessa condição da lista de transtornos mentais (Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012). O esforço da pesquisa e da atenção em saúde contemporânea tem sido no sentido de ampliar o conceito de gênero, de forma que dê conta dessas experiências diversas, sem exclusão.

Na esteira dessas transformações, surge a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.955, de 2010, que amplia os procedimentos de modificação corporal para homens trans, até então considerados experimentais. Foi elaborada, também, a Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 2.803, de 2013, que ampliou o acesso a esses procedimentos a pessoas trans que não necessariamente buscam cirurgias de redesignação genital, optando apenas por uso de hormônios ou colocação de próteses, como no caso das travestis. Notadamente, percebe-se o aumento da visibilidade pública das categorias de homens trans e pessoas identificadas com outras identidades de gênero, até então à margem (Almeida, 2012). A portaria do MS define critérios para viabilização do processo transexualizador, entre os quais: 1) necessidade de habilitação específica do estabelecimento de saúde para oferecer esse atendimento; 2) acompanhamento por equipe multiprofissional, incluindo médicos psiquiatras, endocrinologistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais; 3) diagnóstico conforme a CID-10; 4) idade mínima de 18 anos para acompanhamento clínico ou pré-operatório, a ser

realizado por no mínimo dois anos; 5) 18 anos para terapia hormonal; e 6) 21 anos para cirurgias. Consoantes ao Parecer nº 8/2013 do Conselho Federal de Medicina, alguns centros têm oferecido atendimento às crianças e adolescentes, em caráter de pesquisa.

A criação, em 2008, da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, previu a atenção integral à saúde e propôs ofertar ações transversais para além da atenção especializada, considerando as multiplicidades das necessidades da população LGBT, ao integrar os marcadores sociais de raça, gênero, ciclo de vida e nível socioeconômico ao campo de ação da política, e utilizar referenciais dos direitos humanos para seu desenvolvimento. Além disso, a política nacional forneceu um *framework* para que a atenção primária e secundária acolhesse essa população de forma humanizada (Mello, 2011). Operando na lógica de atenção integral à saúde trans, São Paulo conta, desde 2009, com um ambulatório que atende a essa população.

Os estudos que avaliam o impacto das políticas públicas de saúde voltadas à população trans no Brasil apresentam resultados contraditórios. Um primeiro grupo de estudos afirmou que a ênfase dada aos aspectos ligados ao HIV/AIDS acarretou em uma medicalização e estigmatização das mulheres trans (especialmente das travestis); apontou, ainda, que apesar dessa ênfase, existem limitações no acesso a insumos de prevenção e ao tratamento por parte dessa população (por exemplo: Carvalho, 2011; Ferreira, 2011; Pelúcio, & Miskolci, 2009; Peres, 2008; Silva, & Barboza, 2009). Os estudos de prevalência de HIV entre mulheres trans, de fato, têm colocado esse grupo como um dos mais vulneráveis para essa infecção (Baral et al., 2013), inclusive no Brasil (Costa et al., 2015). Em uma meta-análise recente, Poteat et al. (2015) identificaram uma maior vulnerabilidade entre as mulheres trans com histórico de trabalho sexual. A partir da revisão de literatura, os autores estabeleceram um modelo explicativo da vulnerabilidade à epidemia nesse grupo. O modelo considera variáveis estruturais, interpessoais, individuais e biológicas, interseccionadas nos planos cultural/legal, socioeconômico e dos serviços de saúde. É uma constante no modelo que a dificuldade no acesso a serviços de saúde e as tecnologias de prevenção por parte dessa população consistem em fatores vulnerabilizadores para a infecção.

Um segundo grupo de estudos sobre a saúde trans no Brasil afirmou que os serviços específicos para essa população não operam em uma lógica de atenção integral e com uma visão ampla da diversidade de gênero, o que pode prejudicar o acesso das pessoas trans que não buscam especificamente por cirurgias de redesignação dos genitais (por exemplo: Antunes & Mercadante, 2011; Arán, Murta, & Lionço, 2009; Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Duque, 2012). Ainda, outros estudos assinalam para a discriminação cotidiana enfrentada

pelas pessoas trans no acesso à saúde, apontando para o acesso precário, restrito às margens do sistema, especialmente entre as travestis (por exemplo: Martins et al., 2013; Muller & Knauth, 2008; Sousa et al., 2013; Rocha et al., 2009; Souza, Signorelli, Coviello, & Pereira, 2014). Pessoas trans tendem a protelar a busca por atendimento à saúde, supondo que serão discriminadas, o que é agravado pela dificuldade que encontram em explicitar suas queixas a profissionais de saúde despreparados (Bauer et al., 2009, Guaranha, 2014). Pontos de vista preconceituosos contra a diversidade de gênero ainda são comuns no Brasil (Costa, Peroni, Bandeira, & Nardi, 2013; Costa, Peroni, de Camargo, Pasley, & Nardi, 2015). Soma-se a eles o despreparo de profissionais de saúde para dialogar sobre gênero e sexualidade com seus pacientes, resultando no constante pressuposto de que todos são cissexuais e heterossexuais (Rufino, Madeiro, & Girão, 2013; Medeiros et al., 2014). Não são raras atitudes inadequadas por profissionais de saúde, como o não reconhecimento do nome social de pessoas trans, a suposição de que o nome ou o sexo informado seria um engano e o uso público do nome atribuído ao nascimento e da flexão de gênero correspondente, a despeito da vontade das pessoas (Cerqueira-Santos et al., 2010). Tais atitudes podem ocasionar avaliações clínicas errôneas e potencialmente nocivas, além de desconforto e mal-estar.

Os estudos realizados no Brasil sobre acesso à saúde por parte das mulheres trans citados até aqui são, sobretudo, de caráter etnográfico, com a realização de entrevistas com poucas participantes, concentrados em regiões geográficas específicas e não abrangendo toda diversidade da comunidade trans. Isso quer dizer que são necessários estudos empíricos realizados com amostras mais abrangentes da comunidade trans brasileira (não apenas travestis ou transexuais) sobre o acesso específico e contextualizado aos cuidados relativos ao HIV em relação a pessoas trans. Tal informação é essencial para identificar contextos de vulnerabilidades nessas comunidades e para conhecer outras necessidades de saúde específicas, de forma a melhorar as políticas de saúde para essa população e compreender fatores relacionados à infecção pelo HIV nesse grupo.

O objetivo desse estudo, portanto, foi conhecer as demandas e barreiras no acesso a serviços de saúde relativos ao HIV e específicos para pessoas trans, em dois estados do Brasil que possuem serviços para o atendimento dessa população, Rio Grande do Sul e São Paulo. Foram investigadas, ainda, as experiências de discriminação no contexto de saúde que impactavam o acesso à saúde em geral.

Método

Considerações Éticas

O projeto da “Pesquisa Saúde Trans” foi submetido e aprovado no Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Anexo D), na comissão de pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Anexo E), e do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Anexo F), e na Comissão de Pesquisa e no Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS (Anexo B).

Às/Aos participantes foi informado o funcionamento da pesquisa, e solicitado o consentimento livre e esclarecido (TLCE, Anexo A). Anonimato e sigilo foram assegurados; além disso, foi informado às/aos participantes o caráter voluntário e a possibilidade de desistência a qualquer momento. Foi informada, ainda, a inexistência de benefícios diretos por participar da pesquisa, ficando claro que em nada influenciaria o atendimento junto aos serviços, para o caso das/os participantes entrevistadas/os nos hospitais.

Coleta de Dados

A coleta de dados para o projeto original contou com a colaboração do Programa de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTIG- HCPA) e do Ambulatório de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMTIGOS - HCFMUSP). Às/aos participantes, foi feito um convite de caráter voluntário, informando objetivos e funcionamento da pesquisa. O convite foi feito pelos pesquisadores responsáveis diretamente nos programas. A aplicação do *survey* foi realizada em grupo no espaço cedido pelos serviços. Para facilitar o processo de pesquisa, uma vez que se trata de contexto hospitalar, a aplicação do questionário foi informatizada por meio da utilização de *tablets*. O questionário foi auto-aplicado; no entanto, pesquisadores treinados permaneceram nas salas para dirimir possíveis dúvidas.

O questionário também foi disponibilizado na internet por meio de um anúncio online no Facebook. O anúncio foi exibido para os usuários do Facebook que indicaram as seguintes características em seus perfis: viver nos Estados de São Paulo ou Rio Grande do Sul; ter 18 anos ou mais; e “curtir” páginas no Facebook, participar de grupos ou eventos relacionados com as palavras-chave relacionadas à transexualidade, travestilidade e movimento LGBT. O

anúncio ficou disponível em dois períodos: de julho a outubro de 2014 e de janeiro a março de 2015.

A estatística do Facebook indicou que o anúncio teve 521.601 impressões (número de vezes que o anúncio foi mostrado no site), com 7.226 cliques no anúncio. A taxa de *click* indicou que 0,72% das impressões levaram os indivíduos à página principal do estudo. Esta taxa é maior do que a taxa de cliques média para um anúncio padrão no Brasil, que é de 0,11% (Chapman, 2011). Depois de clicar no anúncio, as/os participantes foram encaminhadas para um site que hospedava o TCLE e a pesquisa em questão.

Materiais

Foram utilizados os dados obtidos através do *survey* da “Pesquisa Saúde Trans”. O *survey* foi baseado no projeto TransPULSE (2012), que foi uma das primeiras pesquisas de larga escala buscando compreender as necessidades, barreiras e vulnerabilidades da saúde da população trans. O projeto surgiu com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida das populações trans no Canadá, por meio da medição dos níveis de exclusão social, a partir do modelo do estresse de minoria e seu impacto na saúde física e mental, especialmente no que diz respeito à infecção por HIV. A pesquisa deu-se em duas fases. Na fase I (Bauer et al., 2009), levantaram-se necessidades específicas em revisões de literatura, entrevistas com prestadores de serviços para populações de trans e grupos focais com a própria comunidade. A fase II (TransPULSE, 2012) tratou da aplicação do *survey* propriamente dito.

O procedimento para adaptação transcultural do instrumento foi baseado em Borsa, Damásio e Bandeira (2012), de acordo com as seguintes etapas: 1) equivalência contextual e revisão por comitê de especialistas; 2) tradução; 3) avaliação pelo público-alvo; e 4) avaliação pelos autores originais do instrumento. A versão original do *survey* foi construída em torno da expressão *transgender* (transgênero). Tendo em vista especificidades culturais de nomenclatura, em um primeiro momento, os itens originais foram avaliados quanto à sua relevância para a população trans no contexto local. Em um segundo momento, produziram-se três versões do questionário a partir dessa avaliação. Se a/o participante se identificasse como mulher transexual ou homem transexual, o questionário utilizaria a expressão “transexual”. Se os participantes se identificassem como travesti, o questionário se referiria a eles dessa forma. Por fim, se a/o participante se identificasse como homem, mulher ou outra identidade de gênero, o questionário utilizaria a expressão “pessoa trans”. Ajustes e supressões dos itens que compuseram o instrumento original foram avaliadas por um comitê de três juízes treinados na temática.

Na segunda etapa, o *survey* foi traduzido do inglês para o português, de maneira independente, por dois tradutores. As traduções foram comparadas e sintetizadas por um terceiro tradutor independente. Dúvidas e desacordos foram discutidos até chegar a um consenso.

Na terceira etapa, o *survey* foi avaliado pelo público alvo. Duas mulheres trans e dois homens trans foram recrutadas/os por conveniência no Programa de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTIG- HCPA). Ela/es avaliaram o questionário quanto à pertinência e à adequação linguística. Os itens para os quais foram sugeridos ajustes sofreram reformulações de acordo com as palavras das/os participantes.

Por fim, a proposta de revisão do instrumento, ajustes, supressões e equivalência contextual foram apresentadas e aprovadas pelos autores da sua versão original. A versão adaptada do *survey* (Anexo I) constitui-se em 122 itens agrupados em 11 categorias listadas na Tabela 3. Para a presente pesquisa, foram utilizados os itens que constam na categoria A, C, D e E.

Tabela 3

Estrutura do Survey da Pesquisa Saúde Trans

Sessão	Descrição
A – Sobre você	Idade, escolaridade, raça/cor/etnia, identidade de gênero, religiosidade, estado civil, histórico de mudanças corporais e nos registros civis.
B – Maternidade/paternidade	Histórico em relação à parentalidade.
C – Saúde	Necessidade, satisfação e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e sua relação com aspectos específicos da saúde trans.
D – Hormônios sexuais	História médica, necessidade, acesso e comportamentos de risco relacionado ao uso de hormônios.
E - Cirurgia e modificações do corpo	História médica, satisfação e comportamentos de risco relacionados a modificações corporais.
F – Infecções sexualmente transmissíveis e HIV	História médica (auto relatada), realização e dificuldades de acesso a testes diagnósticos para HIV e outras ISTs.
G – Saúde sexual	Comportamento sexual e comportamento sexual de risco.
H – Suas experiências de vida	Histórico de violência sofrida, tentativa e ideação suicida, relação com a comunidade LGBT.
I – Moradia	Histórico habitacional, prisional e dificuldades de moradia
J – Renda	Atividades exercidas, preconceito e discriminação relacionados

	ao ambiente de trabalho.
K – Álcool e outras drogas	Abuso de álcool, e outras drogas.
L - Bem-estar emocional	Estado geral da saúde mental, avaliação do processo de mudança corporal.

Participantes

A amostra total foi constituída por 439 pessoas designadas homens ao nascer, mas que se identificam como mulheres, mulheres transexuais ou travestis. A idade média das participantes foi 27,53 anos (IC 95% [26,71, 28.36]; DP 8.66; Mdn 25), com idades variando de 18 até 61 anos. A maioria da amostra (51.5%) foi constituída de adultos emergentes (idades entre 18 e 25 anos). Mais dados sociodemográficos podem ser encontrados na Tabela 4.

A distribuição das participantes por região não foi proporcional; 31,12% no Rio Grande do Sul e 67,88% em São Paulo (uma proporção de 2:1, quando 4:1 representaria a distribuição correta por estado). No entanto, comparando os dados sociodemográficos por estado, não foram encontradas diferença em relação à idade ($\chi^2 [4, N = 429] = 2,64, p = 0,61, \varphi = 0,07$), raça/cor/etnia ($\chi^2 [4, N=439] = 6,67, p = 0,15, \varphi = 0,12$), escolaridade ($\chi^2 [4, N = 439] = 4,15, p = ,38, \varphi = ,09$), população da cidade de moradia ($\chi^2 [6, N = 439] = 6,31, p = 0,38, \varphi = 0,12$) e identidade de gênero ($\chi^2 [2, N=439] = 0,67, p = 0,97, \varphi = 0,01$). As características étnico/raciais da amostra se equipararam às proporções dos estados participantes, de acordo com o censo populacional (IBGE, 2012).

Em relação ao contexto, 16,62% responderam à pesquisa em hospitais e 83,37%, em qualquer outro lugar. Comparando as participantes por local de coleta, encontrou-se diferença entre os grupos em relação à idade ($\chi^2 [4, N=429] = 12,94, p = 0,01, \varphi = 0,17$); a média de idade do grupo hospitalar é ligeiramente maior (29,10 versus 27,24). Essa diferença reflete, provavelmente, a idade mínima de 21 anos estabelecida pela portaria do Ministério da Saúde para ingresso nos programas que realizam os procedimentos de mudança corporal em pessoas trans no Brasil. Atualmente, com a nova portaria, do final de 2013, a idade mínima passou para 18 anos. Ainda nesses grupos, não se encontrou diferença em relação à raça/cor/etnia ($\chi^2 [4, N = 439] = 7,86, p = 0,09, \varphi = 0,13$), escolaridade ($\chi^2 ([4, N=439] = ,76, p = 0,94, \varphi = 0,04$) e população da cidade de moradia ($\chi^2 [6, N=439] = 9,72, p = 0,13, \varphi = 0,14$). Houve diferença significativa em relação à identidade de gênero ($\chi^2 [2, N=439] = 27,18, p < 0,001, \varphi = 0,25$). Nenhuma participante entrevistada nos hospitais se declarou travesti. Novamente, esse fato se deve à antiga política que regia nos programas que realizam os procedimentos de mudança corporal em pessoas trans no Brasil, que autorizava a realização de procedimentos

cirúrgicos de mudança corporal apenas em pessoas trans diagnosticadas a partir do critério F 64.0 da CID-10.

Tabela 4

Características sociodemográficas

	<i>n</i>	<i>%</i>
Identidade de Gênero (<i>n</i> =439)		
Mulher	165	37,58
Mulher transexual	180	41,00
Travesti	94	21,41
Idade (<i>n</i> =429)		
18-24	199	46,39
25-34	144	33,57
35-44	62	14,45
45-54	19	4,43
55-64	5	1,17
Raça/cor/etnia (<i>n</i> =439)		
Branca	306	69,70
Não-branca	133	30,30
Preta	25	5,69
Parda	98	22,32
Indígena	2	0,46
Amarela	8	1,82
Escolaridade (<i>n</i> =439)		
Nenhuma	10	2,28
Ensino Fundamental	47	10,71
Ensino Médio	273	62,19
Ensino Superior	87	19,82
Pós-graduação	22	5,01
População da cidade atual (<i>n</i> =439)		
Até 5 mil habitantes	12	2,73
De 5 mil a 10 mil habitantes	19	4,33
De 10 mil a 20 mil habitantes	18	4,10

De 20 mil a 50 mil habitantes	40	9,11
De 50 mil a 100 mil habitantes	62	14,12
De 100 mil a 500 mil habitantes	113	25,74
Mais de 500 mil habitantes	175	39,86

Análise de dados

Foram calculadas frequências e estatísticas de tendência central para as variáveis do *survey* analisadas nesse artigo. A relação entre os desfechos e as variáveis contextuais foram calculadas utilizando testes χ^2 com coeficiente phi (ϕ), para tamanho do efeito nas variáveis dicotômicas, e testes *t* para grupos independentes com *d* de Cohen, para tamanho de efeito no caso das variáveis contínuas. Foram consideradas significativas as diferenças que apresentaram valor-*p* menor que 0,05, intervalos de confiança de 95%, que não incluíram 0 e tamanhos de efeito maiores que 0,15.

Os dados serão apresentados da seguinte forma. Em primeiro lugar, aqueles relativos ao acesso à saúde mental, pois essa é a porta de entrada para os procedimentos de saúde trans (hospitalares e ambulatoriais) no Brasil. Em seguida, os dados sobre acesso à saúde trans propriamente dita (hormonioterapia e demais procedimentos de mudança corporal). E, por fim, serão apresentados os dados sobre discriminação no acesso à saúde e cuidados relativos ao HIV.

Resultados

Cuidado em saúde mental

Em relação ao acesso à saúde mental, quando perguntadas se já consultaram algum serviço de saúde mental (psicólogo, psiquiatra) por ser uma pessoa trans ($n=359$), 54,87% ($n=197$) responderam que sim e 45,12% ($n=162$) responderam que não. Excluindo aquelas que foram entrevistadas no contexto hospitalar e que, portanto, já iniciaram o atendimento formal, esse percentual cai para 50,85% ($n=149$). Aquelas que já haviam consultado foram perguntadas sobre como se sentiam com os atendimentos psicológicos e psiquiátricos relacionados a assuntos trans ($n=195$). Destas, 15,38% ($n=30$) disseram que estavam muito insatisfeitas, 16,92% ($n=33$) insatisfeitas, 23,59% ($n=46$) nem satisfeitas, nem insatisfeitas, 28,72% ($n=56$) satisfeitas e 15,38% ($n=30$) muito satisfeitas. Mais da metade (55,90%) das participantes demonstrou algum grau de insatisfação ou neutralidade em relação aos atendimentos.

As participantes também responderam a uma pergunta a respeito do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero, disforia de gênero, ou transexualismo ($n=353$). Transtorno de identidade de gênero refere-se ao critério diagnóstico do DSM-IV, substituído recentemente pelo critério de disforia de gênero no DSM-5; por fim, transexualismo, refere-se ao critério diagnóstico da CID-10. A maioria das participantes, 55,52% ($n=196$), respondeu que nunca havia recebido um desses diagnósticos; 44,48% ($n=157$) responderam que haviam recebido. As que informaram terem recebido algum diagnóstico foram perguntadas sobre como se sentiam em relação a ele ($n=156$). 17,95% ($n=28$) se disseram nada confortáveis, 17,31% ($n=27$) pouco confortáveis, 35,54% ($n=57$) confortáveis, 18,59% ($n=29$) muito confortáveis e 9,62% ($n=15$) disseram não ter certeza. Considerando as que tinham alguma opinião sobre o diagnóstico, a maioria, 60,99% ($n=86$), relatou estar, em algum grau, confortável.

Cuidados relativos à saúde trans

Em relação à situação atual referente aos procedimentos de mudança corporal (cirurgias, hormônios, silicone, etc.) ($n=416$), 29,91% ($n=87$) afirmaram que já fizeram, 72,55% ($n=177$) que estão fazendo, 23,32 ($n=97$), planejam fazer, 7,69 ($n=32$) não têm certeza se vão fazer e 5,53% ($n=23$) não farão.

O bloco seguinte de resultados diz respeito ao acesso à informação e o uso de hormônios propriamente ditos (Tabela 5). Das participantes que declararam “outro” como principal fonte de informação sobre hormônios, destaca-se: “*não sei quem procurar para falar desses assuntos*”, “*ainda não tenho dinheiro para comprar*”, “*só usaria com garantia de acompanhamento de profissional específico da área*”. A Tabela 6 reúne os dados sobre o uso e contextos de uso de hormônios. Por fim, a Tabela 7 reúne as questões acerca de acesso e contexto de realização dos procedimentos médicos de mudança corporal. Das participantes que marcaram “outro” como motivo pelo qual não realizaram procedimentos médicos de mudança corporal, destacam-se seis respostas relativas a não cobertura do procedimento orquiectomia (remoção dos testículos) no SUS, e “*não sei por onde começar*”, “*não tenho dinheiro e acho uma burocracia o processo*”, “*por falta de ajuda do SUS que não pensa nas trans*”, e “*preciso me abrir para pessoas que não acreditariam em mim*”.

Destacam-se as diferenças de conhecimento, acesso e uso de hormônios das travestis em relação às mulheres e mulheres trans. Em relação a ter informações o suficiente sobre hormônios, 64,28% das travestis declararam não terem *versus* 46,87% e 44,64% das mulheres trans e mulheres, respectivamente ($\chi^2 [2, N = 264] = 6,22, p 0,04, \phi = 0,15$). As travestis

também declararam menos acesso gratuito a hormônios do que os outros grupos, 4,05% *versus* 25,35% (mulheres trans) e 31,45% (mulheres) ($\chi^2 [4, N = 340] = 21,43, p < 0,001, \varphi = 0,25$) e maior uso sem supervisão médica ($\chi^2 [2, N = 241] = 28,49, p < 0,001, \varphi = 0,34$); 92,50% das travestis que usam hormônios não o faz com supervisão médica, contra 44,56% das mulheres e 66,05% das mulheres trans. Além disso, as travestis monitoram menos o efeito da hormonoterapia ($\chi^2 [6, N = 240] = 27,49, p < 0,001, \varphi = 0,34$); 67,50% (27) não monitora os efeitos *versus* 49,54% das mulheres trans e 26,37% das mulheres.

Tabela 5

Hormônios, informações e acesso

	<i>N</i>	<i>%</i>
Tem conhecimento suficiente (<i>N</i> =351)		
Sim	133	37,89
Não	131	37,32
Não tenho certeza	78	22,22
Não preciso de informação sobre hormônios	9	2,56
Fontes de informação		
Internet	134	39,41
Médica/o	72	21,18
Outras pessoas trans	62	18,24
Amigas/os	31	9,12
Livros ou artigos médicos	27	7,94
Outras	8	2,35
Familiares	6	1,76
Acesso gratuito (<i>n</i> =340)		
Não	234	68,82
Sim	78	22,94
Não tenho certeza	28	8,24
Tentou uma prescrição e não conseguiu? (<i>n</i> =340)		
Nunca tentei conseguir uma prescrição de hormônios	142	41,76
Já tentei e não consegui	114	33,53
Sempre consegui	18	5,29

Tabela 6

Hormônios, uso e contexto de uso

	<i>n</i>	<i>%</i>
Já usou (<i>N</i> =348)	291	83,62
Se você NUNCA usou hormônios, por que (<i>n</i> =57)		
Ainda estou decidindo se usar hormônios é o certo para mim	23	40,35
Não consigo achar um médico para me prescrever hormônios	20	35,09
Não planejo usar hormônios	9	15,79
Outros	5	8,77
Fontes que já recebeu hormônios (<i>n</i> = 291)		
Farmácia da internet (sem receita)	113	38,83
Especialista (p ex: endocrinologista)	74	25,43
Médica/o de família ou clínica/o geral	53	18,21
Farmácia (sem receita)	50	17,18
Na rua ou com estranhas/os	23	7,9
Fitoterápicos ou suplementos	8	2,75
Fontes veterinárias	4	1,37
Outros	1	0,23
Usando agora (<i>n</i> =290)		
Sim, sem supervisão médica	150	51,72
Sim, com supervisão médica	91	31,38
Não	49	16,9
Monitora os efeitos (<i>n</i> =240)		
Não	105	43,75
Sim, faço exames regularmente	81	33,75
Sim, mas não regularmente	51	21,25
Não tenho certeza	3	1,25
Compartilhou seringas ao usar (<i>n</i> =345)		
Não	275	79,71
Nunca utilizei hormônios injetáveis	59	17,10
Sim	10	2,90

Não tenho certeza

1 0,29

Tabela 7

Procedimentos médicos de modificação corporal

	n	%
Já fez cirurgias de modificação corporal? (n=344)	102	29,65
Se não fez, por quê? (n= 242)		
Não tenho dinheiro para pagar	166	68,60
Tenho medo	33	13,64
Não quero ser atendida/o no hospital público	32	13,22
Já tentei e não consegui	30	12,40
Não quero / não se aplica a mim	33	12,40
Outra	26	10,74
Aguardando a lista de espera	13	5,37
Onde (n=102)		
Em um hospital ou clínica particular	78	76,47
Em um hospital ou clínica clandestina	19	18,63
Em um hospital ou clínica pública	13	12,75
Em outro país	9	8,82
Eu fiz em mim mesma/o	3	2,94
Silicone industrial? (n=343)	33	9,62
Compartilhou seringas para injetar? (n=32)	1	3,13

Acesso à saúde geral e discriminação

Em relação ao acesso à saúde, as participantes foram perguntadas sobre quão confortáveis se sentiam ao discutir suas necessidades de saúde enquanto pessoas trans com as/os profissionais de saúde a qual tiveram acesso (N=356): 21,34% (n=76) se disseram nada confortáveis, 35,11% (n=125) se disseram pouco confortáveis, 29,49% (n=105) se disseram confortáveis e 14,04% (n=50) se disseram muito confortáveis. Quando perguntadas a respeito de já terem precisado ensinar algum/a profissional de saúde a respeito de suas necessidades enquanto pessoa trans (n=359), 29,25% (n=105) responderam que sim, muito; 35,54% (n=124) responderam que sim, um pouco; e 36,21% (n=130) responderam que não.

Respondendo à hipótese sobre o efeito do preconceito no acesso à saúde, na Tabela 8, encontram-se as respostas para os cenários de discriminação no contexto da saúde

apresentados às participantes. Destaca-se que apenas 39,01% ($n=149$, $N=355$) reportaram nunca terem sofrido qualquer tipo de discriminação em contextos de saúde.

Tabela 8

Pelo fato de você ser uma pessoa trans, algum/a profissional de saúde já tomou alguma dessas atitudes ... (n=382)

	<i>n</i>	<i>%</i>
Nenhum desses	149	39,01
Não utilizou seu nome social	145	37,96
Disse que não sabia o suficiente sobre saúde de pessoas trans	85	22,25
Pensou que o gênero apresentado no documento de identidade fosse um erro	82	21,47
Utilizou linguagem ofensiva	76	19,90
Desencorajou você a explorar o seu gênero	69	18,06
Diminuiu ou ridicularizou você	52	13,61
Recusou discutir questões de saúde específicas de pessoas trans	44	11,52
Recusou atendimento	36	9,42
Disse que você não é realmente uma pessoa trans	28	7,33
Recusou examinar partes do seu corpo	27	7,07

Perguntadas se, quando precisaram, já evitaram ir a um serviço de saúde por ser uma pessoa trans 40,84% ($n=145$, $N=355$) das participantes responderam que sim. A maioria (55,55%, $n = 120$, $N=355$) das participantes que relataram que foram discriminadas no contexto de cuidados de saúde evitou procurar atendimento quando precisava, por ser trans, em comparação com 17,98% ($n=25$) das participantes que não relataram discriminação. A experiência de discriminação afetou significativamente a frequência de $\chi^2 (1, N=355) = 49,01$, $p < 0,001$, $\phi = 0,37$. O histórico de discriminação aumentou em 5,76 vezes (odds ratio IC 95% [3,46, 9,59]) a frequência de evitação de serviços de saúde.

Cuidados relativos ao HIV/AIDS

Independentemente de já se terem se testado para HIV, foi perguntado às participantes se já haviam evitado a testagem por algum dos motivos relatados na Tabela 9. Das pessoas que evitaram a testagem, a maioria reportou sexo seguro. Das que apontaram outras razões, 4,14% ($n=14$) disseram que nunca tiveram relações sexuais ou se disseram assexuais.

Tabela 9

Alguma vez você DEIXOU DE FAZER o teste de HIV por algum destes motivos? (N=338)

	<i>n</i>	<i>%</i>
Sempre fiz sexo com camisinha, então pensei que não precisava fazer o teste	84	24,85
Eu tinha medo de ser HIV positivo	59	17,46
Acho que não corro risco de ter HIV	59	17,46
Não era importante para mim fazer o teste	48	14,20
Nunca compartilhei seringas, então pensei que não precisava fazer o teste	43	12,72
Eu me sentia saudável, então pensei que não precisava fazer o teste	42	12,43
Não tinha feito sexo recentemente, então pensei que não precisava fazer o teste	37	10,95
Eu não sabia onde fazer o teste sem me identificar	23	6,80
Achei que as/os funcionárias/os que realizariam o teste me tratariam mal	22	6,51
Não me testei por outros motivos	22	6,51
Eu não queria que outras pessoas soubessem que eu fiz o teste	20	5,92
Eu não queria que meu/minha parceiro/a soubesse que eu fiz o teste	8	2,37

Em relação à testagem de HIV propriamente dita, 72,70% ($n=245$, $N=337$) responderam já ter realizado. Dados sobre a frequência de testagem foram heterogêneos. A maioria das participantes (47,28%, $n=113$, $N=239$) informou testagem há pelo menos 6 meses. Especificamente, 23,01% ($n=55$) se testaram pela última vez há menos de 3 meses, 24,27% ($n=58$) de 3 a 6 meses, 17,57% ($n=42$) de 6 meses a 1 ano, 17,15% ($n=41$) de 1 a 2 anos e, 17,99% ($n=43$) há mais de 2 anos.

A Tabela 10 resume os motivos pelos quais as participantes procuraram testagem. A maioria das participantes se testou como parte de uma consulta médica rotineira ou para um procedimento de saúde diretamente relacionado com a testagem.

Tabela 10

Por que você fez o teste do HIV? (n=242)

	<i>n</i>	<i>%</i>
Era parte de rotina de check-up médico, ou para internação hospitalar ou cirurgia	84	34,71
Queria saber se estava infectada/o ou não	79	32,64
Fiz sexo sem camisinha	65	26,86
Nenhuma razão em especial	50	20,66

Alguém sugeriu que eu deveria ser testada/o	38	15,70
Estava preocupada/o de poder passar HIV para alguém	21	8,68
Fiz sexo com alguém que eu sabia ser HIV positivo	16	6,61
Estava me sentindo doente	14	5,79
Achei que tivesse me exposto no trabalho (acidente de trabalho)	9	3,72
Eu sofri violência sexual	9	3,72
Fiz sexo com alguém que eu suspeitava ser HIV positivo	7	2,89
Compartilhei seringas ou agulhas	2	0,83
Não sei	1	0,41

Considerando-se a amostra total, a prevalência de HIV auto relatada foi a seguinte: 16,53% ($n=40$, $N=242$) das participantes informaram ser HIV-positiva, 74,38% ($n=180$) HIV-negativa, 6,20% ($n=15$) não sabiam e 2,89% ($n=7$) preferiam não dizer. Comparando por estado, 25,92% ($n=21$, $N=81$) das mulheres trans do Rio Grande do Sul e 11,80% ($n=19$, $N=161$) das de São Paulo se declaram HIV-positivas. Não há diferença na prevalência de HIV por identidade de gênero (travesti, mulher trans ou mulher) $\chi^2(2, N = 242) = 2,70, p = 0,25, \phi = 0,10$, raça/cor/etnia $\chi^2(4, N = 202) = 1,11, p = 0,89, \phi = 0,06$, população do local atual $\chi^2(6, N = 242) = 4,34, p = 0,63, \phi = 0,13$ e escolaridade $\chi^2(4, N = 242) = 5,75, p = 0,21, \phi = 0,15$.

Das pessoas HIV-positivas, 7,69% ($n=3$, $N=39$) reportaram não terem um médico com quem consultam regularmente a respeito do HIV. Dessas, 17,95% ($n=7$, $N=39$), disseram não estar utilizando medicação para tratar o HIV. A tabela 11 apresenta uma lista de cenários de discriminação no contexto do tratamento para HIV. Quase metade das participantes HIV-positivas (48,72%, $n=19$) reportou algum tipo de discriminação nesse contexto.

Tabela 11

Alguma vez a/o(s) médica/o(s) que lhe atende(m) a respeito do HIV já...? (N=39)

	<i>n</i>	<i>%</i>
Nenhum desses	20	51,28
Não utilizou seu nome social	9	23,08
Disse que você não é realmente uma pessoa trans	4	10,26
Recusou atendimento	3	7,69
Utilizou linguagem ofensiva	3	7,69

Disse que não sabia o suficiente sobre saúde de pessoas trans	3	7,69
Diminuiu ou ridicularizou você	3	7,69
Recusou examinar partes do seu corpo	3	7,69
Pensou que o gênero apresentado no documento de identidade fosse um erro	2	5,13
Recusou discutir questões de saúde específicas de pessoas trans	1	2,56
Desencorajou você a explorar o seu gênero	1	2,56

Por fim, uma última pergunta investigou acesso à informação e o uso de uma nova modalidade de prevenção disponível no Brasil, a profilaxia pós-exposição ($N=328$): 68,60% ($n=225$) não sabiam o que era (desconheciam), 28,35% ($n=93$) sabiam o que era (conheciam), mas nunca usaram e 3,05% ($n=10$) usaram.

Discussão

A atenção à saúde trans existe nos estados do Rio Grande do Sul e de São Paulo desde o final dos anos 1990. De lá para cá, os serviços que foram criados em caráter de pesquisa nos hospitais universitários se institucionalizaram na forma de uma política de saúde específica para o processo transexualizador e, recentemente, na atenção integral à saúde; no caso de São Paulo, inclusive com a existência de um ambulatório dedicado à atenção secundária. Mesmo assim, percebe-se, pelos resultados desse artigo, que, de maneira geral, as mulheres trans encontram diversas barreiras institucionais em relação ao acesso à saúde.

O início do atendimento formal para as pessoas trans que buscam as cirurgias de modificação corporal e o uso de hormônios no Brasil começa com a saúde mental. Quase metade das pessoas trans que respondeu a essa pesquisa nunca consultou um profissional de saúde mental pelo fato de ser trans e a maioria das que consultou relatou algum grau de insatisfação com esses atendimentos. O Conselho Federal de Psicologia publicou em 1999 uma Resolução (001) que vedou práticas conversivas em pacientes não heterossexuais. Não há resolução específica para o caso das pessoas trans, apenas uma nota técnica publicada em 2013 informando a necessidade de atenção em saúde mental humanizada para essa população. No entanto, apesar da Resolução de 1999, são comuns, entre profissionais de psicologia no Brasil, posições discriminatórias em relação à orientação sexual (Marques & Nardi, 2011); portanto, não é estranho supor que o mesmo possa ocorrer em relação às pessoas trans, e que essa discriminação esteja na raiz da insatisfação das participantes.

O acesso aos procedimentos de modificação corporal está condicionado no Brasil ao diagnóstico de doença mental. Diversos autores têm observado que o diagnóstico pode ter

efeito estigmatizante sobre as pessoas *trans* (por exemplo: Aran, 2009; Amaral, 2007, 2011). De fato, estudos recentes revelaram que muitas pessoas trans não experimentam seu gênero de maneira angustiante ou incapacitante, afirmando que seu sofrimento vem do não reconhecimento de sua identidade (Drescher, 2014). Na tentativa de equacionar a redução do estigma com a necessidade de acesso à saúde por essa população, emergiu a noção de disforia de gênero como uma condição transitória que nasce do mal-estar causado pela falta de acordo entre a identidade de gênero e as características sexuais primárias e secundárias. O DSM-5 inclusive incorpora tal nomenclatura. O termo disforia de gênero tem a vantagem de se referir a uma forma de sofrimento que pode ser remediada. Contrariamente ao “transtorno da identidade de gênero”, pode oferecer um mecanismo para atuação dos serviços de saúde sem impor um estigma permanente às pessoas. No entanto, são mudanças recentes, possivelmente não completamente incorporadas ao jargão e práticas clínicas em saúde mental. Além disso, é notória a ênfase em cursos da área da saúde no Brasil no ensino de sexualidade e gênero com um viés estritamente reprodutivo, deixando à margem questões de diversidade sexual e de gênero (Rufino, Madeiro & Girão, 2014; Medeiros et al., 2014), o que pode ser matriz de atitudes preconceituosas (Costa et al., 2015).

Apesar dos esforços de uma parte da comunidade internacional em eliminar os diagnósticos de identidade de gênero, especialmente nos manuais de classificação de doenças mentais, percebe-se, pelo resultado dessa pesquisa, que uma parte significativa das participantes se sente confortável com ele. Não negando o mérito do esforço em reforma dos critérios diagnósticos, que de fato tem logrado resultados (com a proposta da CID-11), os resultados deste estudo apontam que aspectos subjetivos como a atribuição de sentido por meio do diagnóstico devem ser melhor estudados, levando em conta o ponto de vista das pacientes. No entanto, deve-se levar em conta a necessidade do reconhecimento da identidade de gênero nos âmbitos jurídico e político, de modo a fornecer modelos de identificação positiva para essa população para além do diagnóstico médico psiquiátrico, dado seu potencial efeito estigmatizante.

Em relação aos procedimentos de modificação corporal, destacam-se as diferentes trajetórias que contradizem uma visão homogênea da população trans. Há um contingente, embora pequeno, de pessoa trans que relatam não planejar usar hormônios e não querer modificações corporais (Tabelas 6 e 7). Tal questão tem sido discutida também em outros países (Coleman et al., 2012). A existência desse grupo requer sensibilidade de toda rede de serviços de saúde, mas especialmente dos profissionais de saúde mental, que devem levar em conta a afirmação do gênero mesmo que não inclua tecnologias duras de modificação

corporal, discussão já levantada anteriormente em análise das políticas de saúde voltadas a essa população (Guaranha, 2014).

É alarmante que, apesar da existência de uma rede de serviços gratuitos para as pessoas trans, haja uma alta porcentagem de participantes que relatam não terem informações, ou se informarem com pares, não acharem médicas/os para prescreverem hormônios, fazerem uso sem supervisão e não monitorarem seus efeitos (Tabelas 5 e 7). Mais alarmante é o cenário das travestis que relataram maior vulnerabilidade do que as outras mulheres trans em relação à informação, acesso, uso e monitoramento dos hormônios. Terapia hormonal faz parte do tratamento estabelecido para disforia de gênero, por induzir o desenvolvimento de características sexuais secundárias desejadas (Wierckx et al., 2012). Mulheres trans recebem estrogênio por via oral ou transdérmica para induzir feminilização. Em um estudo comparando pessoas trans em uso de terapia hormonal há em média 7,4 anos, verificou-se que 5% das mulheres transexuais sofreram trombose venosa profunda ou embolia pulmonar durante o primeiro ano de uso hormonal ou no decorrer da cirurgia de modificação genital. Além disso, a prevalência de acidente vascular cerebral foi maior entre mulheres transexuais do que em controles homens cis e a prevalência de diabetes do tipo 2 foi maior tanto entre mulheres transexuais quanto entre homens transexuais (Wierckx et al., 2013). Esses dados reforçam a urgência na implantação de uma rede básica que acolha as pessoas trans no que diz respeito à hormonoterapia desde o acesso à informação até à administração, mesmo depois das cirurgias de modificação corporal. Embora a política que rege a saúde das pessoas trans no Brasil tenha sido alterada em 2013 para incluir acompanhamento hormonal em serviços de atenção secundária, inclusive para travestis, o resultado dessa pesquisa reflete que tal diretriz ainda não foi completamente levada a cabo. De fato, em São Paulo o serviço de atenção secundária existe desde 2009; no Rio Grande do Sul este tipo de serviço ainda não foi criado. Além disso, a existência da Política Integral de Saúde da População LGBT reforça a importância de algum tipo de acolhimento na atenção básica, uma vez que o uso de hormônios por parte das pessoas trans que desejam realizar esse tipo de intervenção é contínuo, e o monitoramento de seus efeitos, também.

Em relação aos demais procedimentos de modificação corporal, chama a atenção a alta prevalência de uso de silicone industrial. Em estudo recente, verificou-se que 29% das participantes havia autoadministrado silicone líquido em algum momento da vida (de March et al., 2007). A administração frequentemente se dava por pessoal não qualificado, ocasionando contaminação química e biológica do local, na forma de úlceras e abscessos. Além disso, a injeção de dimetilpolisiloxano ou de óleos de parafina pode trazer graves

consequências, como embolia pulmonar, hepatite granulomatosa e insuficiência renal aguda. O uso de silicone industrial é indicador importante das falhas nas políticas de saúde. Outro indicador, considerando os procedimentos como neovaginoplastia, que são cobertos pelo SUS nos estados investigados, são os relatos de dificuldade de acesso aos procedimentos de modificação corporal por falta de dinheiro e desconhecimento. Também reflexo da dificuldade do acesso são os dados que revelam que a maioria das participantes que relatou ter feito procedimentos de modificação corporal, o fez em clínicas clandestinas ou privadas, embora, novamente, tais procedimentos sejam cobertos pelo SUS. Dessa forma, pagar pelo serviço se apresenta como alternativa às falhas no acesso, seja pelas barreiras programáticas como o não acolhimento das travestis, não realização da orquiectomia, ou pela discriminação dos profissionais de saúde. Isso leva ao nosso próximo ponto.

A maioria das pessoas trans relata que não se sentiu confortável discutindo suas necessidades enquanto pessoas trans com os profissionais de saúde que já tiveram acesso. Esse resultado deve ser interpretado levando em consideração que a maioria das entrevistadas teve que ensinar algum profissional de saúde a respeito de suas necessidades, além de terem sido vítimas de discriminação nesses serviços (Tabela 6). Chama atenção que a maior parte das queixas se deu em relação ao não uso do nome social quando há regulamentação para seu uso no SUS desde 2009, no Estado do Rio Grande do Sul desde 2011 e de São Paulo desde 2010. Mais grave ainda são as queixas em relação a não aceitação da identidade de gênero e negativa de atendimento. Da mesma forma, como discutido em relação à saúde mental, a formação na área da saúde ainda fomenta crenças preconceituosas, o que pode impactar no atendimento como fica aqui evidenciado. Embora haja em alguns estados e cidades legislação que puna administrativamente a discriminação por identidade de gênero e orientação sexual, não há lei federal que a puna criminalmente.

O resultado desses cenários de discriminação nos mostra, consonante com a literatura do impacto do preconceito antecipado na evitação ao acesso à saúde (Socías et al., 2014), que a discriminação passada aumenta em mais de cinco vezes a chance de as participantes evitarem um serviço de saúde quando precisam por serem trans. O reflexo da discriminação e evitação de serviços de saúde por parte da população trans no Brasil foi também documentado em pesquisas recentes. Em uma pesquisa com travestis do sul do Brasil, as interlocutoras informaram que evitavam os serviços institucionalizados de saúde, optando por outras formas de cuidado (Souza, Signorelli, Coviello, & Pereira, 2014). Destacou-se em relação a esse aspecto que, das 49 travestis que fizeram parte da pesquisa, 48 frequentavam o que denominavam de “casas de religião afro” ou “batuque”. As interlocutoras indicaram sua

opção em frequentar as “casas de religião afro” por identificá-las como espaços que, sem questionar as modificações corporais e sua orientação sexual, ofereciam formas de cuidado e proteção. Benedetti, já em 2005, enfatizou que é na rua e nos espaços extra institucionais que as travestis aprendem as modalidades e processos de se construir, corporal e subjetivamente, no gênero feminino; é onde podem “verificar” se as estratégias de transformação de apresentação de si no feminino. Além disso, Sousa et al. (2013), investigando travestis na região metropolitana do Recife, em Pernambuco, estado que atualmente não possui serviços específicos para pessoas trans, constataram, além de um trágico cenário de discriminação em relação ao trabalho e à escola, que 24,5% das travestis relataram que não haviam frequentado um serviço público de saúde nos últimos 12 meses.

O acesso aos cuidados relativos ao HIV, assim como nas questões de saúde em geral, a discriminação também é um fato relatado no que diz respeito ao HIV. Em relação à evitação da testagem para o HIV, a Tabela 9 destaca a evitação por questões relativas ao anonimato e ao preconceito antecipado: 6,80% e 5,92% das participantes, não sabiam onde se testar anonimamente e não gostariam que outras pessoas ficassem sabendo da testagem, respectivamente. Ainda, 6,51% acreditavam que seriam hostilizadas pelas/os profissionais de saúde. A Tabela 11 também revela cenários de discriminação oriunda dos profissionais de saúde que trabalham nos cuidados relativos ao HIV. Mais de 70% já se testaram para o HIV pelo menos uma vez na vida. Essa porcentagem é quase duas vezes maior do que a média nacional considerando a pesquisa de comportamentos e práticas de 2008 - 36,5% dos participantes dessa pesquisa responderam que se testaram pelo menos vez na vida (Pascom, Arruda, & Simão, 2011). A pesquisa de comportamentos e práticas de 2008 também mostrou que 38,4% dos participantes se testaram últimos 12 meses. Em nossa amostra, 68,86% das participantes se testaram nos últimos 12 meses. A frequência de testagem, portanto, é quase o dobro da média nacional. Esse achado concorda com a literatura empírica disponível que aponta a ênfase em aspectos relativos ao cuidado relativo ao HIV nesse grupo. Sousa et al. (2013) reportaram que 84,40% das travestis do Recife já haviam feito o teste para HIV alguma vez na vida, e 47,30% o tinham realizado nos últimos 12 meses. Da mesma forma, Martins et al. (2013) observaram que 69% da sua amostra de travestis de Fortaleza já havia se testado. Esses dados contrastam, por exemplo, com um estudo recente realizado no Canadá, com a mesma metodologia empregada aqui, onde 46% das/os participantes (que incluía homens trans) nunca haviam sido testados/as para o HIV (Bauer, Travers, Scanlon, & Coleman, 2012). Ao analisar os motivos para testagem (Tabela 10), percebe-se que a maioria das respostas é relacionada a consultadas de rotina ou relativas a cuidados não diretamente

relacionados ao HIV. Apesar da alta frequência de testagem na população estudada, a dificuldade no acesso e a evitação relacionada ao preconceito, conforme relatado, pode implicar menor engajamento e precisa ser endereçada.

Considerando a prevalência de HIV em gestantes brasileiras, a chance de infecção de uma mulher trans é 79,20 (95% CI 21,87, 286,79) vezes maior. Levando em conta os estados, ela é 37,63 (95% CI 16,62, 85) vezes maior que a prevalência das gestantes do Rio Grande do Sul e 63,71 (95% CI 15,15, 267,88) vezes maior que a das gestantes de São Paulo (Brasil, 2015). Novamente, essa prevalência é consonante com estudos nacionais que apontam esse grupo como o mais vulnerável para essa epidemia (Costa et al, 2015).

Em relação à cascata de cuidado, a maioria diz estar vinculada a tratamento e à medicação, novamente em patamar acima da população nacional. Segundo o boletim epidemiológico de 2014, 73% dos diagnosticados estão vinculados, 48% em TARV. Na nossa amostra, as taxas se aproximam. Portanto, uma população que está levando a cabo a meta de tratamento como prevenção. No entanto, a alta prevalência reportada aponta para o esgotamento das atuais estratégias de prevenção. Tais dados reafirmam a necessidade da implementação de novas estratégias de prevenção como a profilaxia pré-exposição, conforme diretrizes internacionais (WHO, 2012). Observa-se, ainda, que 68,6% das entrevistadas não sabiam o que era profilaxia pós-exposição, sendo que é uma política para acidentes sexuais no Brasil desde 2010. Esse dado aponta, novamente, para a necessidade do fomento às novas tecnologias de prevenção para esse grupo.

Esse estudo, no entanto, apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, como a amostra de mulheres trans por estado não é proporcional, pode-se estar fazendo estimativas com algum viés. Percebe-se, além disso, que a escolaridade das participantes é alta quando comparada à população brasileira (19,82% declaram ter ensino superior contra 8,31% da população em geral, IBGE, 2012). É preciso levar em consideração que trajetórias de acesso à saúde e de discriminação, além de condições de vida mais precárias, devem existir entre as mulheres trans que não têm acesso à *internet* e aos serviços pesquisados. Em segundo lugar, esse artigo não incluiu pessoas *queer*, não-binárias e agênero, o que pode revelar trajetórias de acesso e discriminação diferentes das relatadas. Pessoas *queer* relataram uma variedade de orientações e práticas sexuais e dificuldades no acesso aos serviços de saúde distintas das pessoas trans. Finalmente, as medidas autorelatadas de identidade de gênero podem ter produzido respostas enviesadas por identificarem pessoas confortáveis em revelaram seu estado/situação. É importante que esses resultados sejam reexaminados utilizando diferentes

amostras da comunidade trans a partir de pesquisas nacionais, principalmente em contextos em que não existem serviços de saúde para esse grupo.

Esse estudo dos indicadores do acesso à saúde entre mulheres trans brasileiras identificou diferenças no acesso e nas necessidades em saúde. Apesar de existirem políticas oficiais considerando o cuidado em saúde para pessoas trans no Brasil, nos dois estados estudados. As mulheres trans brasileiras são propensas a enfrentarem barreiras que aumentam sua vulnerabilidade para vários desfechos negativos em saúde. Uma revisão de 92 trabalhos produzidos entre 2001 e 2010 sobre travestis e transexuais no Brasil demonstrou que a produção do discurso acadêmico sobre as pessoas trans ainda está diretamente ligada à prostituição, à vigilância e estigmatização diante do HIV. Associações rápidas ainda são feitas entre as suas experiências, a marginalização, pobreza, drogas, promiscuidade e patologias (dos Santos Amaral, Silva, de Oliveira, & Toneli, 2014). Diferentemente dos estudos revisados, essa pesquisa identificou barreiras para que sejam promovidas ações protetivas e inclusivas à população trans. Ao incorporar essas recomendações, os sistemas de saúde podem se equipar com conhecimento sobre as necessidades de saúde de usuárias trans, garantindo que os profissionais estejam cientes e capacitados sobre as necessidades de saúde específicas e relevantes para essa população proporcionando um cuidado humanizado.

CÁPITULO V: EFFECTIVENESS OF A MULTIDIMENSIONAL WEB-BASED INTERVENTION PROGRAM TO CHANGE BRAZILIAN HEALTH PRACTITIONERS' ATTITUDES TOWARD THE LGBT POPULATION¹²

Angelo Brandelli Costa 1 *, Paola Fagundes Pase 1, Eric Seger de Camargo 2, Camila Guaranha 2, Adriano Henrique Caetano, Daniel Kveller 2, Ramiro Figueiredo Catelan 1, Heitor Thomé da Rosa Filho 1, Silvia Helena Koller 1, Henrique Caetano Nardi 2

1 – Department of Psychology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil

2 –Department of Social Psychology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil

3 – HIV/AIDS Policy, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Brazil

* Corresponding author: +555133085458, brandelli.costa@ufrgs.br, Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre, RS, Brazil.

¹² Artigo aceito para publicação em Journal of Health Psychology

Abstract

The objective of this study was to assess the effectiveness of a multidimensional (educational, affective and behavioural) web-based intervention to change Brazilian health care practitioners' attitudes toward the LGBT population. Specifically, it aimed to measure gender and sexual (GenSex) prejudice pre and post intervention and in relation to sociodemographic characteristics. Three hundred and seven health practitioners from southern Brazil were enrolled and completed the follow-up assessment. The intervention had significant effects, varying across traditionally high prejudiced groups. Most practitioners were unaware of ongoing discrimination towards LGBT users at their health services. State and street-level continuous prejudice reduction policies are suggested.

Keywords: prejudice, sexuality, gender, health, Brazil

Introduction

Data collected over the past several years consistently demonstrated significant physical and mental health disparities in gender and sexual (GenSex) minorities when compared to nonminority groups (King et al., 2008; Lick, Durso and Johnson, 2013; Marshal et al., 2010, 2011). Behind most of those disparities lies the direct and indirect effect of GenSex prejudice and discrimination (Hatzenbuehler, 2014; Hendricks and Testa, 2012; Meyer, 2003).

The contemporary framework understands GenSex prejudice primarily as a stigma, a societal phenomenon: “a culture’s shared knowledge about the negative regard, inferior status, and relative powerlessness that society collectively accords to nonheterosexual behaviours, identity, relationships, and communities” (Herek and McLemore, 2013, p. 311). The same seems to be true for gender-nonconformity and transgenderism (Hill and Willoughby, 2005; Warner, 1993). This negative hierarchy of GenSex minorities manifests, for example, in policies that discriminate or do not take into account specific health needs of trans people (Stroumsa, 2014) and, definitely, in individual attitudes. For GenSex minorities, internalized stigma involves directing negative attitudes toward oneself, which may impair the overall health status (Ceará and Dalgalarondo, 2010; Dunn, Gonzalez, Costa et al., 2014) and the disposition to seek for healthcare (Bauer, Scheim, Deutsch et al., 2014). By contrast, when non-LGBT people internalize stigma, their feelings are directed outward at GenSex minorities in the form of negative attitudes (Herek, 2004).

Healthcare practitioners’ negative attitudes toward LGBT users and their children are being documented in all levels of care (for primary, e.g. Yen et al., 2007; secondary, Chapman, Watkins, Zappia et al., 2011; and tertiary, Nicol, Chapman, Watkins et al., 2013). Similarly as in other contexts, those studies reported that being more religious and not having LGBT acquaintances were related to higher levels of prejudice, which in turn changed the care given to LGBT users and their children. Even in settings where self-reported prejudice is low, studies have consistently shown that implicit attitudes negatively affect the quality of healthcare (related to implicit racism see: Green et al., 2007). Besides the direct impact of lower quality care, health practitioners’ prejudice can make LGBT users avoid services in an anticipation of the negative consequences of discrimination, posing dangerous effects for overall health (Wilson and Yoshikawa, 2007).

Brazilian empirical research on GenSex prejudice is recent and scarce. In a review of the Brazilian empirical GenSex prejudice literature, Costa, Oliva, Bandeira and Nardi (2013) included some studies in health contexts. Most of these studies investigated the attitudes of

undergraduate health students, concluding that they are prevalent, explicit and are not decreasing (Araujo, Oliveira, Sousa et al., 2007; Egry, 1985; Fleury and Torres, 2007; Lacerda and Camino, 2002). In line with international counterparts, Brazilian research also points to the negative impact of practitioners' GenSex prejudice in the care of gay men (Cunha and Gomes, 2015) and women (Barbosa and Facchini, 2009; Valadão and Gomes, 2011), but mainly toward gender nonconforming users (Cerqueira-Santos et al., 2010; Romano, 2008).

Applied psychological research proposed a number of successful interventions to change GenSex prejudiced attitudes (Paluck and Green, 2009; Tucker and Potocky-Tripodi, 2006), including the healthcare context (Burgess, van Ryn, Dovidio and Saha, 2007). Interventions that have proven most successful were those combining a cognitive-based (education on LGBT issues) with an affective-based approach (intergroup contact with GenSex minority individuals) (Bartoş, Berger and Hegarty, 2014). Educational programs ought to provide opportunities for advancing LGBT-related knowledge, dispelling myths and stereotypes, increasing awareness about participants own attitudes towards LGBT individuals and its related impact (See e.g. Godfrey, Haddock, Fisher et al., 2006; Scher, 2009). Regarding intergroup contact, the approach was found to be effective not only through physical presence of LGBT people but with imagined, indirect or otherwise mediated contact (Bartoş et al., 2014). Attention was also paid to behavioural interventions, for example, practicing the skills and awareness participants acquired under the appropriate supervision (Jewell, Morrison and Gazzola, 2012).

With those principles in mind, the Institute of Psychology of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) created, in tandem with the State Health Department of Rio Grande do Sul (SES-RS), southern Brazil, a multidimensional web-based intervention program to change health care practitioners' attitudes toward the LGBT population and the issues that affect them. The program intended to increase participants' knowledge and skills to qualify the healthcare of LGBT individuals by protecting them against violations, discrimination, and by increasing the awareness of their specific needs.

The intervention had three components (educational, affective and behavioural), and was delivered through UFRGS e-learning platform in a four-week period (Table 12). The education component was a slide-based self-learning course, provided weekly. The content was developed and validated by experts in gender and sexuality, health professionals and members of the LGBT community. In the first week, there was a presentation of Brazilian legal framework regarding protections and guarantees of LGBT healthcare, and an

introduction to the topic of discrimination and its relation to LGBT health. In the second week, basic concepts on gender and sexuality were presented (e.g. gender assignment, gender identity, sexual orientation, cissexuality, etc.). Finally, in the third week, the course dealt with best practices in LGBT healthcare, discussing popular misconceptions, dispelling myths and stereotypes. In addition, the e-learning platform featured all the studies, laws and policies cited throughout the course, information and contacts to local NGOs and services directed to the LGBT population in the state.

In relation to the behavioural component, during the first week, participants were asked to report their experience with LGBT users. In the case of no experience, participants were encouraged to take the perspective of an LGBT user and imagine how the contact would happen. In the second week, participants should create a need assessment plan of their healthcare service regarding LGBT users' needs based on the contents of the educational courses. During the third week, participants should organize an action to improve healthcare for LGBT people at their services. Participants were encouraged to carry out this activity during the following week period. Lastly, participants were asked to evaluate the activity proposed in the former week, and in case of not being able to implement it, institutional barriers, fears and anxieties were discussed. All activities should be posted, openly, in a forum.

Participants attended the e-learning platform in groups of approximately 20, accompanied by a tutor. The set of tutors consisted in 17 health practitioners, LGBT activists and graduate students in the field of health and LGBT related issues. All of them disclosed their affiliation at the beginning of the intervention. Tutors were instructed to discuss participants' doubts individually (if any) and to mediate group discussion in the forums. In the first week, participants should comment on two videos that featured reports by LGBT individuals of discrimination in healthcare settings. In the second, third and fourth weeks, participants were instructed to comment on each other's activities in the forums, at least one time, (need assessment, activity planning and evaluation). During this period, tutors fomented the discussion among peers and prompted participants in case of manifestation of prejudiced beliefs or behaviours. In addition, participants were encouraged to interact with their colleagues' responses. The interaction between peers and tutors configured the affective component of the intervention.

Table 12

Multilevel program structure

Week	Educational component	Behavioral Component	Sensitivity component
1	<ul style="list-style-type: none"> • Discrimination and prejudice toward LGBT individuals and its impact on health • Legal framework 	Perspective taking	Peer-education
2	<ul style="list-style-type: none"> • Basic Concepts for Understanding LGBT individuals 	Need assessment	Peer-education
3	<ul style="list-style-type: none"> • Best practices in healthcare • Dispelling myths and stereotypes 	Activity Planning	Peer-education
4	-	Evaluation of the activity	Peer-education

The objective of this study was to evaluate the effectiveness of the intervention program. Specifically, to comprehend: 1) How health practitioners manifest GenSex prejudice prior to the program in relation to their sociodemographic characteristics. 2) The prevalence of episodes of discrimination in health services as reported by the practitioners; 3) The effect of the program on groups notoriously associated with higher levels of prejudice (men, religious person, small town inhabitants and people who had no previous education on the subject).

Method

This is a pre-post effectiveness assessment study based on prejudice level modification after a GenSex diversity intervention program designed for health providers.

Context and procedures

Rio Grande do Sul is the southernmost state of Brazil. In 2014, the state population was estimated at 11,247,972 inhabitants, with more than 50% of those living in the metropolitan area of Porto Alegre, the state capital (IBGE, 2015). Brazil does not have a law criminalizing GenSex discrimination. However, the city of Porto Alegre has legislation since the 1990s that predicts administrative penalties for such acts; this law was the result of the pressure of an important LGBT movement that promotes gay pride parades since 1996 in the city. The state has a similar legislation since 2002. The state also has a law requiring trans people to be treated by their chosen name, providing even a state identification document, since the Brazilian federal government still does not allow document ratification.

Nevertheless, official data from the Brazilian Human Rights Secretariat points out that, in 2012, there were 202 indictments related to 396 cases of right violations regarding GenSex minorities in Rio Grande do Sul, including psychological abuse (166 notices), general discrimination (145 notices), physical violation (58 notices), sexual violence (10 notices), institutional violence (3 notices) and financial abuse (one notice). There was an increase of 248% in notifications when compared to the data from 2011 (the year of implementation of the hot line for denouncing LGBT Humans Rights violations), when 58 indictments were reported (Brasil, 2012). It is noteworthy that the Trans Murder Monitoring Project has shown that Brazil has one of the highest homicide rates of trans persons worldwide (Balzer et al., 2012).

The State Health Department is organized into 19 Regional Health Coordination offices. Each is responsible for a fraction of the 497 state municipalities, providing institutional support on the different health policies, including those for the LGBT population. Moreover, the UFRGS university hospital in Porto Alegre houses a Gender Identity Program (PROTIG). Since 1998, the program aims to provide assistance and conduct research regarding the trans community and their families. PROTIG supplies medical assistance, psychological support and family orientation; it also provides sex reassignment surgery and hormonal therapy, all funded by the Brazilian National Health System.

Invitations for the intervention program were sent to all Health Coordination offices through institutional channels. The intervention was available free on the UFRGS e-learning platform (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment – Moodle/UFRGS). The inclusion criterion was being a health practitioner or health associate professional working in Rio Grande do Sul in all levels of healthcare. The first edition of the intervention happened in March 10th, 2014 and lasted until April 4th, 2014 and the second edition from August 4th, 2014 to August 31st, 2014.

In the beginning and at the end of the program, participants were asked to answer an electronic questionnaire on the e-learning platform. Before each questionnaire, a consent form was presented and participants were asked about their wish to participate in the study. Additionally, each tutor was instructed to collect participants' exemplary contributions. The Research Committee of the UFRGS Institute of Psychology (Project No.: 23459) and the Ethics Committee of the same Institute (CAAE: 04642712.9.0000.5334) approved this project.

Measurements

Sociodemographics

The sociodemographic questionnaire involved questions about gender, age, education level, population density of the place of residence (city of over 500,000 inhabitants, from 100,000 to 500,000 or under 100,000 inhabitants) and religiosity (religious, non-religious). In addition, participants were asked about their profession: occupation (nursing, psychology, medicine, etc.), nature of activity (assistance, education, management, other), area of activity (municipal level, state level, federal level, private services or NGOs), and the level of care (primary [community based clinics]; secondary [specialized clinics, general hospitals]; tertiary [high complexity specialized hospitals]; or other [schools, prisons, social service, NGOs]). Participants were also asked whether they had taken part in any kind of course or activity related to sexual and gender diversity. Finally, the questionnaire asked whether the participants had seen or knew of any anti-homosexual/transgender humiliation, physical assault or mistreatment of a user at their health service.

Prejudice Against Sexual and Gender Diversity Scale

An 18-item questionnaire assessed GenSex prejudice, asking participants pre and post program about their attitudes (beliefs, affects and behaviours) toward gays, lesbians, transgender people and gender non-conformity. This scale was created to evaluate extreme explicit GenSex prejudice, specifically within the the Brazilian context (Costa, Bandeira and Nardi, 2015). A revised version of the instrument was used in this research (Costa, Machado, Bandeira et al., in press).

While in the Anglo Saxon and Continental European contexts, explicit and old forms of GenSex prejudice seem to be diminishing, justifying the need for implicit measures, the same seems not to be true in Brazil. The review by Costa et al. (2013) highlighted that in the Brazilian context, explicit forms of prejudice are still prevalent. In addition, it showed that sexuality tends to be perceived through gender expression and sexual roles, a phenomenon that was also pointed out by previous ethnographic research (Fry, 1986; Green, 1999; Parker, 1999). Which is to say that although there is a clear theoretical distinction between sexual and gender diversity, from the standpoint of manifestation of prejudice that distinction seems to be more tenuous. In this milieu, those particularly targeted are the members of the transgender community, mainly the Brazilian cultural specific transgender identity travesti. Travestis are assigned male at birth, but affirm female gender performance and bodily forms, though typically not undergoing genital modification. Their gender identity varies across individuals

and contexts: most identify as male (due to their biological characteristics, but with feminine gender expression), some as women, and others simply as travesti (Barbosa, 2013).

The Prejudice Against Sexual and Gender Diversity Scale prioritizes the assessment of prejudice in gendered terms, including the Brazilian transgender identity travesti. It is based on items from two prior instruments: one evaluating prejudice against nonheterosexual orientation (Attitudes Toward Lesbians and Gays Scale; Herek and McLemore, 2011) and the other investigating prejudice against gender non-conformity and transsexuality (Genderism and Transphobia Scale; Hill and Willoughby, 2005). The former items were adapted to Brazil, and new items were created.

Items comprising blatant hostility, stereotypes endorsement and extreme emotional reactions form the scale, such as: ‘male homosexuality is a perversion’, ‘masculine girls should receive treatment’, ‘men and women should be prohibited from changing their sex’, and ‘travestis make me feel sick’. Participants answered on a five-point Likert scale, ranging from 1 (completely disagree) to 5 (completely agree). The scale was validated using an Item Response Theory (IRT) Rasch model. Cronbach’s α indicated high internal consistency ($\alpha=.93$).

Participants

Four hundred and fifty-seven participants from all 19 Regional Health Coordination offices were enrolled and concluded the two editions of the program. Of those, 307 agreed to participate and completed the pre and post evaluation survey. The average age was 34,52 (SD 9,4) with the maximum 62, and minimum 18. Considering the overall sample, almost 70% had participated in previous GenSex education. Nevertheless, this number drops to 65,21% considering those from smaller cities, and to 44,44% among those with secondary degree. Other demographic information can be found in Table 13. Occupational characteristics can be found in Table 14.

Table 13
Sample demographic characteristics

	<i>n</i>	<i>%</i>
Gender		
Woman	259	84,36
Man	48	15,63
Education		
Secondary degree	36	11,72

Bachelor's degree	101	32,89
Post-graduate degree	170	55,37
Pop of place of residence		
+ de 500,000	110	35,83
From 100,000 to 500,000	92	29,96
- 100,000	105	34,20
Previous GenSex Education		
Yes	214	69,70
No	93	30,29
Religiosity		
Religious	239	77,85
Non-religious	68	21,14

Table 14
Sample occupational characteristics

	<i>n</i>	%
Occupation		
Nurse	84	27,36
Psychologist	64	20,85
Social Worker	37	12,05
Health technician (multiple areas)	28	9,12
Administrative assistant	13	4,23
Physician	12	3,91
Health intern (multiple areas)	12	3,91
School teacher	9	2,93
Pharmacist	7	2,28
Community agent	5	1,63
Dentist	5	1,63
Physiotherapist	5	1,63
Occupational therapist	5	1,63
Biologist	4	1,30
Nutritionist	4	1,30
Lawyer	3	0,98

Harm reduction outreach worker	3	0,98
Sanitarian	2	0,65
Sociologist	2	0,65
Art therapist	1	0,33
Speech therapist	1	0,33
Pedagogue	1	0,33
Nature of the activity *		
Assistance	204	66,45
Education	22	7,17
Management	66	21,50
Other	45	14,66
Area of activity *		
Municipality	213	69,38
State Level	71	23,13
Federal Level	20	6,51
Private Service	32	10,42
NGO	6	1,95
Level of care *		
Primary	166	54,07
Secondary	77	25,08
Tertiary	51	16,61
Other	64	20,85

* *multiple answers*

Data Analysis

The Prejudice Against Sexual and Gender Diversity Scale mean levels pre and post program were calculated by the sum of the scores of the items. Paired t-tests were used to establish the difference in the prejudice score before and after the program. The influence of sociodemographic variables on the effect of the intervention was analysed using a repeated measure with a linear fixed effect model and a compound symmetry matrix and maximum likelihood estimation was used to investigate. Differences between the participants' prejudice score by gender, religion and previous training in the subject were calculated using unpaired t tests. Cohen's d was used for effect sizes. The differences between place of residence and

educational level were calculated using ANOVA. Effect sizes were calculated using η^2 (eta-squared). Differences were considered significant with a level of $p < .05$.

Regarding the qualitative data (exemplary comments), the students' manifestations were collected according to these categories: struggles with the health service, difficulty with the subject, proposed activity, and results of the activity. These manifestations were grouped according to those categories and incorporated in the discussion of the quantitative data.

Results

The mean level of prejudice for the entire sample pre-intervention was 25,37, with a standard deviation of 6,77 (95% CI [24,61, 26,13]); a median of 24,00; and a range from 18 to 55, wherein higher levels denote a greater degree of prejudice. It should be noted that any grade of prejudice above the lowest category (18) is concerning since the scale reflects degrees of extreme prejudice. Whilst differences were found for all variables of theoretical pertinence, large effect sizes were found for previous GenSex education, religiosity and population of place of residence, which is consistent with much of the extant literature (Table 15). Prejudice scores were statistically significantly different between different levels of population density of the place of residence Welch's $F(2, 191,43) = 8,04$, $p < ,001$, $\eta^2 = ,04$. Games-Howell post hoc analysis revealed that the mean increase from '-100,000 inhabitants' to '100,000 to 500,000' ($\Delta 1,45$, 95% CI [-,99, 3,89]) was not statistically significant ($p = ,34$), however, a significant difference was found between '-100,000' to '+500,000 inhabitants' ($\Delta 3,44$, 95% CI [1,36, 5,53], $p < ,001$). No difference was found between '100,000 to 500,000 inhabitants' and '+500,000' ($\Delta 1,99$, 95% CI [-,13, 4,12], $p = ,07$).

Table 15
Pre-intervention prejudice level by sociodemographic groups

Variable	<i>M (SD)</i>	95% <i>CI</i>	Statistic	<i>p</i> -value	<i>ES</i>
Gender					
Man	26,17 (8,28)	[24,43, 26,01]	-,75 ¹	,46	,12
Woman	25,22 (6,46)	[23,76, 28,57]			
Education					
Secondary	27,19 (6,76)	[25,08, 29,31]	1,64 ²	,19	,01
Bachelor's	24,83 (6,72)	[25,50, 26,16]			
Post-graduate	25,30 (6,86)	[24,26, 26,34]			
Pop of place of residence					
+ de 500,000	23,59 (5,36)	[22,58, 24,60]	8,04 ³	<,001	,04 ^a
100,000 to 500,000	25,59 (7,10)	[24,12, 27,06]			
- 100,000	27,04 (7,38)	[25,61, 28,47]			
Previous GenSex education					
Yes	24,49 (6,20)	[23,65, 25,32]	3,26 ¹	,001	,42 ^b
No	27,40 (7,58)	[25,84, 28,95]			
Religiosity					
Religious	25,90 (6,69)	[25,05, 26,75]	2,60 ¹	,01	,36 ^b
Non-religious	23,50 (6,77)	[21,86, 25,14]			

Notes: ¹ *t*-value, ² *F*-value, ³ Welch's *F*, ^a η^2 , ^b *d*

Rounding off results for this research question, we addressed the health practitioners' awareness of discrimination at their institutions. The majority of participants (68,73%) were unaware of any discrimination, 24,75% had heard about it and 6,51% witnessed it. Looking at the overall sample, a one-way ANOVA demonstrated statistically significant differences between those aware of some level of discrimination and those completely unaware in relation to their level of prejudice (Welchs' $F [2, 55,33] = 4,30, p < ,01, \eta^2 = ,02$). A Games-Howell post hoc test confirmed that those who had observed discriminatory acts were significantly less prejudiced than those who were unaware of such acts ($\Delta 1,13, 95\% CI [,17, 5,80], p < ,05$).

Post-intervention mean level of prejudice for the entire sample was 22,71, with a standard deviation of 5,38 (95% *CI* [22,11, 23,32]); a median of 21,00; and a range from 18 to 52. The intervention statistically significantly reduced the prejudice level ($\Delta 2,65, 95\% CI$

[2,04, 3,26]), $t(307) = 8,26$, $p < ,001$. $d = ,43$. Sociodemographic variables were analysed in a linear fixed effects model to establish their influence on the effectiveness of the intervention. All sociodemographic variables affected pre-post intervention prejudice reduction, except previous GenSex education (table 16, figure 3).

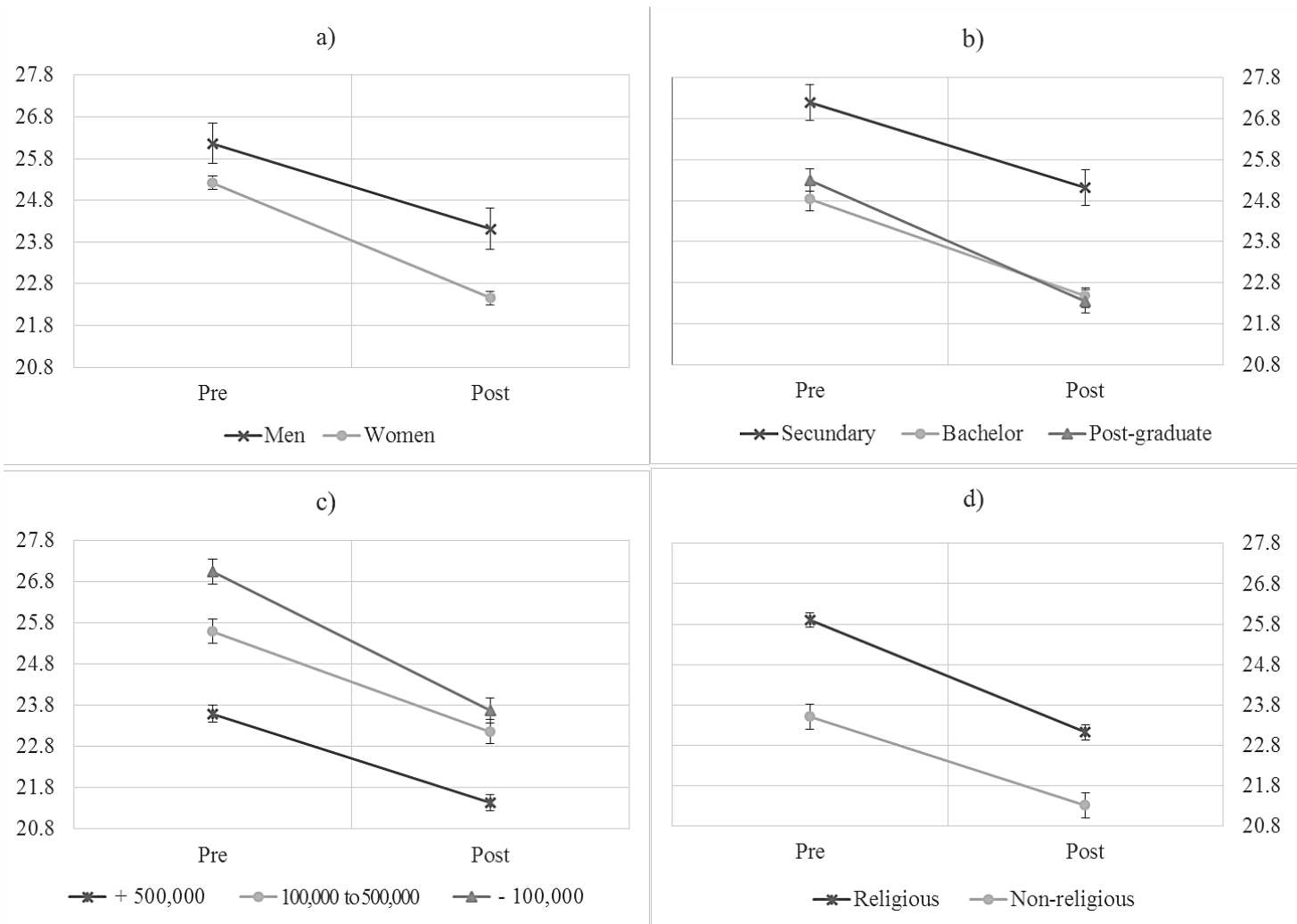
Table 16
Linear fixed effects model summary for prejudice level pre and post intervention per sociodemographic groups

Fixed-effects	Estimates	95% CI	SE	df	t-value	p-value
Intercept	,78	[,70, ,86]	,04	307	20,13	< ,001
Gender	,10	[,06, ,14]	,02	307	4,59	< ,001
Education	,08	[,04, ,12]	,02	307	3,69	< ,001
Pop of place of residence	,03	[,01, ,05]	,01	307	3,07	,002
Previous GenSex education	,00	[-,03, ,04]	,02	307	,46	,64
Religiosity	,06	[,03, ,08]	,01	307	4,73	,001

Comparing the effect of the intervention by gender, the course had almost double the effect among women: $t_{men} (47) = 2,09$, $p < ,05$, $d = ,27$, $t_{women} (258) = 8,67$, $p < ,001$, $d = ,55$. A significant post-course prejudice level by gender was found ($\Delta 1,66$, 95%CI [3,32, ,01], $t (305) = -1,66$, $p < ,05$). That difference was not found before the intervention started. Comparing the effect of the intervention by education level, there was a statistically significant difference between pre and post-prejudice between all levels. However, the post-graduate ($t [169] = 7,23$, $p < ,001$, $d = ,51$) and graduate participants ($t [100] = 4,19$, $p < ,001$, $d = ,38$) had a greater effect than the secondary degree participants ($t [35] = 2,37$, $p < ,05$, $d = ,29$). The difference in prejudice level by educational groups pre-intervention was absent but appeared post-intervention $F (2, 304) = 4,14$, $p = ,01$, $\eta^2 = ,03$. According to Tukey post hoc procedure, secondary degree participants ($M=25,11$, $SD=7,64$) had a higher prejudice score than the graduate ($M=22,48$, $SD=5,52$, $p < ,01$) and those who had post-graduate degrees ($M = 22,35$, $SD= 4,57$, $p < ,05$).

The difference between prejudice level by population density of place of residence is maintained post-intervention: Welch's $F (2, 181,03) = 6,56$, $p < ,01$, $\eta^2 = ,03$. According to the Games-Howell post hoc test those from cities over 500,000 inhabitants had lower prejudice levels ($M=21,44$, $SD= 3,56$) than those from cities from '100,000 to 500,000' ($M=23,16$, $SD= 5,51$, $p < ,05$) in relation to those from cities under 100,000 inhabitants ($M=23,67$ $SD= 6,53$, $p < ,01$). 'Over 500,000' ($t [09] = 5,26$, $p < ,001$, $d = ,47$), '100,000 to 500,000' ($t [91] = 4,11$, $p < ,001$, $d = ,38$), 'under 100,000' ($t [104] = 5,60$, $p < ,001$, $d = ,48$).

Finally, participants who reported being religious had a similar pre and post-intervention prejudice level difference to those who declared to be non-religious: non-



religious $t(67) = 3,51, p <,001, d = ,40$, religious $t(238) = 7,83, p <,001, d = ,45$. There was a significant post-intervention prejudice level difference by religiosity, favouring the non-religious group: $\Delta 1,81, 95\% \text{ CI } (.59, 3,01) t(148,57) = 2,95, p <,05, d = ,38$.

Figure 3: Intervention effect by (a) gender, (b) educational level, (c) population density of the place of residency, (d) religiosity.

Discussion

Answering the first objective of this study, we were able to show that the pre-intervention prejudice level of the Rio Grande do Sul health professionals was high. Only 11,07% reached the minimum level of self-reported prejudice. It is also noticeable that prejudice was higher among those with less education, inhabiting smaller cities, with no previous education in the subject and religious. Similar results have been extensively reported internationally and recently in Brazil, with the same scale in a sample of undergraduate

students (Costa, Peroni, Camargo et al., 2015). Prejudice levels among men, although higher, had no statistical difference when compared to those among women. The SE was high in this group; therefore, this difference would be possibly significant if the sample were larger. The same can be said to pre-level prejudice of secondary education participants in relation to participants with higher levels of education.

Despite high levels of prejudice, most professionals were not aware of episodes of discrimination in their health services (68,74%). However, if we consider only those with the lowest degree of prejudice the percentage drops to 44,12%. This result is probably due the fact that the professionals do not have basic knowledge to identify discrimination, including the one perpetuated by them. For example, during the course participants reported not having sufficient information regarding the services offered in the state for transgender people regarding transition. These services exist in the state since 1998. Furthermore, at the beginning of the intervention, many participants still referred to trans women and travestis as 'he' instead of 'she', perpetuating a common form of discrimination towards transgender people. One particular student demonstrated offense at the fact that the course instructed the treatment of transgender people with the correct pronouns as an important factor in healthcare.

Regarding the third aim of this study, it is clear that the intervention was effective. The effect size of our intervention was similar to those reported by recent meta-analysis (Bartoş et al., 2014). The percentage of participants in the lowest category of prejudice rose by 55,73% after the intervention (11,07% to 19,87%). A limitation that needs to be pointed out is the lack of a control group. However, the literature on prejudice assessment shows that this kind of measurement has a high temporal stability (test-retest reliability) (Fiske and North, 2014); in a larger degree than the one found in the present study. Although effective, the intervention showed inferior results among men, people with secondary education, from cities with less than 500,000 inhabitants, and religious people. Again, these are groups that had historically been singled out for a higher degree of prejudice and resistance to change (Finlay and Walther, 2003; Snively, Kreuger, Stretch et al., 2004). In the case of gender, the difference between men and women that was non-significant became significant after the intervention. It is important to consider that the status of 'man' and 'woman' was attributed via self-identification. We did not measure the intensity with which participants identified themselves with cultural expectancies regarding femininity or masculinity. However, considering the high degree of feminization of the Brazilian health sector (Machado, 1986; Matos, Toassi and de

Oliveira, 2013), the differences in the results by gender may also be related to the cultural expectancy of masculinity in a feminized context.

What our findings suggest is that anti-prejudice interventions need to be tailored to each of these groups in order to be more effective. For example, encompassing the construction of masculinity and how it relates to prejudice, the importance of the separation between religious beliefs and health care, and, especially, a simpler approach for participants with lower levels of education. Despite these limitations, it is important to note that through the standardized online platform it was possible to reach participants from very small towns who would otherwise have no contact with this kind of subject matter. Guided by the tutors, they implemented pioneering actions in their localities, such as positive visibility campaigns, possibly improving the welcoming of LGBT people in their healthcare services.

Considering together sociodemographic variables, having previous GenSex education did not affect the result of the intervention. In our protocol, participants reported participation in interventions without qualifying it. Therefore, it is not possible to access the kind of intervention they received: compulsory, standardized, innocuous, or that aggravated the prejudice. It is notorious that Brazilian GenSex education in the Health sciences is predominantly focused on sexual and reproductive health, unrelated to GenSex diversity (Gir, Nogueira and Pelá, 2000; Rufino, Madeiro and Girão, 2014). Given that non-uniform GenSex education is an unreliable method of diminishing prejudice (Tucker and Potocky-Tripodi, 2006), we can conclude that despite pre and post-program prejudice level differences by sociodemographic groups, non-uniform anti-prejudice interventions may not have a cumulative effect. This is a good indicator for health policymaking: the need to invest in tested and effective interventions.

The first Brazilian LGBT related health policy emerged with the governmental response for the Aids epidemics in the early 1980's. Brazilian HIV/AIDS national policies assisted the organization of the contemporary LGBT movement by funding non-governmental organizations and promoting health actions through communities (Berkman, Garcia, Muñoz-Laboy et al., 2005). Since 1990, Brazil has a publicly funded system that provides free health care for all levels of attention. The LGBT movement, which has strengthened in the previous decades, helped push the government response to create specific policies to guarantee integral health care apart from HIV/AIDS (Grangeiro, Silva and Teixeira, 2009). Examples of those policies are the guarantee of access to gender reassignment procedures and, recently, the National Policy that provided a framework for the comprehensive primary and secondary care for the LGBT population (Mello, 2011).

One of the guidelines of the LGBT National Health policy is the creation of state and municipal level strategies to ensure non-discriminatory healthcare access through the training of the providers. Since July 2013, the Rio Grande do Sul Department of Health has established a special department for the LGBT population. The partnership with UFRGS's Institute of Psychology in the establishment of this diversity-training program was groundbreaking. The improvement of the health conditions of the LGBT population comprises reducing the attitudes of health practitioners through confronting their bias as well as the promotion of a LGBT comprehensive education. The implementation of interventions, incorporating classic social psychological tools, in a low cost web-platform, according to our result, is a reliable action. The implementation of continuing interventions, such as the one proposed, will ensure that the Brazilian National Health System fulfils its principles becoming increasingly equitable.

CAPÍTULO VI: DISCUSSÃO

O objetivo desta tese foi analisar a vulnerabilidade programática, social e individual para a infecção por HIV em mulheres trans. Realizaram-se três estudos que buscaram respostas para essas questões em diferentes níveis e um quarto estudo que propôs uma intervenção que visou a reduzir o preconceito de profissionais de saúde no que diz respeito à diversidade sexual e de gênero, de forma a dar resposta aos achados dos estudos anteriores.

O primeiro estudo investigou a vulnerabilidade programática das pessoas trans considerando a psicologia brasileira como instituição, seus discursos e práticas. Tomando o teste CPS como objeto de análise, confrontado-o com as atuais diretrizes em relação à diversidade de gênero do Conselho Federal de Psicologia, percebeu-se que a psicologia brasileira ainda mantém como válida uma técnica psicológica que viola de forma flagrante questões fundamentais de igualdade de gênero. Não apenas entre homens e mulheres, mas também de pessoas trans e cissexuais. Discutiui-se que, para ter uma posição compreensiva e humanizada das questões de gênero, é fundamental que a psicologia brasileira incorpore uma visão histórica, ampla, diversa, não patologizante e centrada na autodeclaração de gênero. Caso contrário, seguirá como matriz de exclusão, reiterando a vulnerabilidade programática na atenção à saúde das pessoas trans no Brasil.

O segundo estudo buscou conhecer a prevalência de HIV em mulher trans do Rio Grande do Sul que buscam cirurgias de modificação genital a partir dos registros médicos do Programa de Identidade de Gênero do Hospital de Clínica de Porto Alegre. Avançando em relação aos anteriores nessa temática, o estudo permitiu uma análise populacional dessa prevalência uma vez que o PROTIG é o único serviço que atende à população do estado do Rio Grande do Sul. Percebeu-se que a prevalência é alta, colocando esse grupo como o mais vulnerável dentre as populações estudadas no Brasil, especialmente as participantes com histórico de trabalho sexual, outras infecções sexualmente transmissíveis, mais velhas e que viviam na região metropolitana de Porto Alegre. Chamou à atenção o fato de a prevalência de HIV ter se mantido alta e estável desde 1998, o que denuncia a falha em programas específicos para essa população.

Buscando compreender as barreiras programáticas e sociais em relação ao acesso à saúde das mulheres trans, o terceiro estudo teve por objetivo realizar um *survey* na população do Rio Grande do Sul e de São Paulo. Das mulheres trans que responderam esse *survey*, destaca-se que a maioria enfrenta barreiras em relação ao acesso à saúde relativa aos cuidados

trans. A maioria das queixas se dá em relação ao preconceito e discriminação. Experiências prévias de

discriminação em serviços de saúde aumentaram consideravelmente a chance da evitação de um serviço quando preciso, pelo fato da respondente ser trans. Além disso, perceberam-se falhas nas políticas atuais, especialmente em relação às travestis – são essas participantes as que declaram mais barreiras em relação ao acesso à saúde. Em relação aos cuidados relativos ao HIV, percebe-se alta vinculação e frequência de testagem, ao passo que as participantes reportaram não conhecer novas tecnologias de prevenção, como a PREP. Embora haja políticas específicas para o atendimento em saúde e de respeito à identidade de gênero nos estados investigados, percebe-se que tais políticas ainda não foram completamente incorporadas pelos profissionais de saúde aos quais as participantes tiveram acesso. Isso nos encaminha para o último estudo.

Uma vez que foi apontado que os profissionais de saúde discriminam pessoas trans, o que além de impactar a qualidade do atendimento faz com que usuárias evitem os serviços, acarretando maiores agravos, o quarto estudo propôs uma intervenção. O Instituto de Psicologia da UFRGS criou, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, uma ação pioneira, que teve por objetivo promover competências para atenção à saúde de pessoas LGBT, protegendo-as de discriminação e violação de direitos e fomentando consciência de suas necessidades. A ação foi desenvolvida no ambiente Moodle e teve três componentes: de educação, intervenção e interação. O primeiro componente consistiu em aulas semanais, cujo conteúdo foi desenvolvido e validado por profissionais de saúde, especialistas em gênero e sexualidade e membros da comunidade LGBT. As aulas apresentavam o panorama jurídico do acesso à saúde, conceitos fundamentais de gênero e sexualidade e boas práticas de atenção. No componente de intervenção, as/os participantes foram instigadas/os a relatar em fóruns sua experiência com usuária/os LGBT, avaliar suas necessidades de saúde e organizar uma ação local para promover a atenção a essa população. Por fim, caso as/os participantes que não fossem capazes de implementar a ação, foram convidadas/os a discutir seus medos, ansiedades e barreiras institucionais. O componente interativo se deu em fóruns onde as/os participantes interagiram, em grupos de aproximadamente 20 participantes, acompanhados por um/a tutor/a. Foram tutores/as 17 profissionais de saúde, ativistas LGBT e estudantes de graduação, as/os quais discutiram as dúvidas das/os participantes, fomentaram debates no fórum e moderaram manifestações de crenças preconceituosas. Os convites para a ação de extensão foram enviados para profissionais de saúde (assistência e gestão) que atuassem no estado (servidoras/es municipais, estaduais e trabalhadoras/es da rede privada de serviços) de todos os níveis de atenção através dos canais institucionais da Secretaria de Saúde. A primeira edição da ação

aconteceu em março de 2014 e a segunda, em agosto do mesmo ano. No início e no final da ação, as/os participantes foram convidadas/os a responder um questionário na plataforma eletrônica. Quatrocentos e cinquenta e sete participantes de todas as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde foram inscritas/os, concluíram as duas edições do programa e responderam a avaliação. A intervenção reduziu de forma estatisticamente significativa o nível de preconceito. Além disso, as/os participantes relataram a realização de ações positivas em seus serviços.

Dois dos estudos dessa tese confirmam o que estava presente na literatura internacional em relação à alta prevalência de HIV em mulheres trans; outros dois estudos reforçam a visão a respeito da prevalência de atitudes preconceituosas por parte de profissionais de saúde – um estudo a partir da percepção das vítimas e outro das/os próprias/os profissionais. No entanto, não é possível responsabilizar esses indivíduos, sejam as pessoas trans, sejam as/os trabalhadores de saúde, sem levar em consideração o cenário programático no qual elas/eles se inserem. O primeiro estudo nos mostra, por exemplo, que a psicologia enquanto instituição não tem um marco claro para a compreensão das necessidades da população trans; pelo contrário, ainda adota práticas que são matrizes de exclusão. Dessa forma, como responsabilizar as/os profissionais da psicologia, individualmente, pelas suas atitudes preconceituosas? Ao mesmo tempo, as políticas, especialmente de saúde, voltadas à população trans, apresentam barreiras ainda não superadas, especialmente em relação às travestis, e o preconceito dos operadores de saúde ainda representam um problema flagrante no que diz respeito à vulnerabilidade das pessoas trans. Dessa forma, como responsabilizar as pessoas trans, individualmente, pelo engajamento em comportamentos sexuais de risco, ou desconhecimento das tecnologias de prevenção? Portanto, de acordo com o quadro da vulnerabilidade, essa tese aponta para uma combinação de fatores envolvidos na manifestação da alta prevalência de HIV entre as mulheres trans brasileiras. Aponta, ainda, para a urgência em se construir um marco programático que leve em conta a garantia de direitos fundamentais, de forma a fornecer um guia para práticas protetivas que visem a minimizar a vulnerabilidade das mulheres trans para o HIV em todos níveis de atenção.

Recentemente, a Associação Norte-Americana de Psicologia publicou um guia com 16 referências de boas práticas para os profissionais de saúde mental que trabalham com pessoas trans (APA, 2015). Esse guia pode servir de base para uma discussão ampla na psicologia brasileira, assim como em outras áreas da saúde, de forma a minimizar possíveis danos e humanizar à atenção dessa população. Reproduzo esse guia como conclusão desse estudo,

adaptado a partir dos achados da presente pesquisa, como horizonte programático para uma atenção em saúde das mulheres trans no Brasil.

Referência 1: Entender que gênero é um construto não-binário que permite uma gama de identidades e que a identidade de gênero de uma pessoa pode não estar alinhada com o sexo designado ao nascimento.

A identidade de gênero é definida como o sentimento profundo e inerente de ser uma garota, mulher ou do gênero feminino; um garoto, homem ou do gênero masculino; uma mistura de masculino ou feminino; ou um gênero alternativo. Em muitas culturas e tradições religiosas, o gênero tem sido percebido como um construto binário, com categorias mutuamente excludentes de masculino ou feminino, garoto ou garota, homem ou mulher. Essas categorias mutuamente excludentes incluem a associação de que a identidade de gênero está sempre em alinhamento com o sexo designado ao nascimento. Para as pessoas trans e que não se conformam com o binarismo de gênero (TGNC), a identidade de gênero difere do sexo designado ao nascimento em graus que variam, e pode ser experienciada e expressada fora do binário de gênero.

Um entendimento não-binário de gênero é fundamental para o fornecimento de cuidado afirmativo para pessoas TGNC. Psicólogas/os são encorajadas/os a adaptar ou modificar seu entendimento de gênero. A partir do entendimento do espectro de identidades de gênero e expressões de gênero existentes e de que a identidade de gênero de uma pessoa pode não estar em total alinhamento com o sexo designado ao nascimento, as/os psicólogas/os podem aumentar sua capacidade de ajudar pessoas TGNC, suas famílias e suas comunidades.

Referência 2: Entender que a identidade de gênero e a orientação sexual são distintas, mas construtos relacionados.

Os construtos de identidade de gênero e orientação sexual são teoricamente e clinicamente distintos, ainda que profissionais e não-profissionais frequentemente os confundam. As/os psicólogas/os podem ajudar as pessoas a diferenciar sua identidade de gênero e sua orientação sexual. Por causa de seu papel no acesso, tratamento e prevenção, as/os psicólogas/os estão em uma posição única para ajudar as pessoas TGNC a entender e integrar melhor os vários aspectos de suas identidades. As/os psicólogas/os podem ajudar as pessoas TGNC ao introduzir e normalizar diferenças entre identidade e expressão de gênero: no momento em que uma pessoa TGNC encontra uma forma confortável de efetivar e expressar sua identidade de gênero, as/os psicólogas/os podem notar que aspectos

anteriormente incongruentes de sua orientação sexual podem se tornar mais salientes, melhor integrados ou mais ego-sintônicos. Esse processo deve permitir conforto e oportunidade para as pessoas TGNC explorarem atrações ou aspectos de sua orientação sexual que foram previamente reprimidos, escondidos ou que estavam em conflito com sua identidade.

Referência 3: Entender como a identidade de gênero é interseccionada com outras identidades culturais de pessoas TGNC.

A identidade e a expressão de gênero podem ter profundas intersecções com outros aspectos identitários. Esses aspectos podem incluir, mas não são limitados a: raça/etnia, idade, educação (nível educacional), situação socioeconômica, ser imigrante, ocupação, deficiência, status sorológico, orientação sexual, status de relacionamento, e religião e/ou afiliação espiritual. Enquanto que alguns desses aspectos da identidade podem proporcionar privilégios, outros podem criar estigma e impedir o empoderamento. Além disso, pessoas TGNC em processo de afirmação de gênero podem não estar preparadas para outras mudanças no privilégio ou tratamento social baseados na identidade e expressão de gênero. Para ilustrar, um homem trans negro pode obter privilégio masculino, mas ainda enfrentar o racismo e o estigma social relativos a questões raciais.

Na prática, as/os psicólogas/os devem se esforçar para reconhecer as múltiplas e interseccionadas identidades das pessoas TGNC e como elas influenciam no enfrentamento (*coping*), nas experiências de discriminação e na resiliência. A aliança terapêutica melhorada se desenvolve quando as/os psicólogas/os evitam enfatizar demais a identidade e a expressão de gênero quando não são diretamente relevantes para as necessidades e preocupações de pessoas TGNC. Mesmo quando a identidade de gênero é o principal foco do cuidado, as/os psicólogas/os devem entender que a experiência de gênero de uma pessoa TGNC pode também ser moldada por outros aspectos importantes (ex. idade, raça/etnia, orientação sexual) e que a importância de diferentes aspectos identitários pode evoluir conforme a pessoa continua seu desenvolvimento psicossocial, independentemente se completa uma “transição” social ou médica.

Referência 4: Perceber como atitudes e conhecimento sobre identidade e expressão de gênero podem afetar a qualidade do cuidado que fornecido às pessoas TGNC e suas famílias.

A competência em trabalhar com pessoas TGNC pode ser desenvolvida por meio de uma variedade de atividades, como educação, treinamento, experiência supervisionada,

consultas, estudos ou experiência profissional. As/os psicólogas/os são encorajadas/os a desenvolver competências em trabalhar com pessoas TGNC e suas famílias, procurando conhecimentos básicos e atualizados, entendendo a identidade e a expressão de gênero e aprendendo a interagir com pessoas TGNC e suas famílias de forma respeitosa e sem julgamentos. Competências para trabalhar com pessoas TGNC podem ser alcançadas e mantidas por maneiras formais e informais, desde a inclusão no currículo de cursos que formam futuros psicólogas/os, educação continuada, palestras em conferências profissionais, até o envolvimento em ações da comunidade TGNC. Além de adquirir competências gerais, as/os psicólogas/os que escolherem se especializar no trabalho com pessoas TGNC são fortemente encorajadas/os a buscar treinamento avançado nessa temática.

Referência 5: Reconhecer como o estigma, preconceito, discriminação e violência afetam a saúde e bem-estar de pessoas TGNC.

Muitas pessoas TGNC experienciam discriminação, desde sutil à severa, quando buscam habitação, cuidado em saúde, emprego, educação, assistência e outros serviços sociais. A discriminação pode incluir presumir que o sexo designado ao nascimento não está em total alinhamento com sua identidade de gênero, não utilizar o nome ou pronomes que a pessoa prefere, fazer perguntas impróprias sobre o corpo de pessoas TNGC ou fazer suposições de que uma identidade ou expressão de gênero específica refere-se a um estado psicopatológico. A discriminação também pode incluir a recusa ao acesso à habitação ou emprego ou atos extremos de violência (e.g., abuso sexual, assassinato). Pessoas TGNC que apresentam múltiplas identidades marginalizadas são mais vulneráveis à discriminação e violência. Mulheres TGNC não-brancas vivenciam desproporcionalmente formas severas de violência e discriminação, incluindo violência policial, e são menos propensas a receber ajuda legal.

Consciência e sensibilidade aos efeitos do preconceito e discriminação anti-trans podem auxiliar as/os psicólogas/os em avaliar, tratar e defender suas/seus clientes TGNC. Quando uma pessoa TGNC enfrenta discriminação por conta de sua identidade de gênero ou expressão de gênero, as/os psicólogas/os podem facilitar o processamento emocional dessas experiências e trabalhar com a pessoa para identificar recursos de apoio e possíveis caminhos de ação. As necessidades específicas das pessoas TGNC podem variar do desenvolvimento de estratégias de autocuidado ao circularem em espaços públicos, procurando recursos legais para discriminação em serviços de saúde e outros serviços. Além disso, pessoas TGNC que

são traumatizadas por conta de violência física ou emocional podem precisar de e devem ter garantido apoio terapêutico.

Referência 6: Reconhecer a influência de barreiras institucionais nas vidas de pessoas TGNC e ajudar a desenvolver ações afirmativas.

O preconceito anti-trans e a adesão da sociedade ao modelo binário de gênero afeta negativamente as pessoas TGNC dentro de suas famílias, escolas, no cuidado em saúde, sistema legal, locais de trabalho, e comunidades. Pessoas TGNC enfrentam desafios para acessar banheiros, que podem resultar em desconforto quando são forçadas a usar o banheiro masculino ou feminino. Além do sofrimento emocional que a escolha binária forçada que os banheiros públicos podem causar, as pessoas TGNC estão frequentemente preocupadas com a reação dos outros sobre a sua presença nos banheiros, incluindo potencial discriminação, abuso e violência.

Uma vez que muitas pessoas TGNC experienciam preconceito ou discriminação anti-trans, as/os psicólogas/os organizacionais, por exemplo, são encorajadas/os a garantir que a configurações dos espaços de trabalho sejam acolhedoras e respeitosas às pessoas TGNC e saber o que as pessoas TGNC podem perceber como não-acolhedor. Para isso, as/os psicólogas/os devem se educar das muitas formas que o privilégio cisgênero e o preconceito anti-trans podem ser expressados. As/os psicólogas/os também devem ter conversas específicas com pessoas TGNC sobre suas experiências no sistema de saúde mental e de forma a criar um ambiente afirmativo para pessoas TGNC. Como resultado, quando as pessoas TGNC acessarem vários ambientes de tratamento, trabalho e espaços públicos, elas/eles poderão experimentar menos danos, desempoderamento ou patologização.

Referência 7: Entender a necessidade de promover mudanças sociais que reduzam os efeitos negativos do estigma na saúde e bem-estar de pessoas TGNC.

A falta de políticas públicas destinadas às necessidades de pessoas TGNC cria dificuldades significativas para elas/eles. As pessoas TGNC no Brasil ainda não têm proteções garantidas contra a discriminação com base na identidade e expressão de gênero. Por exemplo, só alguns estados possuem legislação para que as pessoas tenham garantia que seu nome social e identidade de gênero serão respeitados. Além disso, muitas políticas que protegem os direitos de pessoas cisgênero, incluindo pessoas LGB, não protegem os direitos de pessoas TGNC. As/os psicólogas/os são encorajadas/os a fomentar políticas públicas que promovam mudanças sociais positivas para pessoas TGNC. As/os psicólogas/os são

encorajadas/os a identificar e melhorar sistemas que permitem a violência, discriminação em nível educacional, laboral e habitacional; falta de acesso ao cuidado em saúde; acesso desigual a outros recursos vitais; e outras instâncias de injustiça sistêmica que as pessoas TGNC experienciam. Muitas pessoas TGNC experienciam situações estressoras por conta das constantes barreiras, tratamento injusto e comunicação forçada de informações sensíveis e particulares sobre seus corpos e suas vidas. Para obter a documentação apropriada de identidade, pode ser necessário que as pessoas TGNC precisem acessar os meios jurídicos, produzir provas de que realizaram cirurgia e entreguem documentação de psicoterapia ou diagnóstico psiquiátrico. As/os psicólogas/os podem ajudar as pessoas TGNC ao ajudarem a reduzir os danos causados pela interação com o sistema legal. Quando as pessoas TGNC sentirem que não é seguro ingressar no sistema jurídico sozinhas, as/os psicólogas/os podem trabalhar com elas para garantir um acesso humanizado.

Referência 8: Entender que existem diferenças na forma como as crianças e adolescentes desenvolvem-se em relação à identidade e comportamento de gênero e que nem todas as crianças persistem se identificando como uma pessoa TGNC quando adultas.

Muitas crianças apresentam comportamentos e identidade de gênero que não estão em conformidade com os hegemônicos. Nem todas as crianças persistem nessa identificação e comportamentos na vida adulta. Não há consenso sobre a forma como identificar as crianças que irão persistir identificando-se dessa forma na vida adulta. No entanto, recomenda-se que os profissionais de saúde mental utilizem uma abordagem que permita a exploração e afirmação de gênero de forma a encorajar a criança a criarem estratégias emocionais para integrar a sua identidade de gênero de maneira positiva, seja ela qual for. Pelo fato da não conformidade de gênero na infância, em alguns casos, ser passageira, o papel das/os psicólogas/os deve ser o de fornecer informação e suporte as crianças e suas famílias no processo de exploração e auto identificação. Além disso, deve-se proporcionar informações aos familiares a respeito das trajetórias médicas e sociais possíveis caso a criança, quando adolescente e adulto, venha a se identificar como uma pessoa TGNC. Ao trabalhar com adolescentes, psicólogas/os são encorajados a buscar informações sobre as possibilidades de tratamentos oferecidas, quando for o caso (supressão da puberdade, terapia hormonal), e trabalhar de forma colaborativa com outros profissionais de saúde de forma a fornecer cuidados humanizados aos seus pacientes. Além disso, recomenda-se que psicólogas/os ofereçam à rede de educação informação a respeito das necessidades de crianças e adolescentes que apresentem comportamentos ou identidades não conformes as hegemônicas

de maneira a reduzir os eventuais riscos inerentes aos processos de discriminação e exclusão que ocorrem nesses contextos.

Referência 9: Entender os desafios particulares que pessoas TGNC da terceira idade vivenciam e a resiliência que podem desenvolver.

Antes dos anos 1980, as pessoas TGNC que transacionaram eram fortemente encorajadas pelas/pelos provedoras/res/prestadoras/res a terem passabilidade cis e heterossexual na sociedade e evitar associação com outras pessoas TGNC. Mesmo pessoas TGNC da terceira idade que estavam confortáveis em contar aos outros sobre sua identidade TGNC quando eram jovens, em um estágio mais tardio da vida, podem escolher não revelar. A relutância de pessoas da terceira idade em revelar sua identidade TGNC pode resultar de sentimentos de vulnerabilidade física ou de maior dependência de outras pessoas que podem discriminá-las/los por conta de sua identidade de gênero, especialmente se a pessoa da terceira idade vive em ambientes institucionalizados (i.e., casa de repouso, moradia assistida) e depende de outras pessoas para muitas de suas necessidades diárias. Pessoas TGNC da terceira idade também estão mais suscetíveis à depressão, ideação suicida e solidão em comparação com lésbicas, gays e bissexuais na terceira idade.

As/os psicólogas/os são encorajadas/os a buscarem informações sobre as necessidades biopsicossociais de pessoas TGNC na terceira idade. Muitas pessoas TGNC na terceira idade estão socialmente isoladas. O isolamento pode ocorrer como um resultado da perda de redes sociais por conta de mortes ou pela revelação de uma identidade TGNC. Psicólogas/os podem ajudar pessoas TGNC na terceira idade a estabelecer novas redes sociais que apoiem e valorizem sua identidade TGNC, assim como podem trabalhar para fortalecer redes já existentes de familiares e de amigos após uma identidade TGNC ter sido revelada. Pessoas TGNC na terceira idade podem encontrar valor especial em relações com outras pessoas de sua geração ou com aquelas que tiverem experiências parecidas ao se assumirem.

Referência 10: Entender que a saúde mental pode ou não estar relacionada com a identidade de gênero de uma pessoa TGNC e os efeitos psicológicos do estresse decorrente de ser parte de uma minoria.

Independentemente da presença ou ausência de um diagnóstico psicopatológico, a identidade de gênero pode afetar a saúde mental das pessoas TGNC e/ou o estado de saúde

mental pode influenciar a expressão de gênero ou identidade de gênero de uma pessoa. Por exemplo, um transtorno alimentar pode ser influenciado pela expressão de gênero de uma pessoa TGNC. Além disso, a presença de um transtorno do espectro autista pode complicar a articulação e exploração da identidade de gênero de uma pessoa TGNC. Nos casos em que a disforia de gênero está contribuindo para outras questões de saúde mental, o tratamento da disforia de gênero pode ajudar a aliviá-las também.

Quando uma pessoa TGNC procura os cuidados de saúde ligados à afirmação de gênero, uma avaliação psicossocial deve ser parte desse processo. Avaliações compreensivas e equilibradas tipicamente devem incluir não só informações sobre experiências passadas de preconceito e discriminação anti-trans, mas também estratégias de enfrentamento. Informações sobre eventos de vida negativos diretamente relacionados à identidade de gênero e expressão de gênero de uma pessoa TGNC pode auxiliar as/os psicólogas/os a entender as sequelas do estresse e da discriminação, separando-as de problemas de saúde mental coincidentes e potencialmente não-relacionados. Da mesma forma, quando uma pessoa TGNC apresenta uma preocupação que não é focada no gênero, uma avaliação compreensiva deve levar em consideração outras potenciais histórias de trauma, preocupações médicas, etc.

Referência 11: Reconhecer que as pessoas TGNC vivem melhor quando recebem apoio social e cuidado afirmativo.

As pessoas TGNC que receberam apoio social relativo à sua identidade de gênero e expressão de gênero melhoraram sua qualidade de vida. Vários estudos indicam que a aceitação familiar de adolescentes e adultos TGNC é associada com taxas menores de desfechos negativos, como depressão, suicídio e comportamentos de risco e infecção por HIV. As pessoas TGNC, entretanto, frequentemente experienciam de forma flagrante ou sutil o preconceito anti-trans, a discriminação e até mesmo a violência dentro de suas famílias. Muitas pessoas TGNC procuram apoio por meio de relações com pares, famílias escolhidas e comunidades nas quais têm mais propensão a vivenciar a aceitação. Para algumas pessoas TGNC, o apoio de comunidades religiosas e espirituais fornece uma fonte importante de resiliência.

Psicólogas/os são encorajadas/os a estarem conscientes da importância do apoio social e a ajudarem pessoas TGNC na idade adulta e adolescência a construir redes de apoio social nas quais sua identidade de gênero é aceita e afirmada. Psicólogas/os devem auxiliar as pessoas TGNC em relação às dinâmicas familiares que podem surgir no curso da exploração e estabilização da identidade de gênero. Dependendo do contexto da prática psicológica, esses

assuntos podem ser abordados no trabalho individual com clientes TGNC, em sessões conjuntas incluindo membras/os de seu sistema de apoio, terapia familiar ou terapia em grupo. Psicólogas/os podem ajudar as pessoas TGNC a decidir como e quando revelar sua identidade de gênero no trabalho ou escola, em comunidades religiosas e para amigas/os e contatos em outros ambientes. Pessoas TGNC que decidirem não se assumir em todos os campos de suas vidas ainda podem se beneficiar de grupos de apoio afirmativos com pares presencialmente ou online.

Referência 12: Entender os efeitos que as mudanças na identidade de gênero e expressão de gênero têm sobre os relacionamentos românticos e sexuais de pessoas TGNC.

Revelar uma identidade TGNC pode ter um impacto importante no relacionamento entre pessoas TGNC e suas/seus parceiras/os. Às vezes, os papéis no relacionamento são renegociados no contexto de uma pessoa TGNC se assumir para sua/seu parceira/o. Suposições acerca do que significa ser um “marido” ou uma “esposa” podem mudar se a identidade de gênero da/do esposa/o de alguém mudar. Psicólogas/os devem auxiliar as pessoas TGNC a explorar uma variedade de questões em seus relacionamentos e sexualidade, incluindo quando e como se assumir para as/os parceiras/os românticas/os e sexuais atuais ou em potencial, comunicando seus desejos sexuais, adaptando-se às mudanças corporais causadas pelo uso de hormônios ou cirurgias. Enquanto psicólogas/os podem auxiliar as/os parceiras/os a entender as decisões de uma pessoa TGNC, as pessoas TGNC também podem se beneficiar ao cultivarem a consciência das formas em que essas decisões influenciam as vidas de suas/eus parceiras/os.

Referência 13: Entender como a criação de filhas/os e a formação de famílias entre as pessoas TGNC ocorre de formas variadas.

As pessoas TGNC podem considerar a construção familiar e a criação de filhas/os. Algumas pessoas irão buscar apoio para tratar dessas questões dentro dos sistemas familiares pré-existentes; outras irão explorar a criação ou expansão de uma família, e outras, ainda, precisarão tomar decisões referentes a questões sobre fertilidade relacionadas à terapia com hormônios, supressão da puberdade ou transição cirúrgica. As mudanças médicas e/ou sociais de uma/um mãe/pai TGNC podem alterar a dinâmica familiar, criando desafios e oportunidades para as/os parceiras/os, crianças e outras/os integrantes da família. Ao discutir as opções de construções familiares com pessoas TGNC, as/os psicólogas/os são encorajadas/os a permanecerem conscientes de que algumas dessas opções requerem

intervenções médicas entendendo a diversidade das construções familiares possíveis de famílias formadas por uma ou mais pessoa TGNC.

Referência 14: Reconhecer os benefícios potenciais de uma abordagem interdisciplinar no cuidado com pessoas TGNC e trabalhar de forma colaborativa com outros profissionais.

A colaboração entre disciplinas pode ser crucial ao trabalhar com pessoas TGNC, por conta da interação potencial entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os desafios de viver com uma identidade estigmatizada e a necessidade de muitas pessoas TGNC de realizar mudanças sociais e/ou médicas, podem solicitar o envolvimento de profissionais da saúde de várias disciplinas, incluindo psicólogas/os, psiquiatras, advogadas/os, assistentes sociais, médicas/os comunitários, endocrinologistas, enfermeiras/os, farmacêuticas/os, cirurgiãs/ões, ginecologistas, urologistas, fonoaudiólogas/os, fisioterapeutas, assim como conselheiras/os tutelares e conselheiras/os educacionais ou profissionais e profissionais do campo da estética pessoal (depiladoras/es, maquiadoras/es, etc), por exemplo.

A colaboração de psicólogas/os com colegas da medicina e disciplinas da saúde associadas envolvidas/os no cuidado de clientes TGNC (e.g., tratamento hormonal e cirúrgico, atenção primária em saúde de ocorrer de forma oportuna. Por exemplo, uma/um psicóloga/o trabalhando com um homem trans que tem o diagnóstico de transtorno bipolar pode precisar se articular com a pessoa que presta o cuidado primário e com a/o psiquiatra para ajustar seus níveis hormonais e medicações psiquiátricas, dado que a testosterona pode ter um efeito no humor. No nível da atenção básica, a colaboração pode envolver a produção da documentação requerida que as pessoas TGNC apresentam para cirurgiãs/ões ou médicas/os para acessar intervenções médicas afirmativas de gênero (e.g. cirurgias, terapia hormonal). Psicólogas/os podem oferecer apoio, informação, educação para as/os colegas que não são familiarizados com as questões de identidade de gênero e expressão de gênero para auxiliar as pessoas TGNC a obterem o cuidado afirmativo de sua identidade. Por exemplo, uma/um psicóloga/o que está auxiliando uma mulher trans a passar pela cirurgia de redesignação pode, com o consentimento dela, entrar em contato com sua/seu nova/o ginecologista para preparar sua primeira visita médica. Esse contato pode incluir compartilhar informações gerais sobre seu histórico e discutir como ambas/os profissionais podem, mais afirmativamente, auxiliar os exames de saúde apropriados para garantir sua melhor condição de saúde física e mental.

Referência 15: Respeitar o bem-estar e os direitos de participantes TGNC em pesquisas e analisar os resultados com acurácia, evitando o mau uso ou representação inadequada dos achados.

Há uma grande necessidade de pesquisas para informar a prática, incluindo abordagens afirmativas do tratamento com pessoas TGNC. Apesar de existir evidência suficiente para apoiar as atuais formas de cuidados, há muito ainda para ser aprendido de forma a otimizar a qualidade do cuidado das/os pacientes TGNC, especialmente no que está relacionado ao tratamento de crianças. Todas/os as/os psicólogas/os conduzindo pesquisas, ainda que não sejam especificamente com populações TGNC, são encorajadas/os a fornecer uma variedade de opções para obter informações demográficas sobre as pessoas TGNC para poderem ser incluídas/os e representadas/os com acurácia. Recomenda-se o uso do método de dois passos, primeiro perguntando o sexo designado ao nascimento e em seguida a identidade de gênero. Além disso, deve-se considerar que os achados sobre um subgrupo de pessoas TGNC podem não se aplicar a outros subgrupos. Por exemplo, resultados de um estudo com mulheres trans não-brancas com um histórico de trabalho sexual que vivem em áreas urbanas podem não ser generalizados para todas as mulheres trans não-brancas ou para uma população de pessoas TGNC.

Referência 16: Preparar futuros profissionais de psicologia para trabalhar de forma competente com pessoas TGNC

A formação sobre identidade de gênero na psicologia tem sido frequentemente agrupada nas discussões sobre orientação sexual ou em aulas sobre a sexualidade humana. Algumas/uns acadêmicas/os têm sugerido que psicólogas/os e estudantes podem erroneamente acreditar que obtiveram o conhecimento e a consciência adequados sobre as pessoas TGNC por meio de treinamento focado nas populações LGB. Entretanto, existem diferenças importantes entre as necessidades terapêuticas de pessoas TGNC e de pessoas LGB. Além disso, a ausência de informação distinta e acurada sobre populações TGNC na formação em psicologia não só perpetua o mau entendimento e marginalização de pessoas TGNC por psicólogas/os, mas também contribui para a marginalização contínua de pessoas TGNC na sociedade como um todo.

Por conta da ausência de informação da sociedade e do estigma associado com pessoas TGNC, garantir que a educação, treinamento e supervisão psicológica seja afirmativa, e não patologizante, irá requerer cuidado por parte das/dos educadoras/es. As/os estudantes devem

desenvolver uma atitude profissional de não-julgamento para as pessoas que podem vir a ter experiências de identidade de gênero e expressão diferentes das suas. As/os psicólogas/os com expertise são encorajadas/os a promover educação contínua e treinamento para ajudar a discutir essas falhas na formação. Psicólogas/os que atuam formando futuros profissionais podem incorporar atividades que aumentem a consciência do privilégio cisgênero, preconceito anti-trans e discriminação. Por fim, ao se comprometer com essas abordagens, é importante incluir uma ampla variedade de experiências TGNC para refletir a diversidade inerente à própria comunidade.

REFERÊNCIAS

- Amaral, D. M. (2011). *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. (Tese de Doutorado). Recuperada de: http://academia.edu/2530081/Os_desafios_da_despatologizacao_da_transexualidade_r_eflexoes_sobre_a_assistencia_a_transexuais_no_Brasil
- Ah-King, M. (2007). Sexual Selection Revisited—Towards a Gender-Neutral Theory and Practice a Response to Vandermassen's Sexual Selection: A Tale of Male Bias and Feminist Denial. *European Journal of Women's Studies*, 14, 341-348.
- American Psychological Association. (1975). Report of the task force on sex bias and sex-role stereotyping in psychotherapeutic practice. *American Psychologist*, 30, 169-1175.
- American Psychological Association (2015). *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People*. Recuperado de: <https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>
- Antunes, P. P. S., & Mercadante, E. F. (2011). Travestis, envelhecimento e velhice. *Kairós: Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 14, 109-132.
- Arán, M. (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 9, 49-63.
- Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 14, 1141-1149.
- Araujo, L., Oliveira, J., Sousa, V., & Castanha, A. (2007). Children adoption by homosexual couples: a comparative study between law and psychology students. *Psicologia & Sociedade*, 19, 95-102.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. D., & Oliveira, R. V. (2007). Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 20, 397-405.
- Ayres, J. R. (1997). *Sobre o risco - para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J. R., França Jr. I., Calazans, G., & Saletti, F. H. (2000). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. Em R. M. Barbosa & R. Parker (Orgs.) *Sexualidades pelo avesso* (pp. 49-73). São Paulo: Editora 34.
- Ayres, J.R., Paiva, V., & França Jr., I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. Em Paiva, V., Ayres, J.R. & Buchalla, M.C. *Vulnerabilidade e direitos humanos – Prevenção e promoção da saúde – Livro I - Da doença à cidadania* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá Editora.

- Balzer, C., Dutta, J. S., Adrián, T., & Hyndal, P. (2012). *Transrespect versus Transphobia Worldwide: A Comparative Review of the Human-rights Situation of Gender-variant/Trans People*. Berlin, Germany: Transgender Europe (TGEU).
- Baral, S. D., Poteat, T., Strömdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13, 214-22.
- Barbosa, B. C. (2013). Doidas e putas: usos das categorias travesti e transexual. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 14(2), 352-379.
- Barbosa, R. M. & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, s291-s300.
- Barros, M. C., Natividade, J. C. & Hutz, C. S. (2013). Construção e validação de uma medida de papéis de gênero. *Avaliação Psicológica*, 12, 317-324.
- Bartoş, S. E., Berger, I., & Hegarty, P. (2014). Interventions to reduce sexual prejudice: A study-space analysis and meta-analytic review. *The Journal of Sex Research*, 51, 363-382.
- Bauer, G. R. (2012). *Table of Trans PULSE Survey Scales: CRONBACH'S ALPHA*. (Relatório de pesquisa).
- Bauer, G. R., & Scheim, A. I. (2013). Sampling bias in transgender studies. *Lancet Infectious Diseases*, 13, 832.
- Bauer, G. R., Scheim, A. I., Deutsch, M. B., & Massarella, C. (2014). Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine*, 63, 713-720.
- Bauer, G. R., Travers, R., Scanlon, K., & Coleman, T. (2012). High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health*, 12, 292.
- Bauer, G.R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K.M., & Boyce, M. (2009): "I don't think this is theoretical; this is our lives." How erasure impacts health care for transgender people. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 348-361.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 42, 155-162.
- Bem, S. L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 45, 196-205.

- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon: A scientific report on transsexualism and sex conversion in the human male and female*. New York: Julian Press
- Berkman, A., Garcia, J., Munoz-Laboy, M., Paiva, V., & Parker, R. (2005). A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: Lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health, 95*(7), 1162-1172.
- Blake, S.M., Ledsky, R., Lehman, T., Goodenow, C., Sawyer, R., & Hack, T. (2001). Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: The benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *American Journal of Public Health, 91*, 940-946.
- Bockting, W. O., Miner, M. H., Swinburne Romine, R. E., Hamilton, A., & Coleman, E. (2013). Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *American Journal of Public Health, 103*, 943-951.
- Bockting, W. (2009). Transforming the paradigm of transgender health: a field in transition. *Sexual & Relationship Therapy, 24*(2), 103-107.
- Borges, L. S. (2014). Feminismos, teoria queer e psicologia social crítica:(re) contando histórias. *Psicologia & Sociedade, 26*, 280-289.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto), 22*, 423-432.
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health, 103*, 1820-1829.
- Burgess, D., van Ryn, M., Dovidio, J., & Saha, S. (2007). Reducing racial bias among health care providers: lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine, 22*, 882-887.
- Carballo-Diéguez, A., Balan, I., Dolezal, C., & Mello, M. B. (2012). Recalled sexual experiences in childhood with older partners: A study of Brazilian men who have sex with men and male-to-female transgender persons. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 363-376.
- Carvalho, M. F. L. (2011). A (im) possível pureza: medicalização e militância na experiência de travestis e transexuais. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana, 8*, 36-62.

- Carvalho, M. F. L., & Carrara, S. (2013). Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 14, 319-351.
- Ceará, A. D. T., & Dalgalarrodo, P. (2010). Mental disorders, quality of life and identity in middle-age and older homosexual adults. *Archives of Clinical Psychiatry*, 37, 118-123.
- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P. U., Rocha, K., Moura, A. Barbosa, L. e Herme, J. (2010). Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 235-245.
- Chapman, M. (2011). What clicks worldwide? Rich media can help lift click-through-but only a little. *Adweek*. Recuperada de: [http:// www.adweek.com/news/advertising-branding/what-clicks-worldwide-132085](http://www.adweek.com/news/advertising-branding/what-clicks-worldwide-132085)
- Chapman, R., Watkins, R., Zappia, T., Combs, S., & Shields, L. (2012). Second - level hospital health professionals' attitudes to lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health for their children. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 880-887.
- Chrisler, J. C., de las Fuentes, C., Durvasula, R. S., Esnil, E. M., McHugh, M. C., Miles-Cohen, S. E., ... & Wisdom, J. P. (2013). The American Psychological Association's Committee on Women in Psychology 40 Years of Contributions to the Transformation of Psychology. *Psychology of Women Quarterly*, 37, 444-454.
- Cochran, S. D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C., Atalla, E., ... & Reed, G. M. (2014). Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 672-679.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of sexual behavior*, 39, 499-513.
- Colapinto, J. (2001). *As nature made him: The boy raised as a girl*. New York, NY: Harper Perennial.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Zucker, K. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13, 165-232.
- Comrey, A. L. (1970). Construct validation of the Comrey Personality Scales. *Multivariate Behavioral Research*, 5, 469-477.

- Comrey, A. L. (2008). The Comrey personality scales. Em G. J. Boyle, G. Matthews, G. & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and testing: Vol 2 personality measurement and assessment* (pp. 113-134). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Condry, J., & Condry, S. (1976). Sex differences: A study of the eye of the beholder. *Child development*, 47, 812-819.
- Conselho Federal de Psicologia (2013). *Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres*. Brasília: autor.
- Conselho Federal de Psicologia (s.d). *Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans*. Recuperado de: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>. Acessado em: 10/10/2014
- Constantinople, A. (1973). Masculinity-femininity: an exception to a famous dictum? *Psychological bulletin*, 80, 389-407.
- Costa, A.B., Machado, W.D., Bandeira, D.R., & Nardi, H.C. (in press) Validation study of the revised version of the Scale of Prejudice Against Sexual and Gender Diversity in Brazil. *Journal of Homosexuality*.
- Costa, A. B., & Nardi, H. C. (2013). Diversidade sexual e avaliação psicológica: os direitos humanos em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33, 124-137.
- Costa, A. B., Peroni, R. O., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2013). Homophobia or sexism? A systematic review of prejudice against nonheterosexual orientation in Brazil. *International Journal of Psychology*, 48, 900-909.
- Costa, A. B., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2015). Evaluation of prejudice against sexual and gender diversity: Construction of an instrument. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32, 163-172.
- Costa, A. B., Fontanari, A. M. V., Jacinto, M. M., da Silva, D. C., Lorencetti, E. K., da Rosa Filho, H. T., ... & Lobato, M. I. R. (2015). Population-Based HIV Prevalence and Associated Factors in Male-to-Female Transsexuals from Southern Brazil. *Archives of sexual behavior*, 44, 521-524.
- Costa, A. B., Peroni, R. O., de Camargo, E. S., Pasley, A., & Nardi, H. C. (2015). Prejudice Toward Gender and Sexual Diversity in a Brazilian Public University: Prevalence, Awareness, and the Effects of Education. *Sexuality Research and Social Policy*, Advance online publication. doi: 10.1007/s13178-015-0191-z

- Costa, F. R. (2009). *Escala de Personalidade de Comrey – CPS 3ª edição*. São Paulo: Vetor Editora.
- Cunha, R. B. B. & Gomes, R. (2015). Young male homosexuals and their health: a systematic review. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 57-70.
- Dahan, R., Feldman, R., & Hermoni, D. (2007). The importance of sexual orientation in the medical consultation. *Harefuah*, 146(8), 626-30.
- Darwin, C. (1933). *A Descendência do Homem e a seleção sexual*. Rio de Janeiro, Editora Marisa.
- Davidson, M. (2007). Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category transgender. *Sexuality Research & Social Policy*, 4, 60-80.
- Davies, C., Yarber, W., Bauserman, R., Schreer, G., & Davis, C. (2010) *Handbook of Sexuality-Related Measures*. London: Routledge.
- De March Ronsoni, R., Schwingel, F. L., Melo, L. H., de Albernaz Muniz, R. Z., Lourenço, K. C., Magalhães, P. S. C., & da Luz, A. P. Z. (2007). Pulmonary embolism due to liquid silicone: Case report. *Respiratory Medicine Extra*, 3, 172-174.
- Diamond, L. M. (2009). *Sexual fluidity*. Harvard University Press.
- Diamond, M., & Sigmundson, H. K. (1997). Sex reassignment at birth: Long-term review and clinical implications. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 151, 298-304.
- Diaz, R.M., Ayala, G., Bein, E., Jenne, J., & Marin, B.V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of Latino gay men. *American Journal of Public Health*, 91, 927–932.
- Dos Santos Amaral, M., Silva, T. C., de Oliveira Cruz, K., & Toneli, M. J. F. (2014). “Do travestismo às travestilidades”: Uma revisão do discurso acadêmico no Brasil entre 2001-2010. *Revista Psicologia & Sociedade*, 26, 301-311.]
- Dovidio, J., Hewstone, M., Glick, P. & Esses, V. (2010). *The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination*. London, UK: SAGE Publications Ltd.
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427-460.
- Drescher, J. (2014). Controversies in gender diagnoses. *LGBT Health*, 1(1), 10-14.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24, 568-577.

- Dudley, M.G., Rostosky, S.S., Korfhage, B.A., & Zimmerman, R.S. (2004). Correlates of high-risk sexual behavior among young men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 16, 328–340.
- Dunn, T. L., Gonzalez, C. A., Costa, A. B., Nardi, H. C., & Iantaffi, A. (2014). Does the minority stress model generalize to a non-US sample? An examination of minority stress and resilience on depressive symptomatology among sexual minority men in two urban areas of Brazil. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1, 117-131.
- Duque, T. (2012). Da finada à europeia: experiências de ser, não permanecer e estar travesti na adolescência. *Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades*, 6, 173-198.
- Eagly, A. H. (1987). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort North, Ph: Harcourt Brace Javanovich.
- Eagly, A. H., Eaton, A., Rose, S. M., Riger, S., & McHugh, M. C. (2012). Feminism and psychology: Analysis of a half-century of research on women and gender. *American Psychologist*, 67, 211-230
- Egry, E. Y. (1985). Opinions of nursing students about various sexual practices. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 19, 55-73.
- Ellis, H. (2013). *Inversão Sexual*. Lisboa, Portugal: INDEX ebooks.
- Fausto-Sterling, A. (2008). *Myths Of Gender Biological Theories About Women And Men*, Revised Edition. Nova Iorque: Basic Books.
- Ferreira, G. (2011) Sexualidades, gênero e cidadania em um encontro de travestis e transexuais no sul do Brasil. *Pensata*, 1, 23-41.
- Figueiredo, K. M. (2012). Estudo das propriedades psicométricas do Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI) (Trabalho de Conclusão de curso). Recuperado de: <http://premiosilvialane.abepsi.org.br/vencedores-7-edicao/VENCEDORES-KELYANE%20MADUREIRA-TCC.pdf>.
- Finlay, B. & Walther, C. S. (2003). The relation of religious affiliation, service attendance, and other factors to homophobic attitudes among university students. *Review of Religious Research*, 44, 370-393.
- Fiske, S.T. & North, M. S. (2014) Measures of Stereotyping and Prejudice: Barometers of Bias. In G.J. Boyle, D.H. Saklofske, & G. Matthews (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Constructs* (pp. 684-712). San Diego, CA: Academic Press.

- Fleming, M. Z., Jenkins, S. R., & Bugarin, C. (1980). Questioning current definitions of gender identity: Implications of the Bem Sex-Role Inventory for transsexuals. *Archives of sexual behavior*, 9, 13-26.
- Fleury, A. e Torres, A. (2007). Psychosocial analyses of prejudice against homosexuals. *Estudos de Psicologia*, 24, 475-486.
- Foucault, M. (1998). *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2004). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. Em M. Foucault *Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política* (pp. 265-288). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S. (2011) Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina. Em S. Freud *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)* (pp. 114-149). São Paulo: Companhia das Letras
- Friedan, B. (2001). *The feminine mystique*. Nova Iorque: W. W. Norton & Company.
- Fry, P. (1986). Male homosexuality and spirit possession in Brazil. *Journal of Homosexuality*, 11, 137-153.
- Galton, F. (1869). *Hereditary genius*. Londres: Macmillan and Company.
- Gilman, S. L. (1985). *Difference and pathology: Stereotypes of sexuality, race and madness*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Gir, E., Nogueira, M. S., & Pelá, N. T. R. (2000). Human sexuality in nursing education. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8, 33-40.
- Godfrey, K., Haddock, S. A., Fisher, A., & Lund, L. (2006). Essential components of curricula for preparing therapists to work effectively with lesbian, gay, and bisexual clients: A Delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 491-504.
- Grandi, J. L., Goihman, S., Ueda, M., & Rutherford, G. W. (2000). HIV infection, syphilis, and behavioral risks in Brazilian male sex workers. *AIDS and Behavior*, 4, 129-135.
- Grangeiro, A., Laurindo da Silva, L., Teixeira, P.R. (2009). Response to AIDS in Brazil: contributions of social movements and the sanitary reform. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 87-94
- Green, A. R., Carney, D. R., Pallin, D. J., Ngo, L. H., Raymond, K. L., Iezzoni, L. I., & Banaji, M. R. (2007). Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1231-1238.
- Green, J. N. (1999). *Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX*. São Paulo, Brazil: Livraria UNESP

- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 703-714.
- Guaranha, C. (2014). *O Desafio da Equidade e da Integralidade: Travestilidades e Transexualidades no Sistema Único de Saúde* (Tese de Doutorado). Recuperado de: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/115052>
- Guilford, J.P., Zimmerman, W.S. (1949). *The Guilford-Zimmerman Survey: Manual of instructions and interpretations*. Beverly Hills, CA: Sheridan Supply Co.
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., ... & Clayton, P. J. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58, 10-51.
- Hacking, I. (2004). *Historical Ontology*. Cambridge, MS: Harvard University Press.
- Hacking, I. (2007). Kinds of people: Moving targets. *Proceedings-British Academy*, 151, 285-318.
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. Em D.Sperber, D. Premack & A. J. Premack (Eds.) *Causal cognition: A multidisciplinary debate*. Symposia of the Fyssen Foundation. (pp. 351-394). Nova Iorque: Clarendon Press/Oxford University Press
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and the relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. Nova Iorque: Appleton.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hatzenbuehler, M. L. (2014). Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations. *Current Directions in Psychological Science*, 23, 127-132.
- Hegarty, P., & Buechel, C. (2006). Androcentric reporting of gender differences in APA journals: 1965-2004. *Review of General Psychology*, 10, 377-389.
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 460.
- Herbst, J., Jacobs, E., Finlayson, T., McKleroy, V., Neumann, M., Crepaz, N., & HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Team. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 12, 1-17.

- Herdt, G. H. (1996). *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history*. Nova Iorque: Zone Books.
- Herek, G. M. (2004). Beyond “homophobia”: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1, 6-24.
- Herek, G. M., & McLemore, K. A. (2013). Sexual Prejudice. *Annual Review of Psychology*, 64, 309-333.
- Herman-Jeglińska, A., Grabowska, A., & Dulko, S. (2002). Masculinity, femininity, and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 527-534.
- Hernandez, J. A. E. (2009). Reavaliando o Bem Sex-Role Inventory. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26, 73-83.
- Hill, D. B., & Willoughby, B. L. (2005). The development and validation of the genderism and transphobia scale. *Sex roles*, 53, 531-544.
- Hoffman, R. M. (2001). The measurement of masculinity and femininity: Historical perspective and implications for counseling. *Journal of Counseling & Development*, 79, 472-485.
- Hohendorff, J. V. (2014). Como Escrever um Artigo de Revisão de Literatura. Em S. H. Koller, M. C. P. P. Couto & J. V. Hohendorff, J. V. (Org.). *Manual de Produção Científica* (pp. 39-54). Porto Alegre: Penso.
- Hollingsworth, L.S. (1914). Variability as related to sex differences in achievement. *American Journal of Sociology*, 19, 510-530
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, 21, 18-31.
- Hooker, E. (1958). Male homosexuality in the Roscharch. *Journal of Projective Techniques*, 22, 33-54
- Hooks, B. (2000). *Feminist Theory: From Margins to Center*. London: Pluto Press.
- Hoquet, T. (2010). Is Sociobiology Amendable? Feminist and Darwinian women biologists confront the paradigm of sexual selection. *Diogenes*, 57, 113-126.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Censo Demográfico 2010: famílias e domicílios resultados da amostra*. Rio de Janeiro, Brasil: Autor.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). *Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2013*. Recuperado de: <http://www.pnud.org.br/arquivos/ranking-idhm-2010-uf.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015) *Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2015*. Recuperado de:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015.pdf

- Jacques, M. D. G. C., Guareschi, P. A., Carlos, S. A., Bernardes, N. M. G., Fonseca, T. M. G., & Strey, M. N. (2014). *Psicologia social contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Jewell, L.M, Morrison, M.A., Gazzola, S.B. (2012) Modifying heterosexuals' negative attitudes and behaviours toward gay men and lesbian women: Recommended practices for the design of attitudinal and behavioural change interventions. In Todd G. Morrison, Melanie A. Morrison, Mark A. Carrigan, Daragh T. McDermott (Eds), *Sexual minority research in the new millennium* (pp. 205-225). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Katz, J. (1996). *A invenção da heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Editora Ouro.
- Kessler, S. J. (1990). The medical construction of gender: Case management of intersexed infants. *Signs*, 16, 3-26.
- Kessler, S. J. (1998). *Lessons from the Intersexed*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Kessler, S. J., McKenna, W. (1978). *Gender: An ethnomethodological approach*. Chicago, Il: University of Chicago Press.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70-77.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Krafft-Ebing, R. F. (2011) *Psychopathia Sexualis*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. (2002). A study of the prejudice forms against homosexuals in Perspective of Social Representations. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15, 165-178.
- Langlois, J. H., & Downs, A. C. (1980). Mothers, fathers, and peers as socialization agents of sex-typed play behaviors in young children. *Child development*, 51, 1237-1247.
- Laqueur, T. (2001). *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Leite Jr., J. (2011). *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. São Paulo: Annablume

- Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 521-548.
- Lippa, R., & Connelly, S. (1990). Gender diagnosticity: A new Bayesian approach to gender-related individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1051-1065.
- Lobato, M. I., Koff, W. J., Schestatsky, S. S., Chaves, C. P. D. V., Petry, A., Crestana, T., ... Henriques, A. A. (2007). Clinical characteristics, psychiatric comorbidities and sociodemographic profile of transsexual patients from an outpatient clinic in Brazil. *International Journal of Transgenderism*, 10, 69-77.
- Longman, R (2012). *Self-reported racism, transphobia, their intersection and impact on past-year HIV related sexual risk behaviour* (Dissertação de mestrado). Recuperada de <http://ir.lib.uwo.ca/etd/390>
- Machado, M. H. (1986). Women's participation in the health sector in Brazil - 1970/80. *Cadernos de Saúde Pública*, 2, 449-460.
- Márcia, A., Zaidhaft, S., & Murta, D. (2008). Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*, 20, 70-79.
- Marques, Daiane Maus, & Nardi, Henrique Caetano. (2011). Anormais, bárbaros e bárbaras: trajetórias de vida e homossexuais e clínica psicológica. *Aletheia*, 35-36, 109-122.
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., ... & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health*, 49, 115-123.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., ... & Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: A meta - analysis and methodological review. *Addiction*, 103, 546-556.
- Martins, T. A., Kerr, L. R. F., Macena, R. H., Mota, R. S., Carneiro, K. L., Gondim, R. C., & Kendall, C. (2013). Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: a respondent-driven sampling survey. *AIDS care*, 25, 606-612.
- Matos, I.M., Toassi, R. F. T., & de Oliveira, M. C. (2013). Health professions and occupations and feminization process: trends and implications. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 13, 239-244.

- McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J., & Regan, M. (2012). *Trans Mental Health and Emotional Wellbeing Study*. (Relatório de pesquisa). Recuperado de: http://www.scottishtrans.org/Uploads/Resources/trans_mh_study.pdf
- Mead, M. (2011). *Sex and temperament in three primitive societies*. Nova Iorque: Harper Perennial.
- Medeiros, R. D. D., Azevedo, G. D. D., Maranhão, T. M. D. O., Gonçalves, A. K., Barros, Y. E., Araújo, A. C. P. F. D., & Lima, S. L. L. (2014). Impacto da inserção da temática saúde sexual e reprodutiva na graduação de Medicina. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36, 107-112.
- Mello, L. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 9, 7-28.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 38-56.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674-697.
- Meyer, I. H., Schwartz, S., & Frost, D.M. (2008). Social patterning of stress and coping: does disadvantaged social statuses confer more stress and fewer coping resources? *Social Science and Medicine*, 67, 368-379.
- Meyerowitz, J. (2004). *How sex changed: A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ministério da Saúde (2010). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde (2012). Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. (2013). Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde (2015) Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Autor.
- Minton, H. L. (2000). Psychology and gender at the turn of the century. *American Psychologist*, 55, 613-635.
- Miskolci, R. & Pelúcio, L. (2007). Fora do Sujeito e Fora do Lugar: reflexões sobre performatividade a partir de uma etnografia entre travestis. *Gênero*, 7, 257-267.
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man & woman, boy & girl: The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore: Johns Hopkins University.

- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1957). Imprinting and the establishment of gender role. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 77, 333–336.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955). An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 97, 301–319.
- Montague, H., & Hollingworth, L. S. (1914). The comparative variability of the sexes at birth. *American Journal of Sociology*, 20, 335-370.
- Morawski, J. G. (1985). The measurement of masculinity and femininity: Engendering categorical realities. *Journal of Personality*, 53, 196-223.
- Muehlenhard, C. L., & Peterson, Z. D. (2011). Distinguishing between sex and gender: History, current conceptualizations, and implications. *Sex Roles*, 64, 791-803.
- Muller, M. I., & Knauth, D. R. (2008). Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é'babado' *Cadernos EBAPE.BR*, 6, 1-14.
- Mustanski, B. S., Garofalo, R., & Emerson, E. M. (2010). Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *American Journal of Public Health*, 100, 2426-2432.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2007). A marginalização dos estudos feministas e de gênero na psicologia acadêmica contemporânea. *Psico*, 38, 216-223.
- Nemoto, T., Operario, D., Keatley, J., Han, L., & Soma, T. (2004). HIV risk behaviors among male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 94, 1193-1199.
- Nicol, P., Chapman, R., Watkins, R., Young, J., & Shields, L. (2013). Tertiary paediatric hospital health professionals' attitudes to lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3396-3405.
- Nuernberg, A. H., Toneli, M. J. F., Medrado, B., & Lyra, J. (2011). Feminism, Psychology, and Gender Studies: The Brazilian Case. Em A. J. Marsella (Ed.) *Handbook of International Feminisms International and Cultural Psychology* (pp. 109-127). Nova Iorque: Springer.
- Operario, D., & Nemoto, T. (2005). Sexual risk behavior and substance use among a sample of Asian Pacific Islander transgendered women. *AIDS Education and Prevention*, 17, 430-443.

- Operario, D., Nemoto, T., Iwamoto, M., & Moore, T. (2011). Unprotected sexual behavior and HIV risk in the context of primary partnerships for transgender women. *AIDS and Behavior*, 15, 674-682.
- Operario, D., Soma, T., & Underhill, K. (2008). Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 48, 97-103.
- Paluck, E. L., & Green, D. P. (2009). Prejudice reduction: What works? A review and assessment of research and practice. *Annual Review of Psychology*, 60, 339-367.
- Parker, R. G. (1999). *Beneath the Equator: Cultures of desire, male homosexuality, and emerging gay communities in Brazil*. New York: Routledge.
- Pascom, A. R. P., Arruda, M. R., & Simão, M. B. G. (2011). *Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos 2008*. Brasília : Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- Pelúcio, L. (2005). Na noite nem todos os gatos são pardos. Notas sobre a prostituição travesti. *Cadernos Pagu*, 25, 217-249.
- Pelúcio, L., & Miskolci, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da AIDS e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, 1, 125-157.
- Pereira, D. F. & Bandeira, D. R. (2009). *Aspectos práticos da avaliação psicológica nas organizações*. São Paulo: Vetor.
- Peres, W. S. (2008). Violência estrutural e AIDS na comunidade travesti brasileira. *Revista de Psicologia da UNESP*, 3, 21-31.
- Pickren, W. & Rutherford, A. (2010). *A history of modern psychology in context*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Potat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., ... & Operario, D. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385, 274-286.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2013). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília: autor.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

- Rocha, K. B., Barbosa, L. H. R., Barboza, C. Z., Calvetti, P. Ü., de Carvalho, F. T., Santos, E. C., ... & Moura, A. D. S. (2009). Attitudes and Perceptions of the Brazilian Public Health System by Transgender Individuals. *Forum: Qualitative Social Research*, 10.
- Rodrigues, A. (1979). As escalas de personalidade de Comrey (CPS): desenvolvimentos recentes e novos grupos normativos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 31, 155-166.
- Romano, V. F. (2008). As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde e Sociedade*, 17, 211-219.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rotondi, N., Bauer, G., Travers, R., Travers A., Scanlon, K., & Kaay, M. (2011). Depression in Male-to-Female Transgender Ontarians: Results from the Trans PULSE Project. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30, 113–133.
- Roughgarden, J. (2004). Evolution and the Embodiment of Gender. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 10, 287-291.
- Rufino, A. C., Madeiro, A. P., & Girão, M. J. B. C. (2013). O Ensino da Sexualidade nos Cursos Médicos: a Percepção de Estudantes do Piauí. *Revista brasileira de educação médica*, 37, 178-185.
- Rufino, A. C., Madeiro, A., & Girão, M. J. B. C. (2014). Sexuality education in Brazilian medical schools. *The journal of sexual medicine*, 11, 1110-1117.
- Scher, L. J. (2009). Beyond acceptance: An evaluation of the safe zone project in a clinical psychology doctoral program (Tese de Doutorado). Recuperado de: <http://gradworks.umi.com/33/33/3333987.html>
- Secretaria de Direitos Humanos (2012). *Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano 2012*. Brasília: autor. Recuperado de: www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012
- Seffner F. (2006). *O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório*. Recuperado de: <http://www.AIDS.gov.br/publicacao/o-conceito-de-vulnerabilidade-uma-ferramenta-util-em-seu-consultorio>
- Serano, J. (2007). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Berkley, CA: Seal Press.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32, 705-714.
- Shields, S. (1975). Functionalism, Darwinism, and the psychology of women. *American Psychologist*, 30, 739-754.

- Shields, S. A. (1982). The variability hypothesis: The history of a biological model of sex differences in intelligence. *Signs*, 7, 769-797.
- Shields, S. A., & Diccico, E. C. (2011). The Social Psychology of Sex and Gender From Gender Differences to Doing Gender. *Psychology of Women Quarterly*, 35, 491-499.
- Silva, A. S., & Barboza, R. (2009). Exclusão social e consciência política: luta e militância de transgêneros no ENTLAIDS. *Cadernos CERU*, 20, 257-276.
- Silveira, D. D., & Jorge, M. R. (1998). Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não-clínica de adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 251-261.
- Silverman, L. K. (1989). It all began with Leta Stetter Hollingworth: The story of giftedness in women. *Journal for the Education of the Gifted*, 12, 86-98.
- Snively, C. A., Kreuger, L., Stretch, J. J., Watt, J. W., & Chadha, J. (2004). Understanding homophobia: Preparing for practice realities in urban and rural settings. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 17, 59-81.
- Socias, M., Marshall, B., Arístegui, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International journal for equity in health*, 13, 81.
- Sousa, P. J. D., Ferreira, L. O. C., & Sá, J. B. D. (2013). Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2239-2251.
- Souza, M. H. T. D., Signorelli, M. C., Coviello, D. M., & Pereira, P. P. G. (2014). Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 2277-2286.
- Spence, J. T. (1993). Gender-related traits and gender ideology: evidence for a multifactorial theory. *Journal of personality and social psychology*, 64, 624-635.
- Spence, J. T. (2011). Off with the old, on with the new. *Psychology of women quarterly*, 35, 504-509.
- Spence, J. T., & Buckner, C. E. (2000). Instrumental and expressive traits, trait stereotypes, and sexist attitudes: What do they signify? *Psychology of women quarterly*, 24, 44-53.
- Staum, M. S. (2003). Labeling people: french scholars on society race and empire, 1815-1848. Montreal, Canada: McGill-Queen's University Press
- Strathdee, S., Hogg, R., Martindale, S., Cornelisse, P., Craib, K., Montaner, J., & Schechter, M. (1998). Determinants of sexual risk-taking among young HIV-negative gay and

- bisexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 19, 61-66.
- Stroumsa, D. (2014). The state of transgender health care: policy, law, and medical frameworks. *American Journal of Public Health*, 104, e31-e38.
- Tagliamento, G. (2012). (IN) Visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-153242>
- Tate, C. C., Youssef, C. P., & Bettergarcia, J. N. (2014). Integrating the study of transgender spectrum and cisgender experiences of self-categorization from a personality perspective. *Review of General Psychology*, 18, 302-312.
- Terman, L. M., & Miles, C. C. (1936). *Sex and personality: studies in masculinity and femininity*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Thompson, H. B. (1903). *The mental traits of sex*. Chicago: University of Chicago Press.
- TransPULSE (2012). *TransPULSE: provincial survey*. (Relatório de Pesquisa). Recuperado de: <http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/05/Trans-PULSE-survey-information-only-copy-2012.pdf>
- Tucker, E. W., & Potocky-Tripodi, M. (2006). Changing heterosexuals' attitudes toward homosexuals: A systematic review of the empirical literature. *Research on Social Work Practice*, 16, 176-190.
- Unger, R. K. (1979). Toward a redefinition of sex and gender. *American Psychologist*, 34, 1085-1094.
- Ussher, J. M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism & Psychology*, 23, 63-69.
- Valadao, R.C., & Gomes, R. (2011). Female homosexuality in health: from invisibility to violence. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21, 1451-1467.
- Valentine, D. (2007). *Imagining transgender, an ethnography of a category*. Durham: Duke University Press.
- Varella, D., Tuason, L., Proffitt, M. R., Escalera, N., Alquezar, A., & Bukowski, R. M. (1996). HIV infection among Brazilian transvestites in a prison population. *AIDS Patient Care and STDs*, 10, 299-302.
- Warner, M. (1993). *Fear of a queer planet: Queer politics and social theory*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press
- Weinberg, G. (1972). *Society and the healthy homosexual*. Nova Iorque: St. Martin's Press.

- World Health Organization. (2012). *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects*. Geneva, Suíça: Autor.
- Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E. V. E. L. Y. N. E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., ... & T'Sjoen, G. (2013). Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *European Journal of Endocrinology*, 169, 471-478.
- Wierckx, K., Mueller, S., Weyers, S., Van Caenegem, E., Roef, G., Heylens, G., & T'sjoen, G. (2012). Long - Term Evaluation of Cross - Sex Hormone Treatment in Transsexual Persons. *The journal of sexual medicine*, 9, 2641-2651.
- Will, J. A., Self, P. A., & Datan, N. (1976). Maternal behavior and perceived sex of infant. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46, 135-139.
- Wilson, P. A., & Yoshikawa, H. (2007). Improving access to health care among African-American, Asian and Pacific Islander, and Latino lesbian, gay, and bisexual populations. In I.H. Meyer & M. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations* (pp. 607-637). New York: Springer.
- Yen, C. F., Pan, S. M., Hou, S. Y., Liu, H. C., Wu, S. J., Yang, W. C., & Yang, H. H. (2007). Attitudes toward gay men and lesbians and related factors among nurses in Southern Taiwan. *Public Health*, 121, 73-79.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: aspectos estruturais, sociais, culturais e comportamentais associados ao HIV em transexuais

Vimos lhe convidar para participar desta pesquisa vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS, que tem como objetivo compreender as vivências e a saúde de homens e mulheres transexuais. Para isso, faremos um aplicação de um questionário. A aplicação terá duração de cerca de 1 hora. A pesquisa se realizará no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os/as participantes deste estudo estarão contribuindo para a obtenção de maior conhecimento das questões relacionadas à transexualidade. Os riscos deste estudo poderão ser o desconforto de falar sobre temas íntimos como a transexualidade, gênero, sexualidade, preconceito e suas experiências de vida. Os pesquisadores estarão disponíveis em todos os momentos para esclarecimento de quaisquer dúvidas em relação à pesquisa e o/a participante tem a liberdade para abandonar a pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si e para seu atendimento no HCPA (HCFMUSP).

Será mantida privacidade e sigilo absoluto em relação à identidade ou dados que permitam a identificação dos/as participantes. Os dados coletados serão armazenados pelos pesquisadores responsável no Instituto de Psicologia da UFRGS. Eu, _____ fui informado/a dos objetivos da pesquisa acima de forma clara e detalhada, assim como esclareci minhas dúvidas quanto à pesquisa. Sei que em qualquer momento posso interromper minha participação e esclarecer mais questões sobre a pesquisa. Fui informado(a) que caso tenha alguma questão quanto à pesquisa posso contatar o Psic. Angelo Brandelli Costa, responsável pela pesquisa, no telefone (51) 3359-8000 ou pelo e-mail brandelli.costa@ufrgs.br. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, o Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pode ser contatado pelo número (51) 3359-7640 ou o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pode ser contatado pelo número (51) 3308-5698.

O pesquisador _____ certifica-me de que todos os dados referentes a mim serão confidenciais, somente para fins de pesquisa, e que, meu tratamento no PROTIG/HCPA (AMTIGOS - HCFMUSP), não sofrerei nenhuma influência pela participação. Tenho liberdade para retirar meu consentimento em qualquer momento. Declaro que recebi uma cópia do presente Termo de Consentimento:

Nome	Assinatura do Participante	Data

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

ANEXO B

PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA

11/04/13

Sistema Pesquisa - Pesquisador

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Silvia Helena Koller

Projeto Nº: 24421

Título: ASPECTOS ESTRUTURAIS, SOCIAIS, CULTURAIS E COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO HIV EM TRANSEXUAIS

COMISSAO DE PESQUISA DE PSICOLOGIA: Parecer

O objetivo principal do projeto de pesquisa é investigar determinantes sociais relacionados ao HIV/AIDS em transexuais. Para esta investigação será utilizado o survey do TransPULSE, o qual foi desenvolvido por pesquisadora canadense. Este instrumento será adaptado e validado para o contexto brasileiro. Participarão do projeto transexuais que frequentam o Programa de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTIG- HCPA) e o Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMTIGOS - HCFMUSP). As opções metodológicas dos pesquisadores foram devidamente explicitadas, sendo os procedimentos de coleta e análise dos dados descritos de maneira adequada. A Comissão de Pesquisa aprova o projeto apresentado, destacando sua bem fundamentada justificativa e sua relevância social. Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Psicologia

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS ESTRUTURAIS, SOCIAIS, CULTURAIS E COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO HIV EM TRANSEXUAIS.

Pesquisador: Sílvia Helena Koller

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14221513.4.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 321.996

Data da Relatoria: 03/06/2013

Apresentação do Projeto:

O objetivo deste projeto é investigar determinantes sociais relacionados ao HIV/AIDS e outras condições de saúde, em transexuais. Ele é derivado da tese de doutorado do coordenador do projeto, a qual está em desenvolvimento no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Embora a alta prevalência da infecção por HIV entre as pessoas transexuais seja comumente assumida, muito pouco se sabe sobre as reais

taxas de infecção, a frequência de testagem, comportamentos sexuais de risco e até mesmo a estrutura sócio-demográfica dessa população. Além disso, pouco se sabe sobre como fatores estruturais, sociais e culturais podem influenciar a infecção por HIV nessas populações em um contexto brasileiro. Por outro lado, é fundamental conhecer as necessidades de saúde da população transexual, para além dos procedimentos de modificação

corporal, e as barreiras que dificultam o acesso a serviços de saúde, para que esses serviços possam ser mais bem planejados. Busca-se, portanto, em um primeiro momento, adaptar para o contexto brasileiro o survey do projeto TransPULSE, que tem por objeto investigar os fatores de risco e proteção associados ao adoecimento, em especial por HIV/AIDS, necessidades e dificuldades de acesso a serviços de saúde, e histórico médico da

população transexual. Em um segundo momento, avaliar a população transexual que frequenta o

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)308-5698

Fax: (51)308-5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 321.996

Programa de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTIG- HCPA) e o Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMTIGOS - HCFMUSP). Os itens do survey serão avaliados através de análise estatística descritiva, observando-se tendências centrais e uma análise de regressão será realizada para verificar a relação entre determinantes sociais e o adoecimento por HIV/AIDS, e outras condições.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a relação entre aspectos estruturais, sociais, culturais e comportamentais e a infecção por HIV (entre outras condições de saúde) em transexuais.

Objetivo Secundário:

Buscar a relação de condições de saúde com as seguintes variáveis idade, escolaridade, renda familiar, raça/cor/etnia, identidade sexual, identidade de gênero, religiosidade, estado civil, momento da transição médica e social, preconceito e discriminação relacionados ao trabalho, histórico habitacional, prisional, suporte social, preconceito contra a transexualidade, racismo, violência sexual, relação com a comunidade LGBT,

comportamento sexual, satisfação, ansiedade e medo, problemas com a imagem corporal, atitudes e habilidades em relação ao sexo protegido, satisfação de vida e bem-estar subjetivo, uso de álcool, cigarro e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esse projeto atende a resolução 196/96 do CNS e a 16/2000 do CFP. O estudo solicitará informações sensíveis em relação à experiências em relação à sexualidade, o que pode afetar emocionalmente os participantes. A probabilidade desse risco é pequena uma vez que as questões são simples. Os participantes não serão obrigados a entrar em detalhes, como a todas as perguntas são de classificações. Se um participante se sentir desconfortável com qualquer pergunta, eles podem abandonar o estudo a qualquer momento.

Não há benefícios diretos para os participantes que participarem deste estudo. No entanto, os resultados desta pesquisa podem beneficiar a comunidade transexual a longo prazo. Esta pesquisa tem como objetivo beneficiar essa comunidade indiretamente por meio do aumento do conhecimento e informação na área da psicologia e políticas públicas voltadas para essa população.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-003

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)308--5698

Fax: (51)308--5698

E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 321.996

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um tema de estudo relevante, com projeto adequado em termos teóricos e metodológicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as pendências anteriores foram sanadas. Foram incluídas a concordância das instituições de estudo, questionário em estudo e TCLE, todos de acordo.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após reunião do Colegiado e verificação das pendências sanadas o Projeto encontra-se APROVADO.

PORTO ALEGRE, 01 de Julho de 2013

Assinador por:
Clarissa Marcell Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)308--5698 **Fax:** (51)308--5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

ANEXO D
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO
ALEGRE

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS ESTRUTURAIS, SOCIAIS E COMPORTAMENTAIS ASSOCIADOS AO ADOECIMENTO EM TRANSEXUAIS

Pesquisador: Maria Ines Rodrigues Lobato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13962313.4.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA SAUDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 242.338

Data da Relatoria: 03/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal que visa avaliar a relação entre aspectos estruturais, sociais, culturais e comportamentais ao adoecimento em pacientes transexuais que participam do programa de ambulatório de transtorno de gênero do HCPA, a partir de um instrumento elaborado no Canadá.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a relação entre aspectos estruturais, sociais, culturais e comportamentais ao adoecimento em transexuais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Desconforto em responder ao instrumento por abordar questões relacionadas a sua saúde e sexualidade.
Benefício de poder promover políticas de saúde nesta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é interessante e busca conhecer os determinantes de saúde de uma população vulnerável como os transexuais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE não é claro sobre o instrumento que será aplicado. Trata-se de um questionário ou entrevista? Também deve constar que o paciente pode se recusar a participar da pesquisa ou se

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

pesquisador treinado.

Durante a fase de coleta dos dados, em um primeiro momento, os/as participantes serão convidados a participar da pesquisa nos grupos de acompanhamento semanais. Os/as participantes que consentirem participar receberão um questionário autoaplicável e permanecerão na sala, recebendo auxílio, quando necessário, de um pesquisador treinado. Os/as participantes que não consentirem, seguirão a rotina de assistência do PROTIG. Serão abordados todos os pacientes que compõe o serviço em diferentes momentos de acompanhamento e tratamento.

PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

6. Quem arcará com os custos desta avaliação? Não foram solicitados recursos para utilização de salas no HCPA.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: A pesquisa será realizada na sala do PROTIG no contexto dos grupos de acompanhamento, em reunião do calendário e não em turno extra.

PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

7. Revisar TCLE conforme comentários no item Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: O termo foi corrigido está anexado no processo.

PENDÊNCIA ATENDIDA. Os pesquisadores adicionaram nova versão de TCLE contemplando as orientações descritas neste parecer. TCLE apresentado em condições de aprovação.

8. A data da folha de rosto foi assinada como abril.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Uma nova folha de rosto com data corrigida foi anexada ao processo.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (Projeto versão 25/03/2013, TCLE versão 25/03/2013 e demais documentos submetidos até a presente data) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá ser cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras. O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



retirar em qualquer momento sem prejuízo no seu atendimento no HCPA, não apenas mencionar prejuízo para si.

Haverá gravação das entrevistas? Se sim, incluir esta informação no TCLE e o destino das gravações após transcrição.

PENDÊNCIA ATENDIDA. Os pesquisadores apresentaram nova versão de TCLE contemplando as sugestões acima descritas.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Não fica claro se o survey do TransPULSE é um questionário ou uma entrevista.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Trata-se de um questionário autoaplicável. Na nova redação, esse ponto ficou explícito no texto.

PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

2. Serão avaliados todos os 200 pacientes que frequentam o programa de transtorno de gênero no HCPA?

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Serão avaliados todos os pacientes do PROTIG que aceitarem participar da pesquisa a partir do TCLE.

PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

3. Se for abordado somente alguns pacientes, como será feita a seleção?

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Não será feita seleção.

PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

4. Em uma parte do projeto discute-se a avaliação de transexuais em 2 serviços, qual é o outro serviço, além do HCPA?

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Os pacientes serão avaliados apenas no HCPA. Tratava-se de um erro de digitação que já foi corrigido.

PENDÊNCIA ESCLARECIDA.

5. Quando será feita esta avaliação? Em que momento os pacientes serão convidados a participar da pesquisa e quando ela será aplicada? Serão selecionados os pacientes em diferentes momentos de acompanhamento e tratamento?

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Todas as coletas serão realizadas na sala do PROTIG, de acordo com calendário e não em turno extra. Elas terão duração de 1 hora e serão conduzidas por

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

PORTO ALEGRE, 10 de Abril de 2013

Assinador por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)359--7640 **Fax:** (51)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

ANEXO E
PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130137

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

MARIA INES RODRIGUES LOBATO

ANGELO BRANDELLI COSTA

Título: ASPECTOS ESTRUTURAIS, SOCIAIS, CULTURAIS E COMPORTAMENTAIS
ASSOCIADOS AO HIV EM TRANSEXUAIS

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 16 de abril de 2013.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenação CEP/HCPA

ANEXO F

PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA USP



DEPARTAMENTO & INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP

Prof. Dr. Valentim Genil
Professor Titular do
Departamento de Psiquiatria
vgenil@usp.br

Prof. Dr. Wagner Faria Gattaz
Professor Titular e Presidente do Conselho
Diretor do IPq
gattaz@usp.br

Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel
Professor Titular de Psiquiatria
da Infância e Adolescência e
Chefe do Departamento de
Psiquiatria
ecmiguel@usp.br



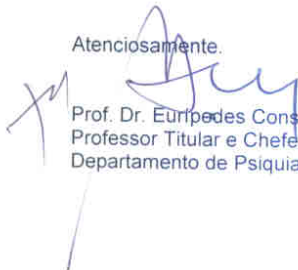
São Paulo, 29 de abril de 2013.

AO
Dr. Alexandre Saadeh
Pesquisador responsável e coordenador do
AMTIGOS-NUFOR-IPq-HC.

Senhor Pesquisador

Informamos a V.Sª que o Conselho do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo aprovou "ad referendum" o desenvolvimento do projeto de pesquisa "Aspectos estruturais, sociais, culturais e comportamentais associados ao HIV em transexuais", sob sua responsabilidade tendo como colaboradoras os Drs Silvia Helena Koller, Angelo Brandelli Costa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, conforme documentação anexa.

Atenciosamente.


Prof. Dr. Eurípedes Constantino Miguel
Professor Titular e Chefe do
Departamento de Psiquiatria

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785 - C. César - Caixa Postal: 3671
São Paulo - SP
CEP: 05403-010

FoneFax(11) 3069-6962
mrmachad@usp.br

ANEXO G

ANÚNCIO

Se você é travesti, mulher ou homem transexual clique e participe de uma pesquisa sobre a sua saúde.



Pesquisa - Saúde Trans

Se você é travesti, mulher ou homem transexual clique e participe de uma pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Universidade de São Paulo sobre a sua saúde.

WWW.SURVEYGIZMO.COM

Saiba mais

Curtir · Comentar · Compartilhar ·  50  8  15

ANEXO H

INSTRUMENTO

Sobre você

1. Em qual estado você mora?

- Rio Grande do Sul
- São Paulo
- Outro

2. A cidade em que você mora tem quantos habitantes?

- Até 5 mil habitantes
- De 5 mil a 10 mil habitantes
- De 10 mil a 20 mil habitantes
- De 20 mil a 50 mil habitantes
- De 50 mil a 100 mil habitantes
- De 100 mil a 500 mil habitantes
- Mais de 500 mil habitantes

3. Neste momento, você está em um hospital ou em outro lugar?

- Estou em um hospital
- Estou em qualquer outro lugar

4. Qual a sua idade?

Selecione um: (18 a 100 ou mais)

5. Qual das alternativas a seguir reflete sua cor/raça/etnia?

- Preta
- Branca
- Parda
- Indígena
- Amarela

6. Neste momento, qual etapa do processo escolar você COMPLETOU?

- Nenhuma
- Ensino fundamental (1º grau)
- Ensino médio (2º grau)
- Ensino superior (faculdade)
- Pós-graduação

7. Qual sua religião? (por favor marcar todas as que se aplicam)

- Católica
- Espírita ou Kardecista
- Afro-brasileira (Candomblé, Umbanda, Batuque ou outra)
- Pentecostal (Assembleia de Deus, Igreja Universal do Reino de Deus, Congregação Cristã no Brasil, Igreja do Evangelho Quadrangular ou outra)
- Protestante (Adventista, Anglicana, Batista, Luterana, Presbiteriana, Metodista ou outra)
- Asiática-oriental (Budista, Hinduísta, Hare Krishna ou outra)
- Judaica
- Muçulmana
- Mórmon (Igreja de Jesus Cristo dos Últimos Dias)

- Pagãs ou Neopagãs (Xamanismo, Bruxaria, Wicca ou outra)
- Acredito em deus ou semelhante, mas não tenho uma religião
- Nenhuma ou Ateísmo
- Outra, por favor especificar

8. O quão importante a religião/espiritualidade é na sua vida?

- Nada importante
- Um pouco importante
- Muito importante

9. Qual o seu estado civil?

- Solteira/o
- União estável
- Casada/o
- Divorciada/o
- Viúva/o

10. Que tipo de relacionamento conjugal você tem agora?

- Estou sozinha/o
- Estou namorando ou em um relacionamento com uma só pessoa
- Estou em um relacionamento aberto
- Estou em um relacionamento com várias pessoas

11. Ao nascer você foi registrada/o como

- Mulher
- Homem

12. Qual das alternativas a seguir descreve melhor sua atual identidade de gênero?

- Mulher
- Homem
- Mulher transexual
- Homem transexual
- Travesti
- Outra, por favor especificar

13. Você se sente atraída/o por...? (por favor marcar todas as que se aplicam)

- Mulheres (não trans, cisgêneros)
- Homens (não trans, cisgêneros)
- Mulheres trans
- Homens trans
- Travestis
- Outra, por favor especificar

14. Você já mudou seu nome ou sexo nos seus registros civis? (por favor marcar todas as que se aplicam)

- Mudei o nome
- Mudei o sexo
- Não mudei

15. Por que você não mudou o sexo e/ou nome nos seus registros civis? (favor marcar todas as que se aplicam)

- Tentei e não consegui
- Não tenho dinheiro
- Não sei como fazer
- É muito complicado
- Preciso realizar algum procedimento cirúrgico para solicitar
- Estou em processo de mudança
- Não quero
- Outro

16. Qual dos seguintes itens se aplica à sua situação ATUAL em relação aos procedimentos de mudança corporal (cirurgias, hormônios, silicone, etc.)?

- Eu já fiz
- Estou fazendo
- Planejo fazer
- Não tenho certeza se vou fazer
- Não farei

17. Por que transformar seu corpo é importante para você? (favor marcar todas as que se aplicam)

- Para minha autoestima
- Para meu bem-estar mental
- Para minha segurança
- Por motivos de trabalho / emprego
- Para me sentir confortável com meu próprio corpo
- Outra, por favor especificar

Maternidade/paternidade

18. Você tem filhas/os?

- Sim
- Não

19. Quais dos seguintes descrevem sua relação com suas/seus filhas/os? (marcar todas que se aplicam)

- Eu sou mãe/pai biológica/o
- Eu sou mãe/pai adotiva/o
- Eu sou mãe/pai de criação
- Eu sou madrasta/padrasto
- Outra, favor especificar

20. Qual dos seguintes descreve o ESTADO LEGAL DA GUARDA de suas/seus filhas/os?

- Eu tenho a guarda
- Eu tenho guarda compartilhada
- Eu tenho acesso às crianças
- Eu tenho acesso supervisionado às crianças
- Não tenho acesso legal às crianças
- Minhas/meus filhas/os são adultas/os
- Outro, favor especificar

21. Você acha que já perdeu a guarda das/dos filhas/os ou teve guarda reduzida por ser trans?

- Perdi a guarda

- Tive a guarda reduzida
- Não

22. Você vê menos suas/seus filhas/os por ser trans?

- Sim
- Não
- Não tenho certeza

Saúde

23. Atualmente, você tem alguma das seguintes condições? (por favor marcar todas as que se aplicam)

- Problemas de aprendizado (por exemplo, déficit de atenção)
- Deficiência intelectual
- Autismo ou transtorno semelhante
- Cegueira ou baixa de visão
- Surdez, mutismo ou semelhante
- Deficiência física
- Dor crônica
- Doença psiquiátrica (incluindo depressão)
- Doença crônica (p.ex. pressão alta, diabete, artrite, asma)
- Nenhuma

24. Qual é a MAIOR distância que você já percorreu para obter atendimento de saúde relacionado a ser trans?

- Dentro da minha cidade
- Até outra cidade do meu estado
- Até outro estado
- Até outro país
- Nunca recebi atendimento relacionado a ser trans

25. Durante os últimos 12 meses, houve algum momento em que você precisou de atendimento de saúde mas não recebeu?

- Sim
- Não

26. Nos últimos 12 meses, você precisou de algum dos serviços abaixo e NÃO RECEBEU atendimento?

	Não precisei	Precisei e recebi atendimento	Precisei mas não recebi atendimento
Emergência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exames para DSTs ou HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serviço para o tratamento de AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centros para atendimento de violência sexual e violação de direitos humanos (incluindo delegacias de polícia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Pelo fato de você ser uma pessoa trans, algum/a PROFISSIONAL DE SAÚDE já tomou alguma dessas atitudes? (favor marcar todas que se aplicam)

- Recusou atendimento
- Utilizou linguagem ofensiva
- Recusou discutir questões de saúde específicas de pessoas trans
- Disse que você não é realmente uma pessoa trans
- Desencorajou você a explorar o seu gênero
- Disse que não sabia o suficiente sobre saúde de pessoas trans
- Diminuiu ou ridicularizou você
- Pensou que o gênero apresentado no documento de identidade fosse um erro
- Recusou examinar partes do seu corpo
- Não utilizou seu nome social
- Nenhum dos acima

28. Quando precisou de atendimento, você já evitou ir a um serviço de saúde por ser uma pessoa trans?

- Sim
- Não

29. O quão confortável você se sente ao discutir as suas necessidades de saúde enquanto pessoa trans com as/os profissionais de saúde a que você tem acesso?

- Nada confortável
- Pouco confortável
- Confortável
- Muito confortável

30. Você já precisou ensinar algum/a profissional de saúde a respeito de suas necessidades enquanto pessoa trans?

- Sim, muito
- Sim, um pouco
- Não

31. O quão confortável você se sentiria ao discutir as necessidades de saúde de pessoas trans com uma/um profissional de saúde que você não conhece?

- Nada confortável
- Pouco confortável
- Confortável
- Muito confortável

32. Nos últimos 12 meses, o quão satisfeita/o você está com as/os profissionais de saúde a que você teve acesso?

- Muito insatisfeita/o
- Insatisfeita/o
- Nem satisfeita/o nem insatisfeita/o
- Satisfeita/o
- Muito satisfeita/o

33. Você já consultou algum serviço de saúde mental (psicólogo, psiquiatra) por ser uma pessoa trans?

- Sim
- Não

34. Como você se sente com os atendimentos psicológicos e psiquiátricos relacionados a assuntos trans?

- Muito insatisfeita/o
- Insatisfeita/o
- Nem satisfeita/o nem insatisfeita/o
- Satisfeita/o
- Muito satisfeita/o

35. Você recebeu o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero (disforia de gênero) ou transexualismo?

- Sim
- Não

36. Como você se sente em relação ao diagnóstico de transtorno de identidade de gênero (disforia de gênero) ou transexualismo?

- Nada confortável
- Pouco confortável
- Confortável
- Muito confortável
- Não tenho certeza

Hormônios sexuais

37. Você acha que possui informação suficiente sobre hormônios sexuais?

- Sim
- Não
- Não tenho certeza
- Não preciso de informação sobre hormônios

38. Qual é a sua principal fonte de informação sobre hormônios sexuais?

- Familiares
- Amigas/os
- Outras pessoas trans
- Médica/o
- Livros ou artigos de medicina
- Internet
- Outra, por favor especificar

39. Independente de você usar ou não, você tem acesso gratuito aos hormônios?

- Sim
- Não
- Não tenho certeza

40. Você JÁ TENTOU conseguir uma prescrição de hormônios e NÃO CONSEGUIU?

- Sempre consegui
- Já tentei e não consegui
- Nunca tentei conseguir uma prescrição de hormônios

41. Você já usou hormônios sexuais, por exemplo, estrógeno ou testosterona, para mudar o seu corpo?

- Sim
- Não

42. Se você NUNCA usou hormônios, qual destas alternativas descreve sua situação?

- Não planejo usar hormônios
- Ainda estou decidindo se usar hormônios é o certo para mim
- Não consigo achar uma/um médica/o para me prescrever hormônios
- Outra, por favor especificar

43. De quais destas fontes você já recebeu seus hormônios? (favor marcar todas que se aplicam)

- Médica/o de família ou clínica/o geral
- Especialista (p.ex. endocrinologista)
- Amiga/o ou parente
- Farmácia da internet
- Na rua ou com estranhas/os
- Fitoterápicos ou suplementos
- Fontes veterinárias
- Outra(s), por favor especificar

44. Você está usando hormônios ATUALMENTE?

- Sim, com supervisão médica
- Sim, sem supervisão médica
- Não

45. Você já fez exames para avaliar os efeitos dos hormônios no seu corpo?

- Sim, faço exames regularmente
- Sim, mas não faço regularmente
- Não
- Não tenho certeza

Cirurgia e modificações do corpo

46. Você já compartilhou seringas ou agulhas para injetar hormônios?

- Sim
- Não
- Não tenho certeza
- Nunca utilizei hormônios injetáveis

47. Quanto dinheiro você gastou com modificações corporais, como hormônios, silicone ou cirurgias (se for o caso)?

- Nada
- De R\$ 1 a R\$ 1.000
- De R\$ 1.000 a 2.500
- De R\$ 2.500 a 5.000
- De R\$ 5.000 a R\$ 10.000
- De R\$ 10.000 a R\$ 20.000
- De R\$ 20.000 a R\$ 50.000
- De R\$ 50.000 a R\$ 100.000
- R\$ 100.000 ou mais

48. Você já fez cirurgias de modificação corporal relacionadas a transexualidade? (por exemplo, colocou silicone, retirou ovários ou testículos, construiu pênis ou vagina, etc)

- Sim
 Não

49. Por que você não fez essas cirurgias ou modificações? (favor marcar todas as que se aplicam)

- Já tentei e não consegui
 Não tenho dinheiro para pagar
 Não quero ser atendida/o no hospital público
 Tenho medo
 Não quero / não se aplica a mim
 Outra

50. Onde essas cirurgias ou modificações foram feitas? (favor marcar todas as que se aplicam)

- Em um hospital público
 Em um hospital ou clínica particular
 Em uma clínica clandestina
 Em outro país
 Eu fiz em mim mesma/o

51. Qual é a sua satisfação com essas cirurgias ou modificações?

	Nada satisfeita/o	Pouco satisfeita/o	Satisfeita/o	Muito satisfeita/o
Estética (aparência)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidade (sensação, tato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funcionalidade (uso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. Você já se injetou silicone industrial?

- Sim
 Não

53. Você já compartilhou seringas ou agulhas para injetar silicone?

- Sim
 Não
 Não tenho certeza

Doenças sexualmente transmissíveis e HIV

54. Durante sua vida, você já recebeu o diagnóstico de alguma das seguintes doenças? (favor marcar todas que se aplicam)

- Clamídia
 Gonorreia
 Herpes genital
 Sífilis
 HPV (verrugas genitais ou anais)
 Papanicolau alterado (HPV cervical)

- Hepatite B
- Hepatite C
- Tuberculose
- Prefiro não responder
- Nunca recebi o diagnóstico de nenhuma destas doenças

55. Alguma vez você DEIXOU DE FAZER o teste de HIV por algum destes motivos? (favor marcar todos que se aplicam)

- Não era importante para mim fazer o teste
- Não tinha feito sexo recentemente, então pensei que não precisava fazer o teste
- Sempre fiz sexo com camisinha, então pensei que não precisava fazer o teste
- Eu me sentia saudável, então pensei que não precisava fazer o teste
- Eu não sabia onde fazer o teste sem me identificar
- Eu não queria que meu/minha parceiro/a soubesse que eu fiz o teste
- Eu não queria que outras pessoas soubessem que eu fiz o teste
- Eu tinha medo de ser HIV positivo
- Achei que os funcionários que realizariam o teste me tratariam mal
- Acho que não corro risco de ter HIV
- Nunca compartilhei seringas, então pensei que não precisava fazer o teste
- Não me testei por outros motivos, por favor especificar:

56. Você já fez o teste do HIV?

- Sim
- Não

57. Há quanto tempo você fez o teste do HIV pela última vez?

- Menos de 3 meses
- De 3 a 6 meses
- De 6 meses a 1 ano
- De 1 a 2 anos
- Mais de 2 anos

58. Por que você fez o teste do HIV? (favor marcar todas que se aplicam)

- Alguém sugeriu que eu deveria ser testada/o
- Fiz sexo sem camisinha
- Fiz sexo com alguém que eu suspeitava ser HIV positivo
- Fiz sexo com alguém que eu sabia ser HIV positivo
- Compartilhei seringas ou agulhas
- Achei que tivesse me exposto no trabalho (acidente de trabalho)
- Queria saber se estava infectada/o ou não
- Era parte de rotina de check-up médico, ou para internação hospitalar ou cirurgia
- Estava me sentindo doente
- Eu sofri violência sexual
- Precisei para o seguro de vida
- Estava preocupada/o de poder passar HIV para alguém
- Nenhuma razão em especial
- Não sei
- Outro motivo, por favor especificar

59. Você é...?

- HIV positiva/o

- HIV negativa/o
- Não sei
- Prefiro não dizer

60. Como você se tornou HIV positiva/o? (favor marcar apenas UMA resposta)

- Não sei
- Sexo sem camisinha
- Camisinha rompeu
- Compartilhando seringas para uso de drogas
- Compartilhando seringas para uso de hormônios ou silicone
- Transfusão de sangue
- Violência sexual ou estupro
- Acidente de trabalho
- Tatuagem ou piercing
- Nasci com HIV
- Outro, por favor especificar

61. Você tem uma/um médica/o com quem você consulta regularmente a respeito do HIV?

- Sim
- Não

62. Alguma vez a/o(s) médica/o(s) que lhe atende(m) a respeito do HIV já...? (favor marcar todas que se aplicam)

- Recusou atendimento
- Utilizou linguagem ofensiva
- Recusou discutir questões de saúde específicas de pessoas trans
- Disse que você não é realmente transexual ou travesti
- Desencorajou você a explorar o seu gênero
- Disse que não sabia o suficiente sobre saúde de pessoas trans
- Diminuiu ou ridicularizou você
- Pensou que o gênero apresentado no documento de identidade fosse um erro
- Recusou examinar partes do seu corpo
- Não utilizou seu nome social
- Nenhum dos acima
- Nunca consultei médica/o a respeito do HIV

63. Você está utilizando medicação para tratar HIV?

- Sim
- Não

64. Seu cônjuge, relacionamento estável ou namorado/a já fez o teste para HIV?

- Sim
- Não
- Não tenho certeza
- Não tenho cônjuge/ relacionamento estável/ namorado/a

Se seu cônjuge, relacionamento estável ou namorado/a já fez o teste para HIV, ele/ela é:

- HIV positivo
- HIV negativo
- Não sei
- Prefiro não dizer

Saúde sexual

É muito importante que você responda a pesquisa até o final! Você está quase lá!

65. Nos últimos 12 meses, quantos/as parceiros/as sexuais você teve?

Clique para selecionar: (Não fiz sexo nos últimos 12 meses; 1; 2; 3; 4; 5; 6 a 10; 11 a 15; 16 a 20; 20 a 30; Mais que 30)

66. Com que frequência você ou seu/sua parceiro/a utiliza CAMISINHA/PRESERVATIVOS, nas seguintes práticas sexuais?

	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não faço esse tipo de prática
Quando eu recebo sexo oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando eu faço sexo oral em meu/minha parceiro/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando eu penetro meu/minha parceiro/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando eu sou penetrada/o por meu/minha parceiro/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

67. Nos últimos 12 meses, você fez sexo bêbada/o ou drogada/o?

Sim

Não

68. Você já utilizou profilaxia pós exposição sexual (PEP)?

Não sei o que é

Sei o que é, mas não usei

Já usei

69. Quando eu penso em usar camisinha com um/a parceiro/a, eu...

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Eu consigo pedir para um/a novo/a parceiro/a usar camisinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu consigo pedir para um/a parceiro/a com quem não usei camisinha para começar a fazer isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu consigo recusar sexo quando não tenho camisinhas disponíveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu consigo fazer um/a parceiro/a usar camisinha, mesmo quando estou bêbada/o ou drogada/o	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Eu consigo fazer um/a parceiro/a usar camisinha, mesmo quando ele/ela não quer	()	()	()	()	()
Eu consigo pedir a um/a parceiro/a que sabe que sou trans usar camisinha	()	()	()	()	()
Eu consigo pedir para qualquer parceiro/a usar camisinha	()	()	()	()	()

70. Favor ler cada item abaixo e decidir o quanto se aplica a você.

	Nunca	Pouco	Mais ou menos	Muito	Sempre
Eu me sinto ansiosa/o quando penso na minha vida sexual	()	()	()	()	()
Eu me preocupo com a minha vida sexual	()	()	()	()	()
Pensar na minha vida sexual me deixa com uma sensação desconfortável	()	()	()	()	()
Estou me sinto realizada/o sexualmente	()	()	()	()	()
Minha vida sexual é gratificante para mim	()	()	()	()	()
Minha vida sexual é satisfatória, se comparada com a de outras pessoas	()	()	()	()	()
Estou satisfeita/o com a minha vida sexual	()	()	()	()	()
Estou feliz com a maneira como as minhas necessidades sexuais estão sendo satisfeitas	()	()	()	()	()
Tenho medo de me envolver sexualmente com outra pessoa	()	()	()	()	()
Tenho medo de relacionamentos sexuais	()	()	()	()	()
Tenho medo de me envolver em atividade sexual	()	()	()	()	()
Não tenho medo de me envolver em atividades sexuais	()	()	()	()	()

71. Quando eu penso em fazer sexo, eu me preocupo...

	Nunca	Pouco	Mais ou menos	Muito	Sempre
Com minha segurança física	()	()	()	()	()
Com sentir vergonha do meu próprio corpo	()	()	()	()	()
Que outras pessoas achem que meu corpo não é atraente	()	()	()	()	()
Que bem poucas pessoas queiram fazer sexo comigo	()	()	()	()	()
Que, quando eu estiver nua/nu, não vão me ver com o gênero que eu tenho	()	()	()	()	()
Que as pessoas só querem fazer sexo comigo porque sou trans	()	()	()	()	()
Que eu não consigo fazer sexo como eu quero até fazer uma cirurgia	()	()	()	()	()

Suas experiências de vida

72. Para cada uma das alternativas, indique quão frequentemente você teve cada uma das experiências:

	Nunca	Uma ou duas vezes	Muitas vezes	Sempre
Ao longo de sua infância e adolescência, com que frequência fizeram piadas de você ou lhe deram apelidos por causa de sua raça/cor/etnia?	()	()	()	()
Ao longo de sua infância e adolescência, com que frequência você apanhou por causa de sua raça/cor/etnia?	()	()	()	()
Como adulta/o, com que frequência fizeram piadas de você ou lhe deram apelidos por causa de sua raça/cor/etnia?	()	()	()	()
Com que frequência você foi tratada/o de maneira rude ou desigual por causa de sua raça/cor/etnia?	()	()	()	()
Com que frequência você sofreu alguma forma de assédio por parte da polícia por causa de sua raça/cor/etnia?	()	()	()	()
Com que frequência você teve emprego negado por causa de sua raça/cor/etnia?	()	()	()	()

	Nunca	Uma ou duas vezes	Muitas vezes	Sempre
Com que frequência você se sentiu desconfortável entre pessoas trans por causa de sua raça/cor/etnia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você teve dificuldade de encontrar parceiros/as afetivos/as ou sexuais por causa de sua raça/cor/etnia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você foi objeto ou fetiche sexual por causa de sua raça/cor/etnia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nas relações sexuais, com que frequência você encontrou parceiros/as que prestaram mais atenção na sua raça/cor/etnia do que em você enquanto pessoa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

73. Com que frequência as pessoas que você encontra SABEM que você é trans sem que você precise dizer?

- Sempre
- Muitas vezes
- Metade do tempo
- Raramente
- Nunca

74. Você QUER que as pessoas saibam que você é trans?

- Sim
- Não
- Não me importo

75. Para cada uma das alternativas, indique quão frequentemente você teve cada uma das experiências:

	Nunca	Uma ou duas vezes	Muitas vezes	Sempre
Com que frequência insultaram você ou lhe deram apelidos por ser trans?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você apanhou por ser trans?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você ouviu dizerem que pessoas trans não são normais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você foi objeto ou fetiche sexual por ser trans?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você sentiu que ser trans magoava e envergonhava sua família?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Uma ou duas vezes	Muitas vezes	Sempre
Com que frequência você tentou se passar por alguém que não é trans para ser aceita/o?	()	()	()	()
Com que frequência você percebeu que não foi aceita/o em um emprego por ser trans?	()	()	()	()
Com que frequência você precisou se mudar para longe de sua família ou amigas/os por ser trans?	()	()	()	()
Com que frequência você sofreu agressão da polícia por ser trans?	()	()	()	()

76. Você já evitou alguma das situações abaixo por medo de ser agredida/o ou ser expulsa/o? (favor marcar todas que se aplicam)

- Transporte público
- Farmácia
- Shoppings ou lojas de roupas
- Escolas ou faculdades
- Viagens para outros lugares
- Clubes ou grupos sociais
- Academias
- Igreja, templo, terreiro ou outra instituição religiosa
- Banheiros públicos
- Espaços públicos (p.ex., parques, ruas)
- Restaurantes ou bares
- Centros culturais
- Nunca evitei qualquer situação
- Outra, favor especificar

77. Você já foi vítima alguma das seguintes situações por ser trans? (favor marcar todas que se aplicam)

- Agressão silenciosa (p.ex., encararam, comentaram a seu respeito)
- Agressão verbal
- Intimidação física e ameaças
- Agressão física (p.ex., apanhar, levar chutes ou socos)
- Agressão sexual (p.ex., cantadas, propostas)
- Violência sexual (p.ex., contato sexual não-consentido ou atividade sexual não-consentida)
- Nunca fui vítima desse tipo de violência

78. Onde aconteceram essas violências? (favor marcar todas as que se aplicam)

- Na escola ou em outro ambiente de estudo (realizada por colegas, professoras/es, alunas/os)
- Em casa ou realizada por pessoa da minha família
- No trabalho (realizada por chefe, colegas, clientes)
- Na rua

79. Você deu parte na polícia, denunciou essa violência?

- Sim

Não

80. Você alguma vez já PENSOU SERIAMENTE em cometer suicídio ou acabar com a própria vida?

Sim

Não

81. Você alguma vez já TENTOU cometer suicídio ou acabar com a própria vida?

Sim

Não

82. Isto está relacionado ao fato de você ser trans?

Sim

Não

83. Quantas/os amigas/os e parentes PRÓXIMAS/OS você tem, isso é, pessoas com quem você se sente à vontade e pode conversar sobre o que lhe vier à mente?

Clique para selecionar (Nenhum; 1; 2; 3; 4; 5; 6 a 10; 11 a 15; 16 a 20; 21 a 30; Mais que 30)

84. No geral, o quanto as pessoas abaixo apoiam o fato de você ser trans? (favor marcar uma alternativa para cada pessoa)

	Não apoia em nada	Apoia só um pouco	Apoia	Apoia muito	Não tenho
Mãe/pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irmãs/ãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parceiro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filhas/os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigas/os trans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigas/os não trans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igreja, terreiro ou semelhante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colegas de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chefe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professoras/es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colegas de aula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Se você precisar, com que frequência conta com alguém...

	Nunca	Raras vezes	Às vezes	Quase sempre	Sempre
--	-------	-------------	----------	--------------	--------

	Nunca	Raras vezes	Às vezes	Quase sempre	Sempre
com quem distrair a cabeça?	()	()	()	()	()
com quem fazer coisas agradáveis?	()	()	()	()	()
com quem relaxar?	()	()	()	()	()
de quem você realmente quer conselhos?	()	()	()	()	()
em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	()	()	()	()	()
para ajudá-la/o nas tarefas diárias se ficar doente?	()	()	()	()	()
para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	()	()	()	()	()
para dar bons conselhos em situações de crise?	()	()	()	()	()
para dar informação que a/o ajude a compreender uma determinada situação?	()	()	()	()	()
para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	()	()	()	()	()
para levá-la/o ao médico?	()	()	()	()	()
para ouvi-la/o, quando você precisar falar?	()	()	()	()	()
para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	()	()	()	()	()
para se divertir junto?	()	()	()	()	()
que compreenda seus problemas?	()	()	()	()	()
que demonstre amor e afeto por você?	()	()	()	()	()
que lhe dê um abraço?	()	()	()	()	()
que a/o ajude, se ficar de cama?	()	()	()	()	()
que você ame e que faça você se sentir querida/o?	()	()	()	()	()

86. Para você, o quão importante é fazer parte de uma comunidade em geral (por exemplo vizinhança, bairro, cidade)?

- Nada importante
- Pouco importante
- Neutro
- Importante
- Muito importante

87. Para você, o quão importante é fazer parte de uma comunidade trans (LGBT)?

- Nada importante
- Pouco importante
- Neutro
- Importante
- Muito importante

Moradia

88. Você já ficou sem moradia fixa (por exemplo, tendo de dormir na rua ou em abrigo)?

- Sim
- Não

89. Pensando no episódio mais recente em que você não possuía moradia, onde você dormia?
(favor marcar todas as que se aplicam)

- Em um abrigo
- Em um hotel
- Na rua
- Em parques
- Em um carro
- Com uma/um amiga/o
- Com uma/um parente
- Outro, por favor especificar

90. Você já evitou procurar um abrigo por medo de ser discriminada/o?

- Sim
- Não

91. Já lhe RECUSARAM acesso a um abrigo por você ser trans?

- Sim
- Não

92. No abrigo, você já sofreu hostilidade, ofensas verbais, agressão física ou violência por ser trans?

- Sim
- Não

93. Você está sem moradia fixa NO MOMENTO?

- Sim
- Não

94. Você ALGUMA VEZ já passou algum período na prisão?

- Sim
- Não

95. Você esteve em uma cela apropriada para transexuais ou travestis?

- Nunca
- Sim, às vezes
- Sim, sempre

96. Na prisão, você sofreu hostilidade, agressão verbal, agressão física ou violência por você ser trans?

- Sim
- Não

Renda

97. Atualmente, você tem alguma dívida? (favor marcar todas que se aplicam)

- Cartão de crédito
- Empréstimo
- Financiamento
- Nenhuma
- Outra, por favor especificar

98. Você já participou de algum programa social, de geração de renda, ou ligado a ONG (organização não-governamental), específico para pessoas trans (transexuais, travestis, etc)?

- Não
- Sim

99. Qual dos seguintes descreve sua situação de trabalho? (favor marcar todas que se aplicam)

- Dona/o de casa
- Trabalho voluntário
- Estudante ou estagiária/o
- Desempregada/o
- Auxílio desemprego
- Auxílio por invalidez ou doença
- Recebo ajuda de terceiras/os
- Trabalho informal (bico)
- Autônoma/o
- Empregada/o
- Aposentada/o

100. Qual seu trabalho atual?

- Secretária/o (p. ex. digitador/a, atendimento a cliente)
- Serviços e vendas (p. ex. estética, cabelos, maquiagem, garçonne/garçom, cozinha, cuidados pessoais, segurança)
- Profissional de nível técnico (p. ex. administração, informática, direito, cultura, saúde, ciência, engenharia)
- Profissional de nível superior (p.ex. educação, informática, direito, cultura, saúde, ciência, engenharia)
- Agricultura, caça e pesca
- Construção e criação (p. ex. roupas, alimentos, construção civil, pintura, eletrônica, metais)
- Máquinas, fábrica (p. ex. operador/a de máquinas, motorista, trabalhador/a de fábrica)
- Gerente (p. ex. executiva/o, administrador/a)
- Forças armadas (p. ex. militar, policial)

Outras profissões (p. ex. limpeza, auxiliar, auxiliar de cozinha, profissional do sexo, trabalhador/a da rua, camelô, lixeira/o, mineração)

Não trabalho no momento

101. Neste momento, você está trabalhando com o que gostaria?

Sim

Não

102. Por que você não está trabalhando com o que gostaria? (favor marcar todas que se aplicam)

Não há empregos disponíveis na minha área

Não tenho formação/ educação necessária

Medo de discriminação

Experiência prévia de discriminação

Empregadores não se adaptam às minhas necessidades especiais

Deficiência

Outra, favor especificar

103. Você já fez sexo ou programas por dinheiro ou por moradia, drogas, comida, etc?

Sim

Não

104. Quais são as razões? (favor marcar todas que se aplicam)

Porque eu gosto

Para me sentir atraente

Pagava bem

Para pagar as contas

Para pagar despesas relacionadas à transexualidade (p.ex., cirurgias, hormônios)

Para fazer parte da comunidade

Para afirmar minha identidade de gênero

Nenhuma das acima

Outra, favor especificar

105. Como você descreveria sua experiência com programas?

Boa

Nem boa nem ruim

Ruim

106. Onde você fazia ou faz seu trabalho sexual? (favor marcar todas as que se aplicam)

Na rua

Na minha casa

Na casa de clientes

Na casa de terceiras/os (cafetina, cafetão, tia, madrinha, etc)

Em ambientes comerciais (boates, saunas, hotéis ou outros)

Em ambiente virtual (internet ou telefone)

107. Como você fazia ou faz o seu trabalho sexual?

Por conta própria

Através de terceiras/os (cafetina, cafetão, tia, madrinha, etc)

Drogas

108. Nos últimos 12 meses, você tomou cerveja, vinho ou outra bebida alcoólica?

Sim

Não

109. Nos últimos 12 meses, você usou alguma droga (sem contar bebidas alcoólicas e cigarro)?

Sim

Não

110. Nos últimos 12 meses, você se injetou drogas não prescritas por médica/o?

Sim

Não

111. Você já sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

Sim

Não

112. As pessoas a/o incomodam porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?

Sim

Não

113. Você se sente chateada/o ou culpada/o pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?

Sim

Não

114. Você costuma tomar bebida alcoólica ao acordar para diminuir o nervosismo ou ressaca?

Sim

Não

115. Nos últimos 12 meses, você compartilhou seringas ou agulhas para injetar drogas?

Sim

Não

Bem-estar emocional

116. No geral, você diria que sua saúde mental é...?

Excelente

Muito boa

Boa

Razoável

Ruim

Eu não sei

117. Ao pensar na quantidade de estresse na sua vida, você diria que a maioria dos dias é...?

Nada estressante

Quase nada estressante

Um pouco estressante

Estressante

Muito estressante

- () Extremamente estressante
 () Eu não sei

118. Abaixo está uma lista de coisas você pode ter sentido ou feito. Por favor diga-nos com que frequência você se sentiu assim NA SEMANA PASSADA.

	Raramente (menos de 1 dia)	Pouco tempo (1 ou 2 dias)	Bastante tempo (3 ou 4 dias)	Quase todo tempo (5 a 7 dias)
Fiquei incomodada/o com coisas que habitualmente não me incomodam	()	()	()	()
Não tive vontade de comer, tive pouco apetite	()	()	()	()
Senti que não consegui melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de parentes e amigas/os	()	()	()	()
Comparando-me às outras pessoas, senti ter tanto valor quanto a maioria delas	()	()	()	()
Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo	()	()	()	()
Fiquei deprimida/o	()	()	()	()
Tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	()	()	()	()
Me senti otimista com relação ao futuro	()	()	()	()
Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso	()	()	()	()
Senti medo	()	()	()	()
Meu sono não foi repousante	()	()	()	()
Fiquei feliz	()	()	()	()
Falei menos que o habitual	()	()	()	()
Senti solidão	()	()	()	()
As pessoas não foram amigáveis comigo	()	()	()	()

	Raramente (menos de 1 dia)	Pouco tempo (1 ou 2 dias)	Bastante tempo (3 ou 4 dias)	Quase todo tempo (5 a 7 dias)
Aproveitei minha vida	()	()	()	()
Chorei	()	()	()	()
Fiquei triste	()	()	()	()
Senti que as pessoas não gostavam de mim	()	()	()	()
Não consegui levar adiante minhas coisas	()	()	()	()

119. O quanto você concorda com as afirmações abaixo?

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
No conjunto, eu estou satisfeita/o comigo	()	()	()	()
Às vezes, eu acho que não presto para nada	()	()	()	()
Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades	()	()	()	()
Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	()	()	()	()
Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	()	()	()	()
Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes	()	()	()	()
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas	()	()	()	()
Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesma/o	()	()	()	()
No geral, eu estou inclinada/o a sentir que sou um fracasso	()	()	()	()
Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesma/o	()	()	()	()

120. O quanto você concorda com as afirmações abaixo?

	Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	()	()	()	()	()
Eu normalmente posso achar motivo para rir	()	()	()	()	()
Eu posso superar tempos difíceis, porque já experimentei dificuldades antes	()	()	()	()	()
Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	()	()	()	()	()
Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	()	()	()	()	()
Eu sou disciplinada/o	()	()	()	()	()
Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem os outros podem contar	()	()	()	()	()
Minha vida tem sentido	()	()	()	()	()
Minha crença em mim mesma/o me leva a superar tempos difíceis	()	()	()	()	()
Eu sou amiga/o de mim mesma/o	()	()	()	()	()
Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	()	()	()	()	()
Eu sou determinada/o	()	()	()	()	()
Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em	()	()	()	()	()

	Discordo totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
minha vida					
Me manter interessada/o nas coisas é importante para mim	()	()	()	()	()

121. De forma geral, o que você pensa do seu processo de mudança corporal? (favor marcar todas as que se aplicam)

- Estou satisfeita/o com o processo
- Me arrependo de ter feito
- Gostaria de ter tido mais apoio
- Acho que foi fácil de realizar
- Vivi complicações desnecessárias
- Fui suficientemente informada/o pelas/os profissionais que me acompanharam
- Gostaria de ter tido mais liberdade ao longo do processo
- Pretendo iniciar em breve
- Sinto que já concluí
- O processo nunca termina
- Nenhuma das alternativas
- Outra

122. Para você, responder a esta pesquisa foi... (por favor marcar todas as que se aplicam)

- Interessante
- Cansativo
- Divertido
- Desagradável
- Inspirador
- Outro, favor especificar

Obrigado!

Obrigado por sua ajuda!

Conhecer suas experiências de vida vai nos permitir melhorar a atenção à saúde de transexuais, travestis e outras pessoas trans.

Tenha um bom dia.