

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Deyvyd Manoel Condé Andrade

Fatores associados ao acesso à rede de serviços públicos de saúde para mulheres transexuais e travestis no município Rio de Janeiro, 2016: uma análise ancorada no princípio da dignidade da pessoa humana

Rio de Janeiro

2023

Deyvyd Manoel Condé Andrade

Fatores associados ao acesso à rede de serviços públicos de saúde para mulheres transexuais e travestis no município Rio de Janeiro, 2016: uma análise ancorada no princípio da dignidade da pessoa humana

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia e Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de Concentração: Epidemiologia de Doenças Transmissíveis.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos.

Coorientadoras: Prof.^a Dra. Carolina Fausto de Souza Coutinho e Prof.^a Dra. Lidiane da Silveira Gouvea Toledo.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Factors associated with access to the public health service network for transsexual and transvestite women in the city of Rio de Janeiro, 2016: an analysis based on the principle of human dignity.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

A553f

Andrade, Deyvyd Manoel Condé.

Fatores associados ao acesso à rede de serviços públicos de saúde para mulheres transexuais e travestis no município Rio de Janeiro, 2016: uma análise ancorada no princípio da dignidade da pessoa humana / Deyvyd Manoel Condé Andrade. -- 2023. 100 f. : il.

Orientador: Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos.

Coorientadores: Carolina Fausto de Souza Coutinho e Lidiane da Silveira Gouvea Toledo.

Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.

Bibliografia: f. 86-100.

1. Direitos Humanos. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Preconceito. 4. Dignidade da Pessoa Humana. 5. Mulher Transgênero. I. Título.

CDD 306.768

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348

Biblioteca de Saúde Pública

Deyvyd Manoel Condé Andrade

Fatores associados ao acesso à rede de serviços públicos de saúde para mulheres transexuais e travestis no município Rio de Janeiro, 2016: uma análise ancorada no princípio da dignidade da pessoa humana

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

Aprovada em: 05 de setembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Faculdade de Enfermagem

Prof.^a Dra. Mercedes Neto
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Faculdade de Enfermagem

Prof.^a Dra. Elvira Maria Godinho Seixas Maciel
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Edinilsa Ramos de Souza
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Ao ensino público. Desde minha entrada na escola, até a data de hoje, só tenho a agradecer por cada investimento. Foram muitas (os) professoras (es) marcantes em meu processo de formação. Escrever essa breve página, me levou ao dia em que ganhei meu primeiro livro escolar – O Burrinho Alpinista. Que momento feliz! E que lembrança acalentadora. Foi por cada cidadã (ão) brasileira (o), que hoje me torno doutor. Jamais teria chegado aqui, se tantas pessoas não tivessem caminhado junto comigo. Pessoas que conheço e pessoas que jamais vi na vida.

A minha vó Florista (*in memoriam*). Os olhos ficam marejados. Como ela foi importante em minha formação. A cada rabisco feito na parede de casa, do pequeno quarto em que ela fazia flores artesanais, o sonho era construído. As histórias fantasiosas que eu contava, as assinaturas de revistas, a compra de algumas enciclopédias... ela me permitia voar, explorar novos mundos e estimulava a minha imaginação, minhas reflexões.

A minha mãe Marília. Essa me deixou voar! Sempre ao meu lado em todas as conquistas. Minha companheira nos vestibulares, minha grande incentivadora à luta. Não foi fácil. Mas ela tornou o processo menos dolorido. Sempre dizia: “calma e paciência”. E esse mantra segue vivo em todos os desafios que vivo. Me ensinou a não ter medo. Do jeito dela, sem que eu tivesse que buscar “teorias” para lidar com ele. Naturalmente, eu me lançava ao novo. E ela ali, calada. Atenta. Acreditando que o medo não iria me paralisar. E o medo, até o momento, nunca me paralisou.

Ao meu companheiro Alexandre. Não há palavras para descrever tamanha gratidão. O grande incentivador para a realização do doutorado. Outro que não deixou o medo aparecer no processo. Do meu lado, no amor e na dor. No choro e na alegria. Na presença e na ausência. Na angústia e no alívio. “Agente firme mais essa turbulência na reta final. Estou com você!”. As últimas palavras de incentivo, antes da concretização dessa tese.

A minha amiga e irmã Ariane. Um exemplo de luta, superação e força. Assumi, junto comigo, a concretização desse sonho. Acolheu minha decisão de vir morar no Rio de Janeiro. Sempre doce e sensível, mas não permitindo que eu esmorecesse.

Aos colegas e amigos do doutorado. Que turma sensacional! Vocês tornaram o processo menos difícil. Cada um se doou, mutuamente, sabendo que a caminhada era trabalhosa e desafiadora. Mas foram vigeis e sensíveis, especialmente Eduardo, Fernanda Cristina, Fernanda Garrides, Débora e Camila. Vivenciamos todo o processo num governo negacionista,

anticiência e que era motivo de ansiedades diárias. Sobrevivemos a uma pandemia. Lutamos contra o obscurantismo e conquistamos nosso sonho.

Ao querido Chico meu orientador. Agradeço pela tamanha generosidade e pela riqueza nas trocas. Fica minha admiração e respeito pelo humano sensível e disposto a compartilhar de um vasto conhecimento, mas sempre com humildade e respeitando os limites do outro. Minha imensa gratidão!

As queridas orientadoras Carol e Lidiane. Agradeço pela confiança, gentileza e importantes contribuições nesse trabalho. Cada uma trouxe um olhar para esse estudo, sempre disponíveis e solícitas em me auxiliar nesse processo. Minha imensa gratidão!

As mulheres fruto desse estudo. Apesar de não as conhecer, como foi gratificante essa breve aproximação do contexto de vida de vocês. O quanto a pesquisa e as políticas públicas precisam avançar, para que vocês tenham uma vida digna com direitos garantidos e saúde de qualidade.

A Fiocruz, Ensp e o Programa de Epidemiologia em Saúde Pública pela oportunidade de aprendizado e formação. Além da realização de um sonho em estudar nesta instituição, agregou valor moral e ético ao meu trabalho como enfermeiro e sanitário. Mais do que isso, alimentou meus princípios de justiça e equidade social.

A Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado.

RESUMO

O contexto de vida das mulheres transexuais e travestis é atravessado por uma série de obstáculos e desafios, que ferem a dignidade e dificultam o acesso a serviços de saúde. Não existem estudos, no campo da epidemiologia, que discutam o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, na perspectiva da dignidade da pessoa humana. Esta tese investigou os fatores associados ao acesso a serviços de saúde dessas mulheres no município do Rio de Janeiro e discutiu os resultados à luz da dignidade da pessoa humana. Trata-se de um estudo seccional realizado em 2016, com 291 mulheres no município do Rio de Janeiro. O recrutamento foi realizado através do método *Respondent-Driven Sampling* (RDS) e a coleta dos dados foi baseada na aplicação de um questionário estruturado. A variável de desfecho foi o acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista e as demais covariáveis foram utilizadas para estimar a associação. Foram estimadas frequências e regressões logísticas para análises univariadas e multivariadas. Os resultados apontam que essas mulheres são jovens, de cor preta, com ensino médio e não possuem carteira assinada. Menos da metade procuram as Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Pronto Atendimento. Boa parte já testou para IST e HIV, sabem onde ir testar para IST, já ouviram falar em PrEP e tem acesso a preservativos. Das mulheres que tiveram maior chance de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses, destaca-se: mulheres na faixa etária de 35-49 nos (OR 1,070; IC95% 1,010 – 1,130); trabalho regular com carteira assinada (OR 68,82; IC95% 2,700 – 1751,63); testagem para IST nos últimos 12 meses (OR 9,550; IC95% 3,850 – 23,71) e alguma dose de vacina de hepatite B (OR 4,030; IC95% 1,660 – 9,790). E as que apresentaram risco de não conseguirem o acesso a serviços de saúde responderam pouco/nada sobre a importância de cuidados/tratamento com a saúde (OR 0,080; IC95% 0,020 – 0,340). Encontramos novos achados e outros que são semelhantes a outros estudos. Há escassos estudos epidemiológicos que se ocupam de questões de direitos humanos em saúde da dignidade da pessoa humana, pilar imprescindível na idealização das políticas sociais e de saúde no país.

Palavras-chave: mulher transgênero; acesso a serviços de saúde; dignidade da pessoa humana; discriminação.

ABSTRACT

The life context of transsexual and transvestite women is crossed by a series of obstacles and challenges, which hurt their dignity and make access to health services difficult. There are no studies in the field of epidemiology that discuss these women's access to health services from the perspective of human dignity. This thesis investigated the factors associated with access to health services for these women in the city of Rio de Janeiro and discussed the results in light of the dignity of the human person. This is a cross-sectional study carried out in 2016, with 291 women in the city of Rio de Janeiro. Recruitment was performed using the Respondent-Driven Sampling (RDS) method and data collection was based on the application of a structured questionnaire. The outcome variable was access to health services in the last 12 months prior to the interview, and the other covariates were used to estimate the association. Frequencies and logistic regressions were estimated for univariate and multivariate analyses. The results indicate that these women are young, black, with high school education and do not have a formal contract. Less than half look for Basic Health Units or Emergency Care Units. Most have already tested for STIs and HIV, know where to go to test for STIs, have heard about PrEP and have access to condoms. Of the women who had a greater chance of accessing health services in the last 12 months, the following stand out: women aged 35-49 years (OR 1.070; 95%CI 1.010 – 1.130); regular job with a formal contract (OR 68.82; 95%CI 2.700 – 1751.63); testing for STIs in the last 12 months (OR 9.550; 95%CI 3.850 – 23.71) and some dose of hepatitis B vaccine (OR 4.030; 95%CI 1.660 – 9.790). And those who were at risk of not being able to access health services answered little/nothing about the importance of health care/treatment (OR 0.080; 95%CI 0.020 – 0.340). We found new findings and others that are similar to other studies. There are few epidemiological studies that deal with issues of human rights in health and the dignity of the human person, an essential pillar in the idealization of social and health policies in the country.

Keywords: transgender woman; access to health services; human dignity; discrimination.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de campo utilizado na pesquisa Divas.....	48
Figura 2 - Rede de recrutamento – Rio de Janeiro, 2017.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1a - Características sociodemográficas de mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016 (início).....	58
Tabela 1b - Características sobre a saúde de mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016 (início)	60
Tabela 1c - Características comportamentais de mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016 (início).....	62
Tabela 2 - Análise univariada de fatores associados ao acesso a serviços de saúde de mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016 (início)	65
Tabela 3 - Análise multivariada de fatores associados ao acesso a serviços de saúde de mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016 (início)	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros
AIDS	Síndrome da imunodeficiência humana
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
DST	Doença sexualmente transmissível
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GRID	<i>Gay Related Immune Deficiency</i>
HBV	Hepatite B
HCV	Hepatite C
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção sexualmente transmissível
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e transexuais
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, <i>queer</i> , intersexo, assexual e outros grupos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Oddsratio</i>
PBSH	Programa Brasil Sem Homofobia
RDS	<i>Respondent-driven sampling</i>
SDH	Secretaria de Direitos Humanos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO E BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
3.1	O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SUA INTERFACE COM A SAÚDE	17
3.2	CONTEXTOS SOCIAIS E DE SAÚDE E TRAJETÓRIAS DE VIDA DE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS.....	25
3.3	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DE VIDA DE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS.....	27
4	OBJETIVOS	45
4.1	OBJETIVO GERAL	45
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
5	MATERIAIS E MÉTODOS	46
5.1	QUESTÕES ÉTICAS.....	46
5.2	A PESQUISA DIVAS.....	46
5.3	CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NA PESQUISA DIVAS	47
5.4	PESQUISA DIVAS: INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO.....	47
5.5	AMOSTRA E RECRUTAMENTO DA PESQUISA DIVAS	48
5.6	VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA O PRESENTE ESTUDO	49
5.6.1	Variável de desfecho ou dependente	49
5.6.2	Covariáveis ou variáveis independentes	50
5.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	55
6	RESULTADOS	57
7	DISCUSSÃO	72
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85

REFERÊNCIAS	SUMÁRIO	86
-------------------	---------------	----

1 INTRODUÇÃO

O contexto de vida das mulheres transexuais e travestis é atravessado por uma série de obstáculos e desafios. Quando adultas muitas seguem sem grandes oportunidades de autoaprimoramento e inserção social, ficando expostas a diferentes vulnerabilidades sociais, levando uma existência miserável e com baixa expectativa de vida (Kulick; Gordon 2008).

Tal contexto é resultante de processos de estigmatização, discriminação, transfobia e homofobia (traduzidos, frequentemente, em ações de violência psicológica e física), muitas vezes cometidas por membros da população geral, assim como por parte de profissionais de saúde, educação e segurança pública (Magno *et al.*, 2019; Pereira; Chazan, 2019)

Brevemente, a estigmatização é um processo social de desvalorização por meio de rótulos e estereótipos. O rótulo é um termo sancionado e aplicado a condições, indivíduos, grupos, lugares, organizações, instituições ou outras entidades sociais; o estereótipo tem relação com atitudes e crenças negativas habitualmente direcionadas às entidades sociais rotuladas (Magno *et al.*, 2019). A discriminação pode ser compreendida como um desfecho objetivo do processo de estigmatização. São ações que endossam e reforçam os estereótipos, trazendo possíveis desvantagens às pessoas assim rotuladas (Magno *et al.*, 2019). A transfobia compreende o preconceito e/ou discriminação relacionada à identidade de gênero entre pessoas transexuais ou travestis (Soares, 2018). Por fim a tão falada homofobia, que caracteriza pela crença da superioridade e legitimidade da heterossexualidade por sobre as demais formas de relação sexual e expressão do afeto. É um fenômeno social que tem como pilares o preconceito, a discriminação e violência contra qualquer sujeito, expressões e estilos de vida que indiquem a transgressão em relação às normas impostas pela heterossexualidade (Soares, 2018).

Isso, além da dificuldade de inserção das transexuais e travestis no mercado formal de trabalho, o que favorece uma maior exposição às diferentes situações de violência supramencionadas, uma vez que trabalhar de forma precária e em contextos de risco está associado à violência e a diversos agravos, de uma maneira geral (o que está amplamente documentado do ponto de vista de certos grupos de trabalhadores, mulheres e diversas minorias, como minorias étnicas e migrantes) (Rodríguez-Martínez; Cuenca-Piqueras, 2019).

Refletindo sobre esse complexo contexto de vida e as vulnerabilidades sociais às quais estão expostas, observa-se, de forma nítida, que a saúde delas segue comprometida/sob risco por/de diferentes condições. Dentre elas destaca-se a baixa procura pelos serviços de saúde,

decorrentes da discriminação e estigmatização; história pregressa de maus tratos e constrangimentos; falta de habilidade dos profissionais de saúde em atender às necessidades de saúde dessas mulheres. Tais condições, dentre outras, contribuem para a dificuldade do acesso aos serviços, o que acarreta exposição a desfechos adversos de saúde e baixa garantia efetiva à saúde e baixa resolutividade (Moquedace, 2022).

Além da reivindicação por serviços sintonizados com as necessidades e demandas específicas e limitações ao acesso a serviços especializados (aqui compreendendo aqueles voltados para o processo transexualizador), essas mulheres estão expostas a outras barreiras na busca pelo atendimento. A enérgica trans/travestifobia experimentada, somadas à discriminação associada a outros marcadores sociais (pobreza, baixa escolaridade, raça/cor e aparência física) contribuem pela baixa procura dos serviços de saúde existentes e para a escassez de serviços de saúde específicos (Rocon *et al.*, 2016).

Nesse sentido, cabe destacar que, independentemente de gênero, etnia/raça, religião e posição social, a saúde é um direito de todos e é dever do Estado oferecer condições adequadas e atendimento às demandas da população, de modo que a dignidade humana e sua autonomia sejam preservadas.

Nossas políticas públicas de saúde seguem (ao menos, deveriam, invariavelmente, seguir) os princípios e diretrizes da Lei Orgânica 8080 e trazem como pilar importante, o artigo 196 da Constituição Federal, que destaca a saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado. O Estado deve garanti-la, através de políticas sociais e econômicas que visem à prevenção de agravos e promoção da saúde de todo(a) e qualquer cidadão(a). Isso, além de sublinhar a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos que garantem o Estado Democrático de Direito, tem implicações centrais para a saúde e integridade das pessoas.

Ao refletir sobre as barreiras que impossibilitam o acesso aos serviços de saúde e o quanto esses obstáculos afetam negativamente a saúde de mulheres transexuais e travestis, é oportuno ampliar o olhar sobre a dignidade da pessoa humana. A dignidade humana está elencada como princípio fundamental da Constituição Federal de 1988, em seu artigo primeiro (BRASIL, 1988) e está amplamente presente no discurso jurídico contemporâneo (Frias; Lopes, 2015).

A Constituição sinaliza e consagra a obrigatoriedade de máxima proteção à pessoa pelo sistema jurídico, formado por direitos fundamentais e da dignidade da pessoa humana, tendo como objetivos garantir o respeito absoluto ao indivíduo e proporcionar uma existência digna

e protegida de qualquer espécie de ofensa, quer seja infligida pelo particular, quer seja perpetrada pelo Estado. Esse princípio, também compreendido como valor, evoca, principalmente, a prerrogativa de impedir a degradação do indivíduo (a) em quaisquer âmbitos da vida, em decorrência de sua conversão em mero objeto do Estado, já que a este cabe o papel de resguardar o direito de todo (a) e qualquer cidadão(ã) e garantir sua existência material mínima, ressaltando a saúde como direito fundamental (Sturza; Martini, 2017).

Ao fazer um levantamento nas literaturas nacionais e internacionais sobre a dignidade humana e acesso aos serviços de saúde e travestis/transsexuais, não foram encontrados estudos que inter-relacionassem esses assuntos. Alguns trataram esse tema (da dignidade da pessoa humana) de modo mais geral no campo da saúde, sendo o marco conceitual aplicado a populações específicas e algumas minorias (Jacobson, 2007, 2009a, 2009b), mas não tematizam especificamente travestis e/ou transexuais.

Conforme apontado por Valentine *et al.* (2008), a dignidade tem sido reconhecida como de importância universal no campo da saúde e do bem-estar social. Pesquisas da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizadas em mais de 40 países destacam que ser tratado com dignidade é apontado como o segundo (o primeiro é o respeito à autonomia) aspecto não estritamente clínico mais relevante no que diz respeito à qualidade da assistência, seguido da capacidade de acesso aos serviços de saúde, em momento oportuno (Valentine; Darby; Bonsel, 2008). Outros estudos demonstraram que indivíduos, ao acreditarem que foram tratados com dignidade durante os atendimentos pelas equipes de saúde, relataram melhor compreensão sobre seus processos terapêuticos, maior adesão aos tratamentos implementados, recebimento de informações e cuidados relacionados à promoção da saúde (Jacobson, 2007, 2009b).

Como resultante desse processo de violações da dignidade humana e dos obstáculos enfrentados no acesso aos serviços de saúde, essas mulheres seguem expostas ao risco de adoecimento. Uma das infecções/doenças mais estudadas em relação a essa população é o HIV (Vírus da imunodeficiência humana) e outras IST (Infecção Sexualmente Transmissível). Este estudo não pretendeu analisar dados sobre HIV e outras IST. Há inúmeras pesquisas que se ocupam desse tema. Mas é oportuno destacar que essa infecção/doença tem sido um agravo importante na saúde dessa população. Especialmente quando esses estudos apontam para algum tipo de violação da dignidade, de acesso aos serviços de saúde e/ou à informação, por exemplo.

Ao analisarmos os dados sobre as populações afetadas pelo HIV, as mulheres transexuais apresentam as maiores cargas de doença e taxas de infecção por HIV, dentre todas as

populações, no mundo (Poteat *et al.*, 2016; Reisner *et al.*, 2016). Travestis e mulheres trans apresentam 49 vezes maior chance de adquirir o HIV, em comparação com a população geral (Baral *et al.*, 2013).

De acordo com uma extensa revisão documental, de Relatórios de Progresso da Resposta Global à AIDS, realizada em 17 países latino-americanos, em 2015, a população de mulheres transexuais está cada vez mais exposta e vulnerável ao HIV (Silva-Santisteban *et al.*, 2016). Isso se deve, em parte, às interações de risco individual, interpessoal e à exclusão social (Costa *et al.*, 2015). No Brasil a prevalência de HIV entre as mulheres transexuais (N = 4267) é de 30,5% (IC 95% 29,1% - 31,9%), com uma probabilidade de 83,1 maior de infecção pelo HIV do que a população geral em idade reprodutiva (Baral *et al.*, 2013).

Outra preocupação é a exposição a condições crônicas, que não somente o HIV. Apesar de não ser o foco de análise deste estudo, é importante sinalizar que essas mulheres estão expostas a diferentes condições de multimorbidades, que põem em risco a saúde delas. Estudos precisam avançar nesse sentido, pois parte desse problema decorre de violação da dignidade dessas mulheres, fomentadas por barreiras no acesso a serviços de saúde, discriminação e estigmatização.

Um exemplo dessa situação decorre de um estudo realizado em Chicago entre 2012 a 2017, com 223 mulheres transexuais HIV positivas, que foram atendidas em serviços de atenção primária à saúde (APS) e psicossociais, que demonstrou resultados preocupantes: prevalência 42,2% de problemas dentários; 31,4% portadoras de asma sem tratamento; 20,2% com alergias sazonais; 13,9% com hipertensão arterial; 13,5% com dores de cabeça frequentes ou intensas e 10,8% apresentando hepatites A, B ou C (Swartz *et al.*, 2021).

Frente a esse breve panorama do contexto de vida e saúde das mulheres transexuais e travestis, se faz oportuno uma ampla discussão dos fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde e em que medida eles violam a dignidade da pessoa humana dessas mulheres. Tal discussão poderá ampliar nossa compreensão de que, ao ferir a dignidade dessas mulheres, deixamos de garantir o direito essencial à saúde e vida, tendo como desdobramento a possibilidade do agravamento de possíveis desfechos adversos e um adiamento para um horizonte invisível e indefinível dos tão propalados princípios de equidade e integralidade.

2 JUSTIFICATIVA

Há um debate em curso no Brasil sobre a elaboração de leis e políticas públicas de saúde e de direitos humanos para a população de transexuais e travestis, com ênfase na garantia de direitos específicos que propiciem vivências saudáveis de sua sexualidade e identidade, livres de preconceitos e constrangimentos (BRASIL, 2021). Além disso, dada a atual situação de discriminação e estigma sofrido por essas mulheres, é oportuno uma compreensão das violações vivenciadas no seu dia a dia, especialmente as dificuldades encontradas no acesso a serviços de saúde (Magno *et al.*, 2019; Monteiro; Brigadeiro, 2019; Monteiro; Brigadeiro; Barbosa, 2019).

Mesmo sabendo que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, prover esse bem à população de mulheres trans e travestis tem se tornado um desafio para as políticas públicas no Brasil, mesmo diante dos avanços e conquistas obtidas, com grande esforço, por essa parcela da população (Reis, [s.d.]).

Apesar de representarem uma parcela reduzida da população geral, elas são amplamente submetidas a diferentes e complexos processos de discriminação e exclusão social, o que as colocam nas piores condições de saúde e de vida. Ao longo da vida são rejeitadas pela sua aparência física e modos de ser, em decorrência, são submetidas a atitudes de violação de sua dignidade, também, em espaços institucionais (Lima; Flor; Noro, 2023).

Assim, melhorar o acesso aos serviços de saúde, tem sido um dos grandes desafios do Estado brasileiro, especialmente na preservação da dignidade e direito ao acesso à saúde de qualidade para essas mulheres. Apesar de nossa profunda desigualdade social o que se pretende é a efetivação do direito universal à saúde no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) (Lima; Flor; Noro, 2023), além do fortalecimento das políticas públicas existentes e a ampliação de novos estudos que aprofundem outras lacunas.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é identificar fatores associados ao acesso a serviços de saúde e discuti-los à luz da dignidade da pessoa humana.

3 REFERENCIAL TEÓRICO E BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E SUA INTERFACE COM A SAÚDE

O presente estudo utiliza alguns aspectos do princípio da dignidade da pessoa humana aplicados em contextos da área da saúde, principalmente naqueles permeados por vulnerabilidades e desigualdades sociais que impactam diretamente a saúde coletiva.

Não se pretende esgotar a teorização da dignidade da pessoa humana neste estudo, haja vista a complexidade da temática, que conta com estudos clássicos, como a obra de John Rawls (1921-2002), e segue em constante transformação. Assim, não se pretende discutir conceitos da vertente “fundacionista” da filosofia (*apud* Gianotti, que contrapõe a vertente “fundacionista”, ou seja, de busca dos fundamentos últimos do Ser, presente em Heidegger, à perspectiva de Wittgenstein, em livro recente [2020]). Evitou-se, igualmente, incorrer em formulações por demais abrangentes (como as de Rawls com relação à filosofia do Direito), pois corre-se o risco de não harmonização com a pluralidade e diversidade de situações/valores presentes nas sociedades democráticas (Sarlet, 2015), e de subestimar a complexidade da imbricação do tema com a filosofia política clássica (como na extensa obra da filósofa teuto-americana Hannah Arendt [1906-1975]), com a filosofia do direito etc.

A ideia de dignidade não surgiu no século XX e não necessariamente está vinculada à ideia de direitos humanos ou fundamentais. Na Roma antiga, este conceito referia-se à qualidade de quem possuía certo *status* social, ou seja, a partir de sua ocupação e posição pública. Foi na modernidade que essa expressão passa a ser conceituada e compreendida como um valor a ser possuído (ou conquistado, haja vista a definição bastante restrita da noção de cidadania por parte dos romanos, que excluía escravos, os assim denominados povos “bárbaros” e, em boa medida, as mulheres) pelos indivíduos, independentemente de sua posição social. Tal diferenciação permitiu separar os sentidos próximos, mas não necessariamente harmônicos, nos períodos pré-moderno e contemporâneo (Pedrosa, 2014).

A dignidade no período pré-moderno, denominada “visão hierárquica da dignidade”, consolidada na Roma antiga até o advento do Estado Liberal, está ancorada na ideia de posição social e integridade moral do indivíduo. No conceito proposto à época, “dignidade” qualificava certas instituições, como a Coroa e o Estado, por exemplo, o que distinguia indivíduos tidos

como inferiores e superiores, a depender de sua posição na hierarquia social e seu vínculo com instituições e segmentos privilegiados. Um exemplo desse contexto para a legislação brasileira, data da Constituição brasileira imperial, de 1824, que considerava dignos apenas a nação, o imperador e sua companheira (Canotilho *et al.*, 2018).

Já em tempos modernos, a dignidade ganha outro conceito e desenvolve-se a partir de três marcos: através da religião, com base na tradição judaico-cristã; da filosofia; pelos novos conceitos e ideias promovidas pela tradição do movimento iluminista e em resposta ao marco histórico, que compreende uma resposta às atrocidades vividas à época da Segunda Guerra Mundial, entre outros aspectos e contextos históricos que não serão aqui abordados (como nas reflexões de autores como o Prêmio Nobel de Literatura Joseph Brodsky acerca da rede de locais de confinamento [habitualmente conhecida pelo acrônimo russo “Gulag”] em condições subhumanas, especialmente na era Stalinista) (Brodsky, 2011).

No contexto do primeiro marco, religioso, a dignidade é fruto da ideia de que os indivíduos ocupam um espaço de destaque na realidade, dado que são feitos à imagem e semelhança de um espírito superior (Goldstein, 2009; Sarlet, 2019). O segundo marco, filosófico, de matriz iluminista, não está balizado por uma visão religiosa da dignidade da pessoa humana, ainda que combine pensadores abertamente agnósticos e ateus, como Voltaire, e filósofos de forte matriz religiosa, mesmo que numa acepção bastante singular, como Spinoza.

Segundo Sarlet (2015) o indivíduo é portador de dignidade à medida que ele é capaz de dar fins/propósitos a si mesmo, não se submetendo às suas inclinações. Assim, a partir desse entendimento, ele é visto como um fim em si mesmo, não como meio para realização de projetos que não sejam de seu interesse (Sarlet, 2019). Ou seja, o indivíduo define-se como sujeito das suas ações e não como objeto de determinações que lhe são alheias. Não que as determinações deixem de existir (por exemplo, de gênero ou classe social), mas que, na definição formular de Jean-Paul Sartre: “O importante não é *aquilo* que fazem de nós, mas o que nós mesmos *fazemos* do que os outros fizeram de nós.” (tradução livre de trecho do ensaio de Sartre: *Saint Genet: Comediante e mártir*; originalmente publicada em 1952; grifos nossos).

A defesa que se impõe em relação ao discurso jurídico em torno da dignidade da pessoa humana tem seu marco após o final da Segunda Guerra Mundial, período marcado por atrocidades e violações à integridade física, psicológica e moral das pessoas. Sob o impacto desses fatos e com a atuação decisiva de Eleanor Roosevelt (1884-1962), à época, primeira-dama dos EUA, nasce a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), destacando que

todos os indivíduos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (ONU, 1948; Frias; Lopes, 2015).

A DUDH destaca que a dignidade da pessoa humana (ou dignidade humana), em seu preâmbulo, é um direito inalienável de indivíduos, famílias e comunidades, e é considerada a base em relação à liberdade, justiça e paz no mundo. Não existe uma definição objetiva da dignidade na DUDH, nem em outros documentos da área de Direitos Humanos; mas ela pode ser compreendida como uma marca especial atribuída a toda e qualquer pessoa devido à sua natureza humana, suas potencialidades, capacidades e habilidades (Loureiro; Bucci, 2019).

Mesmo com as nuances na evolução do conceito de dignidade da pessoa humana, do período clássico ao moderno, ela mantém o sentido de qualidade intrínseca da pessoa humana, sendo irrenunciável e inalienável. Com base nela se qualifica o ser humano como tal. A dignidade da pessoa pode (e deve) ser reconhecida, promovida e protegida, mantido o devido respeito às singularidades de cada indivíduo, não podendo, contudo, ser criada, concedida ou retirada (Sarlet, 2019).

No Brasil, a dignidade da pessoa humana constitui um dos princípios fundamentais da Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988, em seu artigo I, inciso III, e está compreendida como uma finalidade do sistema econômico, ao enfatizar que a existência da ordem econômica está ancorada na valorização do trabalho e na livre iniciativa, o que garante a todos os indivíduos uma existência digna, conforme o preconizado pela justiça social (BRASIL, 1988; Frias; Lopes, 2015).

Como garantidor do Estado de Direito, todo princípio, assim como outros presentes na referida Constituição, tem como objetivo afirmar um fim a ser alcançado, com o intuito de se traçar um plano para o Estado. Este deverá garantir e evidenciar os meios necessários a uma vida humana digna. O Estado não pode negar-se a cumprir a finalidade de garantidor da dignidade e de sua efetivação no contexto do Estado Democrático de Direito (Rosário, 2017).

A dignidade da pessoa humana é tratada como uma “fórmula lógica abstrata” cuja matéria é preenchida a partir de circunstâncias que envolvem tempo, lugar e a evolução histórico-cultural de cada contexto e coletivo de pessoas. No que se refere à sua identificação externa, esta pode ser entendida como um direito natural, direito humano, direito fundamental e um princípio da hermenêutica (ou seja, o modo e os procedimentos por meio dos quais interpretamos o mundo e os textos) (Motta, 2013).

Trata-se de um valor que norteará os demais direitos, princípios, deveres e atos, o que o torna a pedra angular dos direitos do homem. Em outra direção, na sua identificação interna, a dignidade da pessoa humana é tratada como um eixo da tolerabilidade, ou seja, uma fronteira de proteção que delimita até que ponto algum acontecimento é considerado tolerável por determinada coletividade, conforme as variantes de tempo, lugar e evolução histórico-cultural. Essa tolerabilidade é um parâmetro para a edição de normas e atos, mas deve ser analisada caso a caso, já que para o legislador não é possível prever, juridicamente, todas as hipóteses que permeiam o mundo real dos fatos (Motta, 2013).

Numa visão pragmática os fatos e situações intoleráveis, que violam a dignidade da pessoa humana, são aquelas em que o Estado e a coletividade não podem exigir que o indivíduo as tolere. Caso este opte por suportar certas atitudes definidas como “intoleráveis” (como a violação indevida do seu direito de ir e vir ou de expressar suas ideias), deve haver ações do direito ou bens jurídicos disponíveis, sob pena de violação da dignidade do indivíduo. Devendo, sob este aspecto, ser provida a garantia do mínimo existencial (Tonial, 2008; Motta, 2013).

Vale destacar que a dignidade da pessoa humana pode ser confundida com a dignidade humana. Ambos são conceitos dirigidos ao ser humano, mas com uma sutil e importante diferença. A primeira refere-se ao homem/mulher individualmente, afastando interpretações que permitam o sacrifício dos direitos ou da personalidade individual em favor dos interesses coletivos. Já o segundo é dirigido à coletividade, ao conjunto de indivíduos envolvidos em determinado contexto ou situação. A dignidade da pessoa refere-se aos direitos chamados de primeira geração, tratando da dignidade do ser humano, como sujeito de direitos, racional e portador de liberdade. E a dignidade humana contempla os direitos de terceira geração, que compreendem a proteção ao meio ambiente, a autodeterminação e o desenvolvimento de uma nação (Zisman, 2016).

Isso posto, assim como ocorreu em outros países, no Estado brasileiro, ficou decidido pela nossa Constituição que a dignidade da pessoa humana deve ser resguardada pelo Estado e não o contrário, já que o ser humano é a finalidade essencial e não mero meio da atividade estatal. Ou seja, quando a dignidade é elevada à condição de princípio constitucional, cabe ao Estado a garantia e promoção da dignidade, tanto no âmbito individual quanto coletivo (Sarlet, 2019).

Essa capacidade de estabelecer as regras para si, que fica subentendida na dignidade da pessoa humana, pode ser entendida como autonomia, contrapondo-se à heteronomia. A

heteronomia seria a condição de como o indivíduo age conforme uma lei externa à sua. Assim, a norma legal que determina uma regra entre certo ou errado, e as punições decorrentes à sua violação, seriam, nesse aspecto, as leis heterônimas – não produzidas pela vontade livre e autônoma dos indivíduos. O fato de obedecer a uma norma legal para evitar possíveis punições, não qualifica uma ação autônoma, ao contrário, quando agimos sob pressão ou qualquer outro evento/motivação forte e influente, temos um comportamento heterônimo. Na outra direção, a autonomia compreende a capacidade e o poder que o indivíduo tem de dispor de si mesmo de forma integral para essa ação (Silva, 2010).

Sendo a principal fonte de valor da ação humana, de sua prática profissional e política, a autonomia serve para conferir legitimidade moral às intervenções na vida dos indivíduos. Ela é entendida como liberdade de ação, sendo associada à garantia de prerrogativas legais para se decidir sobre situações da vida pessoal que, por exemplo, numa relação entre profissional de saúde e usuário (a), implicaria uma limitação do poder daquele (profissional) nas intervenções propostas (Silva, 2010).

O consenso jurídico atual é que a autonomia deve ser limitada/substituída pela noção de proteção e garantia da pessoa humana, vista como valor jurídico que atribui sentido (obviamente, negativo) a toda e qualquer limitação à liberdade humana. Isso não secundariza o conceito de autonomia como central ao pensamento de diversos filósofos como Kant e de todos os formuladores do liberalismo clássico, como Alexis de Tocqueville (1805-1859) (Silva, 2010).

O direito a uma vida digna impõe ao Estado certas obrigações, no sentido de se contrapor a situações (moral, econômica, cultural e legal) que subtraíam ao sujeito, atributos (direito à renda, acesso a educação, saúde, moradia e trabalho) e/ou que o exponha a situações degradantes em relação a outros sujeitos e à sociedade no seu conjunto. Vale frisar que a dignidade humana está amplamente vinculada ao contexto histórico, cultural, político, econômico e moral de determinada comunidade (Silva, 2010).

Trazendo a discussão da dignidade da pessoa humana e autonomia para o âmbito das interações sociais, que remete ao encontro de dignidades, podemos ter situações que violem ou promovam tais dignidades. Esses encontros envolvem indivíduos e coletivos, que realizam gestos sinalizando o teor subjacente dessa interação, que pode ser um sorriso, um desvio para evitar o contato visual, a interpretação, acurada ou não, de um gesto ou de algum marcador da identidade social (Goffman, 1990), como a idade e, finalmente, a resposta através de palavras

e/ou ações. É nesse processo que pode ocorrer a promoção da dignidade ou sua violação (Jacobson, 2007, 2009b).

No campo do cuidado em saúde, as considerações sobre a dignidade, parecem ter sido inicialmente utilizadas em contextos de cuidados paliativos e pacientes em condições de extrema gravidade e risco de vida iminente; nas instituições de cuidados em saúde mental e nos domicílios [*homecare*] (Abiven, 1991; Pannuti; Tanneberger, 1992; Johnson, 1998). Outros estudos e discussões incluíram, mais recentemente, a área social e das ações em saúde prestadas a uma variedade de indivíduos em situações de vulnerabilidades, submetidos a diferentes contextos de miséria humana, que incluem pessoas de baixa renda, sem moradia, indivíduos com transtornos mentais e pessoas idosas (Lothian; Philp, 2001; Miller; Keys, 2001; Jacelon, 2003).

Um estudo realizado com profissionais da enfermagem apresentou como um de seus objetivos explorar a compreensão desses profissionais sobre os significados atribuídos à dignidade da pessoa humana e quais as ações que ajudariam a promovê-la no contexto do cuidado. Os pesquisadores constataram que a prática orientada para o respeito integral à dignidade é norteadada pela atenção, consciência, responsabilidade pessoal, engajamento, fraternidade e defesa permanente dessa dignidade. No contexto do cuidado em saúde, essas qualidades fazem com que o significado de dignidade para estes profissionais de saúde se transforme de um objetivo/meta para um modo de ser. O movimento em torno dessas ações promove a dignidade mútua (SÖDERBERG; Gilje; Norberg, 1997).

Apesar da dignidade da pessoa humana ser inalienável (Kolnal, 1995), há, infelizmente, situações no campo da saúde que levam a violações desse princípio. Quando as violações ofendem a dignidade da pessoa humana, o valor intrínseco do indivíduo é negado por omissão ou barganha, por exemplo. Ilustrações claras de situações como esta estão presentes em casos de mau ou mesmo não atendimento, por parte de profissionais de saúde, em função do racismo (Haydu *et al.*, 2020) ou do fato de um indivíduo fazer uso de substâncias ilícitas (Ribeiro *et al.*, 2016).

Quando isso ocorre, inevitavelmente, a dignidade humana é prejudicada, levando a um amesquinamento do valor da vida humana e da dignidade da pessoa humana (George, 1998; Nordenfelt, 2003).

Se certos grupos de indivíduos são considerados sem valor, principalmente por aqueles que ocupam uma posição hierárquica elevada, as interações e práticas que dão suporte à dignidade humana podem colidir com a dignidade da pessoa humana (Jacobson, 2007).

Em uma interação social, cuja manutenção da dignidade seja o centro da relação interpessoal, cabe observar um conjunto de condições: as posições dos atores individuais/coletivos; as características e configurações da relação entre os atores e as propriedades das estruturas sociais mais amplas, nas quais indivíduos e coletividades - e suas respectivas interações- estejam situados (Jacobson, 2009b), como ocorre com análises que levam em conta valores e cultura de toda uma sociedade, e mesmo debates sobre marcos, em tese, universais, como a própria Declaração de Direitos Humanos.

Nas interações com os serviços de saúde, a violação da dignidade humana pode ocorrer em dois níveis, que, obviamente, podem interagir, e frequentemente o fazem: individual e coletivo. No âmbito individual, há duas formas de infligir/sofrer danos. Em um primeiro nível, podem ocorrer repercussões negativas que incidem sobre o eu (Por exemplo, na esfera da identidade, autoestima, individualidade ou autoconceito); violações no/do corpo (comprometendo a integridade corporal), sob o aspecto moral (violação de crenças e padrões) e ofensas que venham a macular a personalidade. Em um segundo nível de dano individual, há violação da autonomia, do status social e da cidadania (Jacobson, 2009).

No âmbito do coletivo, mesmo interações sociais que venham a violar um número reduzido de pessoas, podem ofender/causar danos a uma sociedade que conte com uma organização que mantém uma identidade em comum ou que tenha eventuais repercussões sobre a humanidade em geral (Jacobson, 2009). Com o incremento progressivo da disseminação de informações e situações via redes sociais, eventos que, inicialmente, tinham uma abrangência local, podem, uma vez transmitidos em rede, ganhar uma escala global, como é o caso dos protestos antirracistas recentes que foram deflagrados pelo assassinato brutal de um homem negro em Minneapolis, nos Estados Unidos em 2020.

Em situações de violação da dignidade humana, os atores envolvidos parecem ocupar posições diferentes, em que um está numa posição de vulnerabilidade – por exemplo, usuários (as) de drogas ilícitas, pessoas de baixa renda ou minorias, enquanto o outro ator/grupo ocupa um status social que lhe confere poder. Tal situação se configura numa relação hierárquica, na qual estão presentes múltiplas formas de desigualdade que reforçam situações de vulnerabilidades em indivíduos ou grupos que tenham sua dignidade violada/corrompida

(Jacobson, 2009).

De acordo com Jacobson (2009), em pesquisa sobre o papel da dignidade da pessoa humana nos cuidados de saúde e o modo como ocorrem as violações, foram identificados alguns padrões de violação:

- Grosseria: identificada a partir de um sentimento de desrespeito generalizado ou maldade gratuita;
- Indiferença: demonstrada a partir da falta de consideração, atenção ou cuidado para com o indivíduo;
- Condescendência: quando indivíduos adultos são rebaixados e tratados como crianças (“infantilização”);
- Rejeição: refere-se a atitudes dos profissionais de saúde que desconsideram o conhecimento, as habilidades, as percepções, as preocupações, as necessidades e os sentimentos dos demais indivíduos;
- Intrusão: a dignidade da pessoa humana é afetada quando os limites corporais são transgredidos. Nos hospitais, temos como exemplos situações em que as roupas oferecidas ou o biombo não preservam a privacidade do indivíduo ou quando os indivíduos não são singularizados em consonância com sua identidade de gênero nas enfermarias;
- Objetificação: quando o profissional trata o indivíduo como “coisa” ou identifica a pessoa pelo diagnóstico da doença (o termo “aidético” foi felizmente banido do vocabulário, mas, com o tempo, emergiram conceitos algo similares, como “cracudo”)
- Restrição: situação em que os serviços de saúde são agentes/instituições que contribuem para o aumento das limitações ou comprometem a capacidade do indivíduo de direcionar a própria vida;
- Estereotipagem: rotular o indivíduo com algum termo que carrega uma conotação de deficiência moral ou inferioridade social;
- Desprezo: quando as pessoas são tratadas como se não tivessem crenças, valores;
- Discriminação: ocorre quando as pessoas são maltratadas com base em seu status social ou por fazerem parte de minorias;
- Privação: quando são negados serviços de saúde a determinados indivíduos/grupos, o que coloca em risco a saúde e a integridade do indivíduo/grupos;

- Tentativa de agressão: uso da força física para danificar ou depreciar o corpo e a saúde mental; e
- Abjeção: aqui o indivíduo é humilhado e tem seus valores e crenças desprezados.

Destarte, temos a dignidade da pessoa humana como qualidade intrínseca e distintiva em cada pessoa, que a faz merecedora de todo o respeito por parte do Estado e da sociedade. Isso implica resguardar os direitos e deveres de cada indivíduo, assegurando-lhe proteção contra situações de cunho degradante e desumano, e possibilitando a garantia de condições mínimas de vida saudável. Além disso, propiciar e promover a participação ativa e corresponsável em sua vida e na relação com os demais, não perdendo de vista o devido respeito àqueles que integram as redes e coletividades (Sarlet, 2019).

3.2 CONTEXTOS SOCIAIS E DE SAÚDE E TRAJETÓRIAS DE VIDA DE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS

A rede de serviços de saúde no Brasil e em boa parte do mundo foi pensada para o acesso de todos (as). Porém, considerando as necessidades de saúde da população de mulheres transexuais e travestis, percebe-se que os serviços não se mostram sensíveis/responsivos à demanda dessas mulheres. Assim, é possível considerar que esses serviços ainda atuam numa perspectiva cisheteronormativa¹, em que boa parte dos serviços oferecidos são destinados, quase que exclusivamente, para homens e mulheres heterossexuais. Travestis e mulheres transexuais fogem a esse binarismo e ainda são tratadas com preconceito e discriminação. As travestis, ao romperem o muro que dividiria o masculino e o feminino, são sempre relegadas à margem dessa rede (Sena; Souto; Teixeira, 2016).

No tratamento dispensado a esta população, um conjunto de atitudes negativas compõem as ações empreendidas pelos serviços de saúde: a discriminação percebida pelos clientes dos serviços, a visão pessoal negativa de quem presta assistência e as atitudes

¹ A cisheteronormatividade é construída a partir de uma matriz heterossexual, como base nas relações de parentesco. Homens e mulheres são identificados estritamente pelo sexo biológico, normatizando e naturalizando essas identificações em nossa sociedade, em detrimento da inserção social e cultural. Já a matriz cisgênera pode ser entendida como organizadora das designações compulsórias e experiências das identidades de gênero. A cisheteronormatividade tem produzido efeitos que são naturalizados em nossa cultura, dada pela constituição de uma noção de normalidade em contraposição a condições definidas como de anormalidade/desvio, o que vem produz a abjeção e ocultamento de experiências ditas transgressoras e vistas como subalternas (Mattos; Cidade, 2016).

incoerentes dos profissionais de saúde que dificultam a prestação de cuidados (James *et al.*, 2019). Parte desses indivíduos ao perceberem tais atitudes, não procuram os serviços de saúde, assim como também deixam de fazê-lo por não querer divulgar sua identidade de gênero aos profissionais. Isso se deve ao fato de não serem reconhecidos pela identidade de gênero com a qual se apresentam e poderem sofrer discriminação, de forma explícita ou não (Krehely, 2009). Nessas circunstâncias, algumas mulheres transexuais relatam quadros de ansiedade ao divulgar sua identidade, temendo serem vítimas de maus tratos e negação da assistência que lhes é devida (Mollon, 2012).

O acesso a serviços de saúde (e outros serviços de apoio e promoção do bem-estar, como a rede de assistência social, SUAS [<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/o-que-e>]) de qualidade para as mulheres transexuais e travestis representa uma importante questão de saúde e social.

Dados de pesquisa realizada pelo *Center for American Progress*, nos Estados Unidos da América (EUA), em 2016, estimou que 21% de entrevistados transexuais já foram submetidos a falas agressivas e/ou abusivas por parte do médico que prestou atendimento (Singh, Durso, 2017). No Reino Unido a instituição de saúde Stonewall, evidenciou que questões de identidade de gênero, dificultavam ou impediam o acesso a serviços de saúde de 40% das pessoas transexuais. Em muitos países a prestação de serviços assistenciais e de cuidados em saúde a esta população se mostra profundamente inadequada, pois os/as pacientes são tratados(as) com agressividade e criminalizados(as) pela sua identidade de gênero/comportamento (LANCET, 2020).

No Brasil, devido à lógica binária e cisgênera no “*cistema*”² de saúde, as pessoas transexuais, além de terem violado seu direito ao sigilo, privacidade e uso do nome oficial, que são assegurados, ao menos em tese, pela Carta dos Usuários do SUS, geralmente são postas à margem/tolhidas ao tentar realizar procedimentos e acessar serviços por questões burocráticas e operacionais (Gomes *et al.*, 2018).

No contexto da assistência hospitalar, por exemplo, há situações em que transexuais e travestis são alocadas em enfermarias, não levando em consideração sua identidade de gênero.

2 O neologismo “*cistema*” foi usado como uma forma de escrita que se vale do jogo de palavras, que remete a questões de gênero. Esta forma dialoga com a palavra cisgênero, que é a pessoa cuja identificação com seu gênero é imposto ao nascimento, por condição da genitália. É uma “palavra – valise” (“*portmanteauword*”) antônima de/para transgênero/transsexual (Lau, 2019). A literatura em língua inglesa, beneficiada pela facilidade de aglutinação de diferentes vocábulos, é riquíssima em palavras-valise, presente em escritores tão diversos como Lewis Carroll (1832-1898) e James Joyce (1882-1941).

Quase sempre lhes é negada a permanência nas enfermarias que correspondem à sua identidade de gênero, ou seja, mulheres transexuais e travestis deveriam permanecer em enfermarias femininas. Essa atitude por parte dos profissionais de saúde, que prestam assistência clínica e cuidados, configura uma clara atitude de violência, ao não reconhecerem a autodeterminação de gênero, violando a dignidade da pessoa humana no que se refere à privacidade e sigilo, e oferta da assistência integral prevista em lei (Gomes *et al.*, 2018).

Na atenção primária e secundária, é perceptível a impossibilidade ou as limitações na oferta de linhas de cuidado para transexuais e travestis, como é o caso da assistência ginecológica/obstétrica, aborto legal e exames de próstata para o público cisgênero (Gomes *et al.*, 2018).

Por esses motivos, dentre outros que serão abordados a seguir, ao sofrerem discriminação, há uma tendência, por parte dessa população, a evitar os serviços que prestam assistência preventiva e/ou urgências, o que pode acarretar piores desfechos de saúde, ao afastar a clientela de serviços de prevenção e diagnóstico precoce – como no exemplo dos cânceres de próstata e mama (Deebel *et al.*, 2017; Tabaac *et al.*, 2018; Casey *et al.*, 2019), ou levá-la a buscar tardiamente serviços de urgência (Romanelli *et al.*, 2018; Casey *et al.*, 2019), quando as chances de reversão de quadros graves se mostra substancialmente reduzida. A discriminação e estigmatização podem levar também, em algumas circunstâncias, a uma maior incidência de depressão e ideação suicida/tentativas de suicídio (Casey *et al.*, 2019).

3.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DE VIDA DE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS

De acordo com a definição da OMS, os determinantes sociais em saúde podem ser descritos como "as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem" (OMS, 2008). Para que estas condições se sustentem, ao longo das trajetórias de vida de cada indivíduo, e se mostrem favoráveis a um desenvolvimento pleno e à promoção da saúde são necessárias oportunidades de distribuição da renda, de poder e recursos (OMS, 2008). Estes últimos podem, para efeitos didáticos, ser subdivididos em bens materiais e simbólicos, obedecendo à classificação celebrizada pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu (1930-2002). Pertencem a esta última categoria o acesso integral à educação, à cultura e à livre expressão e intercâmbio de ideias.

Os determinantes sociais da saúde atuam em diferentes níveis da vida de um indivíduo ou comunidade. A existência de fatores estruturais subjacentes (política macroeconômica de uma nação; políticas públicas nas áreas de educação, moradia, saúde, previdência social, entre outros fatores; além dos contextos sociais e institucionais) são responsáveis pela distribuição dos recursos na sociedade e assinalam a posição das pessoas em uma dada estrutura social e econômica (Alderwick; Gottlieb, 2019).

A partir da conjunção desses fatores, tem-se a configuração dos determinantes estruturais de cada sociedade, por exemplo, as condições de vida e trabalho; acesso ao dinheiro/recursos para a aquisição de alimentos, vestimenta e outros insumos básicos, aspectos em que estão ancoradas as circunstâncias e os modos de viver no cotidiano das pessoas. A interação desses fatores, numa complexa rede, moldará a saúde e evidenciará as possíveis iniquidades aí implicadas (Alderwick; Gottlieb, 2019).

É nesse contexto de fatores estruturais e conjunturais que se constituem e retroalimentam os determinantes sociais da saúde. No presente trabalho, procurarei situá-los no contexto de vida e saúde da população de mulheres transexuais e travestis. É na compreensão do modo de vida e trabalho dessas pessoas que conseguimos compreender melhor a sua situação de saúde e o quanto estão expostas às vulnerabilidades sociais.

O histórico de violações na trajetória de vida de travestis e mulheres transexuais inicia-se, habitualmente, dentro de casa (Kulick; Gordon, 2008; Souza *et al.*, 2014), seja por parte de familiares e vizinhos e/ou (em paralelo ou em um momento subsequente) no ambiente escolar (Kulick; Gordon, 2008). A não aceitação de seus “trejeitos femininos” e de sua identidade de gênero resulta, frequentemente, na rejeição (Fernández-Rouco; Carcedo; Yeadon-Lee, 2020) expulsão de casa e, com certa frequência, em atitudes violentas (como *bullying* e agressão) no ambiente escolar (Kulick; Gordon, 2008), entre outros contextos (por exemplo, trabalho).

Com a cisão de suas relações familiares e demais redes de apoio social, esta população fica amplamente exposta a fatores estruturais adversos, o que pode ser, infelizmente, agravado por conjunturas particularmente adversas, como temos vivenciado no Brasil e diversos países do mundo nos dias de hoje, com a ascensão de uma forte corrente antidemocrática, extremista e intolerante. Embora a discriminação não seja, de forma alguma, algo novo, nem alheio aos meios de comunicação de cada sociedade (ver as interessantes reflexões de Oscar Wilde (2013) [1905], em um contexto absolutamente distinto, a Inglaterra Vitoriana), tem ocorrido, em anos recentes, algo similar a “ondas” de discriminação, propagadas por redes sociais digitais.

Por vezes, tais “ondas”, têm por base fatos originalmente irrelevantes, como a amplificação de uma fala pouco apropriada de uma pessoa famosa ou um personagem de novelas, de uma letra de música; muitas vezes com base em informações falsas ou distorcidas (*fakenews*). Esta é, infelizmente, uma característica da nossa sociedade hiperconectada, e é absolutamente impossível prever o que emergirá de positivo e, especialmente, de negativo nessa esfera (Strand; Svensson, 2019).

Tais fatores, estruturais e conjunturais, têm sido apontados como responsáveis pelo aumento de vulnerabilidades nessa população, expondo-as a diversas formas de discriminação e violência. Nessa linha percebe-se que há limitações das oportunidades educacionais e de inserção no mercado formal de trabalho. Isso resulta numa maior chance dessa população (re)cair na pobreza, comprometendo a possibilidade de ter uma moradia estável, experimentar restrições no acesso aos cuidados de saúde e outros fatores, que contribuem para o aumento da exclusão social, em uma espécie de ciclo vicioso (Malta *et al.*, 2020).

O conceito de uma rede estrutural que se retroalimenta, favorecendo a pobreza e exclusão, não é de forma alguma nova, remontando aos trabalhos, hoje clássicos, do Prêmio Nobel de Economia, o sueco Gunnar Myrdal (1898-1987). No entanto, a aplicação desses conceitos a populações recortadas segundo gênero/identidade sexual constitui uma dimensão que não foi contemplada pelos trabalhos originais de Myrdal (Berger, 2008).

Dos fatores supramencionados, três estão bem marcados no contexto de vida de mulheres transexuais e travestis: a violência, a negação de sua identidade de gênero e a sua não inserção ou inserção precária no mercado formal de trabalho. Tais questões repercutem negativamente em suas vidas, podendo contribuir para uma maior exposição a diversas vulnerabilidades adicionais. Estas incluem baixa expectativa de vida, maior incidência de diferentes doenças e demais agravos (como a violência) (Poteat; Malik; Beyrer, 2018) frente aos padrões da população geral das respectivas sociedades. Esse conjunto inclui o uso prejudicial de drogas lícitas (como álcool, tabaco e psicofármacos sem indicação terapêutica) e ilícitas (Mburu *et al.*, 2019); transtornos mentais (Hotton *et al.*, 2019) e dificuldades em acessar os serviços de saúde (Monteiro; Brigeiro, 2019; Wood *et al.*, 2019).

Dados do projeto Além do Arco Íris - Afro Reggae, de 2013, localizado no Rio de Janeiro, estimam que quando as mulheres transexuais e travestis são expulsas de casa, a idade média em que isso ocorre é de 13 anos. Aproximadamente 0,02% estão inseridas em universidades, 72% não completaram o ensino médio e 56% cursaram apenas o ensino

fundamental (Antra, 2020). Em que pesem as deficiências educacionais, que são estruturais no País, quando comparados à população geral brasileira, se percebem diferenças marcantes no acesso à educação, em detrimento da população Trans: em 2015, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 14,3% das mulheres com 25 anos e mais tinham mais de 15 anos de estudo (IBGE, 2015).

Apesar de não haver estudos sistemáticos sobre a expectativa de vida dessa população, alguns apontam que ela está estimada em aproximadamente 35 anos de idade (BRASIL, 2017; Antra, 2020), enquanto para a população brasileira em geral, em 2018, esta expectativa foi estimada em 76,3 anos (IBGE, 2019). A confirmar tais dados, os diferenciais seriam tão pronunciados que superariam, por mais surpreendente que possa parecer, diferenciais de países com características similares, que estão (e.g. Ucrânia) e não estão em guerra (e.g. Polônia) (Statista, [s/d]).

Esses dados são reforçados quando observamos as estatísticas de violência, doenças diversas (transmissíveis ou não), além de outras vulnerabilidades (p.ex. insegurança alimentar, habitação precária) às quais estão expostos homens e mulheres trans.

Nessa vertente, há algum tempo, o transfemicídio/travesticídio passou a estampar a capa dos jornais no Brasil e os noticiários (Antra, 2019). Este ato extremo pode ser compreendido como a etapa final de uma cadeia de violência estrutural, sustentada por um sistema cultural, social, político e econômico que vem sendo consolidado, há séculos, por uma divisão binária excludente. O impacto adverso desta divisão e seus desdobramentos se somam a um sem-número de outros fatores estruturais, como a desigualdade social, o racismo, as incursões policiais em favelas e os confrontos armados entre fações, entre outros elementos, que tornam o Brasil uma das sociedades mais violentas do mundo (IBGE, 2020).

O transfemicídio/travesticídio pode ser classificado como o assassinato sistemático de mulheres transexuais e travestis, respectivamente, sendo compreendido a partir de uma política disseminada, intencional e sistemática de violação e eliminação da população transexual e travesti, motivada pelo ódio e abjeção por parte da sociedade (Antra, 2020).

No Brasil, em 2019, houve um aumento de 800% das notificações de agressões à população de travestis e mulheres transexuais, com 11 pessoas sendo agredidas a cada dia. Parte desses dados podem ter origem no período eleitoral de 2018 e o ano de 2019, no governo do presidente Jair Messias Bolsonaro, onde diversas pesquisas, matérias e denúncias apontaram aumento de violência contra a população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer,

intersexo, assexual e outros grupos (LGBTQIA+). Nesse cenário de extrema polarização e intolerância, houve casos de pessoas agredidas e assassinadas por motivação política, já que o referido presidente seu entorno era conhecido por incitar o ódio contra esta população de forma pública (Antra, 2020). Há que considerar ainda o impacto da polarização política, da disseminação de mensagens de ódio nas redes sociais e outros fenômenos, empiricamente observados, mas que estão por ser ainda sistematizados por estudos científicos.

Essas estimativas são empiricamente corroboradas, nas situações de exposição à violência urbana que, em alguns casos, são decorrentes do trabalho como profissionais do sexo. Além disso, o sistema cisheteronormativo, vigente em nossa sociedade (talvez, mesmo, em expansão), não reconhece a identidade de gênero destas mulheres e, por esse motivo, mantém atitudes de violação da dignidade da pessoa humana e dos seus direitos. E quando essas violações partem de agentes e de serviços da própria segurança pública, da polícia?

Inverter-se-ia aqui, de forma particularmente perversa, a ideia clássica de Hobbes (1588-1679), de que o monopólio de uso legítimo da força por parte do Estado (obviamente considerando as óbvias diferenças entre o Estado absolutista de sua época e do Estado Democrático de Direito contemporâneo) teria como objetivo exatamente impedir que o “homem agisse como o lobo do próprio homem”, na sua formulação clássica (*homo homini lupus*). Quando o Estado se volta contra os cidadãos que deveria proteger, observa-se uma quebra das bases clássicas da própria definição de Estado e sociedade

Parte dessa violência, em diversas sociedades contemporâneas, são decorrentes do não reconhecimento da identidade de gênero. Esta pode ser compreendida a partir do local em que o indivíduo se encontra/insere em sua comunidade, haja vista que o masculino e o feminino já estão socialmente enraizados, enquanto estruturantes da divisão de gênero, reconhecendo-se que as pessoas comumente vistas como desviantes desejam ser vistas e interagir. A identidade de gênero é uma definição individual de como os seres humanos se reconhecem e se expressam na interface com as redes sociais e a sociedade no seu entorno. Cabe ressaltar que a identidade é diferente de orientação sexual – pessoas transexuais e travestis podem ter qualquer orientação sexual, incluindo heterossexual, homossexual, bissexual e assexual (ONU, 2017).

O não reconhecimento da identidade de gênero esbarra em possíveis violações no não reconhecimento do nome social de mulheres transexuais e travestis. Alguns serviços de saúde e de segurança pública, por exemplo, não utilizam o nome social por entenderem que o nome válido é aquele que consta do registro civil.

A Carta de Direitos dos Usuários do SUS, em seu terceiro princípio, ressalta o preenchimento do campo “nome social” em formulários e documentos de identificação do sistema de saúde. Este campo é destinado ao nome pelo qual mulheres transexuais e travestis preferem ser reconhecidas. A Carta veta qualquer conduta que desrespeite e viole essa prerrogativa no contexto da atenção à saúde (BRASIL, 2007).

A falha no direito ao uso do nome social tem sido apontada como importante violação da dignidade da pessoa humana. Tais atitudes ferem os direitos das usuárias do SUS, baseados na universalidade do acesso, equidade, integralidade e humanização da assistência (Silva *et al.*, 2017).

Em resposta à exclusão de mulheres transexuais e travestis do mercado de trabalho formal, no contexto internacional, outro importante documento trata de princípios que reforçam o respeito e o reconhecimento da identidade de gênero e orientação sexual. São os Princípios de Yogyakarta, consolidados pela Comissão Internacional de Juristas e pelo Serviço Internacional de Direitos Humanos. A reunião para elaboração destes princípios ocorreu na Universidade GadjahMada, em Yogyakarta, na Indonésia em 2006. Os princípios elencados nesse documento (um total de 29 princípios) reforçam a obrigação primária dos Estados em implementarem, com recomendações e ações concretas políticas que garantam os direitos humanos (Princípios de Yogyakarta, 2007)

O princípio 12 – Direito ao Trabalho -deixa claro que os Estados, a partir de suas medidas legislativas, administrativas entre outras, devem adotar ações que eliminem e proíbam atitudes discriminatórias nos espaços de trabalho, público ou privado (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007). Além disso, reforça a necessidade de assegurar emprego e oportunidades em todas as áreas do serviço público, com a oferta de treinamentos e programas de conscientização contra atitudes discriminatórias. Apesar destes princípios serem considerados “soft law”³ (ou seja, normas sem caráter impositivo), eles podem ser utilizados como guia de interpretação do direito à igualdade e do respeito da dignidade da pessoa humana, ambos já previstos na Constituição Federal Brasileira de 1988 (Almeida; Vasconcellos, 2018).

³ Os tratados e convenções, quando aprovados, são denominados de *hard law*. Estas são leis internacionais, que devem ser cumpridas por todos os Estados que as pactuaram. Ao seu lado e de importância crescente, acrescentam-se declarações, códigos de conduta, diretrizes e outras promulgações de órgãos políticos do sistema das Nações Unidas, além de diretrizes de instituições multilaterais, resoluções e declarações de organizações não governamentais, também chamadas de *soft law*, que pode ser compreendida como algo que ainda não é lei, portanto, não se reveste de um possível caráter impositivo/coercitivo, mas que pode assumir um peso normativo significativo (Carvalho, 2019).

Por conseguinte, essa população de mulheres travestis e transexuais ainda encontra grandes obstáculos para chegarem aos 40 anos de idade e ao ensino médio. Conforme observamos em legislações brasileiras, o trabalho é um direito social, mas o emprego formal não é uma realidade na vida da população de mulheres transexuais e travestis. Estima-se que aproximadamente 90% das mulheres transexuais e travestisse se prostituem apesar de não existirem dados oficiais. A prostituição acaba sendo, para uma parte desta população, a principal fonte de renda, já que não lhes foram dadas oportunidades de conquistar outros espaços e meios de subsistência (Almeida; Vasconcellos, 2018).

Os fatores aqui elencados produzirão níveis de exclusão social para essa população, seja nos serviços de saúde, nos serviços de segurança pública, no trabalho e nos espaços de formação (escolas e universidades). Essas condições sociais acabam por privilegiar as pessoas cisgêneros (ou heterossexuais) na inclusão social, resultando em impactos diferentes entre os grupos nos resultados de saúde. Isso acaba por estratificar, socialmente, a população em diferentes exposições aos determinantes sociais da saúde (De Vries; Kathard; MÜLLER, 2020).

Ao fazer o levantamento da literatura, sobre possíveis fatores que interferem no acesso a serviços de saúde, entre mulheres transexuais e travestis, alguns aparecem com maior frequência e são determinantes no itinerário terapêutico delas pela rede de serviços de saúde.

Em relação à raça/cor, as iniquidades em saúde no Brasil têm relações com fatores socioeconômicos, raciais e de gênero. Mesmo com o avanço das políticas públicas em saúde e educação, que levaram à redução das taxas de mortalidade geral e aumento na expectativa de vida, a população de pretos e pardos permanece com altas taxas de morbimortalidade em todas as faixas etárias e gênero, com expressivo diferencial frente ao segmento formado pelas pessoas classificadas como brancas (BRASIL, 2011).

No Brasil, estudos no campo da saúde com minorias sexuais que tenham o recorte raça/cor são, até o momento inexistentes no formato de artigos revisados por pares (com algumas exceções, pontuais, presentes em relatórios e *preprints*). Em relação à população de mulheres transexuais e travestis, essa lacuna se repete. Boa parte dos estudos que trabalham raça/cor relacionadas ao público LGBTQIA+ tem origem internacional, com relevante produção dos Estados Unidos (Howard *et al.*, 2019; Almeida; Rolim Neto, 2020).

Nesse segmento populacional - mulheres transexuais e travestis de cor preta ou parda, por exemplo (Howard *et al.*, 2019), é possível encontrarmos indivíduos que enfrentam disparidades sociais, de saúde e econômicas preocupantes, com destaque para dificuldades no acesso a

serviços de saúde. Por conseguinte, observa-se que esse segmento ostenta as maiores taxas de infecção pelo HIV/DST; está exposta a uma alta frequência de atos (em intenção ou efetivamente perpetrados) de discriminação, vitimização e falta de uma rede de apoio social, e se vê afetada por altas taxas de depressão, ansiedade e suicídio; é alvo de criminalização e super representação nas interações, habitualmente problemáticas, com policiais, prisões e encarceramentos; baixa inserção no ensino médio e superior; altos níveis de desemprego; altas taxas de moradia precária e insegurança alimentar (Hill *et al.*, 2017; Rosentel; Vandevusse; Hill, 2020).

Embora exista uma extensa literatura que têm se debruçado nos efeitos do racismo nas questões de acesso a serviços de saúde, esses mesmos efeitos foram observados em contextos de discriminação, assédio e agressão contra amostras não representativas de mulheres transexuais. Mesmo após a implementação de políticas básicas de proteção, esses efeitos ainda persistem. As experiências negativas dirigidas a essa parcela da população LGBTQIA+ limitam suas oportunidades e acesso a recursos nas áreas de saúde, emprego e segurança pública. Como exemplo, pode-se citar experiências de discriminação sofridas pelas mulheres transexuais de cor preta nos cuidados de saúde que, subsequentemente, serão evitados mesmo na ocorrência de doenças ou lesões com determinada gravidade. Outro resultado negativo inclui a maior probabilidade de depressão, ideação e tentativas de suicídio (Casey *et al.*, 2019).

Como em todo o estudo em que é analisada a complexa interseção e interação de características e efeitos de minorias e maiorias minorizadas, sob a pressão das mais diversas formas de estigmatização, é bastante difícil, se não impossível, contar com amostras representativas e estudos que transcendam a dimensão local. Muito provavelmente, uma melhor compreensão de fenômenos tão complexos emergirá do acúmulo de evidências dispersas e não de um hipotético estudo realizado em condições ótimas, pois tais condições simplesmente não existem no mundo real

Vale destacar que o racismo, o preconceito racial e a discriminação pela cor de pele têm sido amplamente debatidos em diferentes contextos sociais e canais de comunicação. Por tratarem de temas que também influenciam o acesso a serviços de saúde de mulheres transexuais e travestis e que afetam a dignidade da pessoa humana, vale conceituar esses termos.

O racismo é tratado como uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento. Trata-se de uma manifestação por meio de práticas conscientes ou inconscientes

que podem culminar em vantagens ou desvantagens, dependendo do grupo racial ao qual o indivíduo pertença. O preconceito racial é o juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, que pode ou não resultar em ações de discriminação. A discriminação racial é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados. O poder é requisito primordial nas ações discriminatórias, ou seja, o uso da força por meio da qual se atribui vantagens ou desvantagens por conta da raça (Almeida; Ribeiro, 2019).

A discriminação racial pode se dar sob duas vias: a direta e a indireta. A discriminação direta refere-se ao repúdio ostensivo, seja para com o indivíduo ou grupos, com base na condição racial, a despeito do conceito “raça” carecer de qualquer fundamento biológico entre seres humanos (Reich, 2018). A discriminação indireta está marcada pela ausência de intencionalidade explícita no ato. Isso decorre porque a norma ou prática não leva em consideração ou não pode prever de forma concreta as consequências da norma. Tais vias de discriminação, ao longo do tempo, podem levar à estratificação social. Por se tratar de um fenômeno intergeracional, o percurso de vida de todos os membros do grupo – aqui inclusas as chances de ascensão social, de reconhecimento e sustento material – é afetado (Almeida; Ribeiro, 2019).

Por fim, ainda sobre a discriminação, é possível falar em discriminação positiva, que pode ser compreendida como possibilidade de tratamento diferenciado a grupos que, historicamente, sofreram os efeitos da discriminação negativa. Assim surgem as políticas de ações afirmativas (discriminação positiva). Estas, basicamente, estabelecem tratamentos discriminatórios a fim de reparar ou compensar a desigualdade (Almeida; Ribeiro, 2019). Em país com um histórico de 350 anos de escravidão da população negra, sem qualquer política de reparação ou absorção no período imediatamente subsequente, tais afirmações afirmativas constituem um mínimo de busca de justiça, ainda que a posteriori (Gomes; Silva, 2019).

Outra questão, que possivelmente impacta a vida e a saúde (principalmente o acesso a serviços de saúde e suas tecnologias) de minorias sexuais e étnico-raciais, tem relação com as três faces do racismo: a individualista, a institucional e a estrutural (Almeida; Ribeiro, 2019). Para fins do nosso estudo, focaremos no racismo institucional, pois ele possui íntima relação com as questões de acesso à saúde, ao planejamento e implementação de políticas públicas em saúde e à possível relação com violações da dignidade da pessoa humana.

A concepção individualista ocupa-se da relação existente entre o racismo e a subjetividade. Nesse aspecto, ele pode ser compreendido de forma redutora (e não raramente, preconceituosa), como um desvio no comportamento ou encarado como patologia, por se tratar de um fenômeno ético e psicológico incorporado ao caráter individual ou coletivo (Almeida; Ribeiro, 2019). Na concepção institucional, as instituições do Estado são hegemônicas por grupos raciais definidos que controlam e legitimam (López, 2012; Almeida; Ribeiro, 2019) diferentes mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos. Aqui é percebida a difusão de parâmetros discriminatórios, baseados na raça e que servem para manter a hegemonia do grupo social no poder. Assim o domínio de homens brancos nessas instituições – legislativo, judiciário, ministérios, reitoria de universidades, direção de serviços de saúde etc. – e nos altos cargos do setor privado – depende de regras e padrões impostas por esses homens, que dificultem a ascensão de minorias sexuais e étnicas-raciais (Almeida; Ribeiro, 2019).

Essa face do racismo opera de modo difuso no funcionamento das instituições, ao promover desequilíbrio na oferta e distribuição de serviços, benefícios e oportunidades nos diferentes segmentos raciais. Os efeitos dessa face do racismo, extrapolam os relacionados à sua face individual. Instaura-se no cotidiano das instituições, inclusive na implementação efetiva de políticas públicas gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades (López, 2012). Por exemplo, embora os dados de raça/cor sejam obrigatórios – de acordo com a Portaria 344/2017 (BRASIL, 2017) em diferentes serviços públicos de saúde, ainda observamos dados desagregados por cor, pois são negligenciados e não são coletados de maneira ampla (López, 2012).

Na concepção estrutural as instituições materializam um modo de socialização que naturalizou o racismo como um dos seus componentes orgânicos, ou seja, as instituições promovem o racismo porque a sociedade é racista. Sob a luz dessa ideia, o racismo decorre da própria estrutura social, “normalizando” seu conteúdo nas relações políticas, econômicas, jurídicas e familiares, não sendo considerado uma patologia social e nem um desarranjo institucional. Como um processo histórico e político, ele cria condições sociais para que, direta ou indiretamente, indivíduos e coletividades sejam racialmente identificados e discriminados de forma sistemática. Sob esse aspecto, a responsabilização jurídica, no racismo estrutural, não é suficiente para impor limites efetivos a atores sociais produtores de desigualdades raciais (Almeida; Ribeiro, 2019).

Com base no balanço do Relatório Interamericano de Direitos Humanos, publicado em 2018, que documenta a situação de mulheres pretas LGBTQIA+, as mulheres transexuais são as que mais sofrem com as múltiplas e correlacionadas formas de discriminação (Junior, 2016).

Mesmo com a criação de ações afirmativas estampadas em diferentes políticas públicas, no balanço anual da Ouvidoria de Direitos Humanos de 2018, o total do público LGBTQIA+ de raça/cor não branca - 37,9% (que inclui pretos – 11,9% e pardos – 26%) - sofre discriminação em função da cor em diferentes serviços públicos (BRASIL, 2019).

Ademais, quando se analisa o contexto do pós-golpe de 2016 no Brasil, o país sofreu uma onda de retrocessos em termos de direitos e conquistas sociais. Isso se refletiu em um desmonte das políticas LGBTQIA+, com um corte de, aproximadamente, 35% (podendo ultrapassar essa estimativa preliminar) nas verbas para mulheres, negros e população LGBTQIA+. Ao considerar o inexpressivo orçamento para essas políticas, é notório que a motivação desses retrocessos está possivelmente associada às ações de uma política conservadora e uma economia neoliberal enriquecida por ações sexistas, racistas, misóginas, LGBTQIA+ fóbica. Assim, se pensarmos nas mulheres transexuais e travestis pretas, esse contexto, elas estão vulnerabilizadas sob diversos ângulos da investida reacionária (Junior, 2016).

O acesso à educação e trabalho também constituem importantes determinantes para as condições de vida dessas mulheres. A falta de acesso à educação (anos de estudo) e ao trabalho (tipo de trabalho: formal ou informal), podem impor barreiras significativas na busca por serviços de saúde (Antra, 2019; Silva; Luppi; Veras, 2020). Em nível estrutural, essa população é afetada pela deficiência de políticas públicas robustas e da inclusão no conjunto de instituições de educação, do sistema de saúde e do mercado de trabalho (Silva; Luppi; Veras, 2020).

A começar pelo acesso à educação, a exclusão social dessas pessoas inicia-se em problemáticas relacionais diversas e familiares, especialmente. No ambiente escolar sofrem com o não reconhecimento de sua identidade de gênero; agressões referentes ao uso do nome social; violências e transfobia. Como consequência, observa-se grande evasão escolar e baixa escolaridade. Isso se refletirá em despreparo técnico e profissional, com grandes chances de discriminação no mercado de trabalho (Kulick; Gordon, 2008; Caputo, 2018; Sousa, 2018).

Oficialmente há dados escassos acerca dos números de evasão escolar de transexuais e travestis. Os dados oficiais são basicamente agregados ou desagregados por categorias tradicionais, como faixa etária (e.g. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/201>

2-agencia-de-noticias/noticias/34340-ibge-divulga-uma-decada-de-informacoes-sobre-a-saud e-dos-escolares), mas, neste caso, a situação é bastante mais complexa, pois não se limita a um problema de estratificação, mas sim da ausência pura e simples de qualquer variável relacionada à questão.

Porém, de acordo com a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT), a evasão escolar de travestis e transexuais corresponderia a 73% dessa população (Sousa, 2018). A evasão e a baixa escolaridade devem-se, entre outros fatores, ao fato de o ambiente escolar ser hostil às travestis e transexuais. Em 2011, nos Estados Unidos, transexuais relataram ter sofrido na escola com assédios (78%), violência física (35%) e violência sexual (12%), tudo motivado pelo não reconhecimento da identidade de gênero (Silva; Luppi; Veras, 2020; Santos *et al.*, 2021). Como efeito negativo desta situação, para esse grupo, são impostas dificuldades no acesso às informações em saúde adequadas e oportunas, além das dificuldades em acessar serviços e tecnologias disponíveis nos sistemas público e privado de saúde (Rocon *et al.*, 2016; Souza, 2018).

Outro desdobramento que pode limitar o acesso aos serviços de saúde e possibilitar desfechos de saúde adversos é a não inserção das mulheres transexuais e travestis no mercado formal de trabalho. Como consequência da baixa escolaridade, a maioria das mulheres desse grupo são empurradas para a informalidade, nesse caso, para o trabalho sexual (Carrieri; Souza; Aguiar, 2014; Antra, 2020).

De acordo com o Relatório da violência homofóbica no Brasil, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, a discriminação e a não inserção ao mercado de trabalho fomentam a busca por sobrevivência na prostituição de rua. A Associação Nacional de Travestis e Transexuais estima que 90% das mulheres transexuais e travestis recorrem a essa profissão em algum momento da vida (Antra, 2019).

Embora o trabalho sexual conste na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), a atuação no Brasil não está regulamentada, o que configura como atividade informal que, além de não permitir a garantia de direitos, torna as mulheres transexuais e travestis trabalhadoras do sexo extremamente vulneráveis, com destaque para as infecções sexualmente transmissíveis, sendo a população mais afetada globalmente pela infecção por HIV (Silva; Luppi; Veras, 2020). Além disso, a mobilização por uma profissionalização regular é tímida, e diversas pessoas não têm relação alguma com movimentos organizados. Há um forte contraste, sob todos os aspectos, com outras sociedades, onde a profissionalização está consolidada, como em

alguns países do Norte da Europa, ainda que não destituída de contradições e mesmo impasses (ver informações sobre o assim denominado “Modelo Nórdico” em: <https://nordicmodelnow.org/what-is-the-nordic-model/>).

Dentro do grupo de pessoas transexuais, é possível que homens transexuais tenham maior probabilidade de inserção no mercado de trabalho formal, em detrimento de mulheres transexuais. Pode-se inferir que tal situação sofre influência de alta passabilidade (aparência fenotípica em concordância com a identidade de gênero) dos homens transexuais. Essa (hipotética) vantagem para os homens trans pode estar associada ao acesso adequado à terapia hormonal, que os protegeria de serem identificados como pessoas transexuais e, conseqüentemente, poderiam sofrer menor discriminação (Silva; Luppi; Veras, 2020).

Quando observamos os subgrupos – travestis, mulheres transexuais e homens transexuais, o subgrupo das travestis está, de forma quase invariável, em maior desvantagem, seja em anos de estudo ou inserção no mercado formal de trabalho. Por não se adequarem à matriz heterossexual (nesse caso, investirem no fenótipo de gênero feminino), a discriminação torna-se mais direta. Assim, a sua invisibilidade seria algo impossível, já que a condição de travesti marca o corpo impossibilitando sua ocultação (Carrieri; Souza; Aguiar, 2015).

Outros fatores que são determinantes na vida dessas mulheres e que são temas recorrentes de estudos e documentos oficiais é estigmatização e a discriminação. Antes de compreendermos as ações secundárias ao estigma e discriminação, na rede de relações de mulheres transexuais e travestis, é essencial dissecar os conceitos. Assim teremos condições de entender como os seus desdobramentos podem estar associados às limitações ao acesso a serviços de saúde e violações da dignidade da pessoa humana.

Estigma e discriminação são termos que se entrelaçam, mas que têm diferenças. O estigma tem como consequência fundamental depreciar uma pessoa (Magno *et al.*, 2019), desempenhando sucessivas produções e reproduções de relações de poder e controle (Terto Jr., 2014). O desdobramento do estigma reforça o desequilíbrio entre indivíduos valorizados e desvalorizados, o que favorece as ações discriminatórias. Ele sempre estará associado à passagem ao ato das desigualdades sociais, envolvendo processos de categorização, rotulagem, estereotipagem e rejeição social, que também resulta em processos de discriminação (Terto Jr., 2014; White Hughto; Reisner; Pachankis, 2015).

Nas interações sociais o estigma se sobrepõe ao racismo e à discriminação, diferindo desses constructos em alguns aspectos: o conceito de estigma é mais abrangente e

historicamente consolidado, uma vez que provém originalmente do termo grego para marcas corporais (*estigmata*), o que adquiriu uma característica religiosa com o advento do Cristianismo (as marcas associadas à crucificação). Raça/cor define, em diversas sociedades, um status estigmatizado. Assim, quando a um rótulo estigmatizado de identidade de gênero vem somar-se a presença de deficiência física ou o status supostamente inferior/desvalorizado de portador do HIV (ou equivalente), somam-se e sobrepõem-se estigmas. A discriminação – tanto no nível individual (referindo-se ao tratamento desigual que emerge quando do pertencimento a um determinado grupo social subalternizado), quanto no nível estrutural (condição em que há restrição de oportunidades e recursos para o bem-estar de um indivíduo) – esta imbrica-se com o conceito de estigma (HATZENBUEHLER; Phelan; Link, 2013).

O estigma é classificado em individual, interpessoal e estrutural. De acordo com Hughto *et al.*(2015), o estigma individual refere-se aos sentimentos que a pessoa tem sobre si mesma ou crenças, valores que outras pessoas têm sobre aquela, o que poderá moldar um comportamento futuro, como a antecipação ou prevenção da discriminação. O interpessoal envolve formas de estigma diretas, como situações de assédio verbal, violência física e agressão sexual devido à identidade de gênero, por exemplo (Hughto *et al.*, 2015). E a vertente estrutural refere-se às normas culturais, sociais e político-institucionais que restringem o acesso, as oportunidades, os recursos para o bem-estar das estigmatizadas (HATZENBUEHLER; Link, 2014; White Hughto; Reisner; Pachankis, 2015).

Vale destacar que o conceito de estigma tem sido criticado talvez pela compreensão de seu uso numa acepção unidimensional e exclusivamente sincrônica (o que elimina sua riquíssima dimensão histórica). As críticas recaem sobre a pesquisa focada no estigma individual. Aqui o impulso central dos estudos sobre o estigma, tem focado nas percepções dos indivíduos e nos desfechos de saúde de tais percepções em nível micro, e não nas questões relacionadas ao estigma estrutural (HATZENBUEHLER; Link, 2014).

Link e Phelan (2014), ao introduzirem em seus estudos as ideias sociológicas acerca do “poder simbólico” de Pierre Bourdieu (sociólogo francês anteriormente citado), incorporam um novo conceito de “poder do estigma”, que qualifica o estigma estrutural ao abordar os fatores de nível macro, que produzem estruturas sociais em que os estigmatizados são, indiretamente, assediados, controlados e excluídos. Nessa linha, os estigmatizados absorvem as ações indiretas dos estigmatizadores (atores envolvidos na elaboração e implementação de políticas públicas de educação, saúde, segurança, cultura), ou seja, os estigmatizados passam a promulgar o

estigma resultante de uma estrutura complexa e dinâmica de discriminação. Assim, os “promotores” do estigma estrutural não estão necessariamente envolvidos de forma direta na discriminação dos indivíduos (Link; Phelan, 2014).

Sob estas classificações, estigma e discriminação têm sido apontados em estudos na área da saúde como agentes que limitam o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde. Isso ocorre no grupo de mulheres transexuais e travestis (Sousa, 2018; Goldenberg *et al.*, 2019; Magno *et al.*, 2019; Logie *et al.*, 2020), dentre diversos outros não tematizados aqui, como os imigrantes ilegais ou as minorias religiosas. O estresse (associado à discriminação), fator, por seu turno, associado à morbidade e mortalidade, é causa importante de adversidades e agravos presentes na saúde desse grupo e traz como uma de suas consequências indiretas a restrição de acesso a recursos de proteção à saúde (informação, conhecimento, dinheiro, poder). O estigma interpessoal, estrutural e os processos discriminatórios associam-se às desigualdades no emprego, saúde e habitação entre mulheres transexuais e travestis, quando comparado às pessoas cisgêneros (White Hughto; Reisner; Pachanskis, 2015).

Como reflexo de normas cisheteronormativas e de políticas públicas em saúde planejadas, quase que exclusivamente, para homens e mulheres heterossexuais, é possível perceber no cotidiano dos serviços de saúde formas de tratamento excludentes dirigidas ao público LGBTQIA+. Estas formas de tratamento incorporam atitudes de preconceito, discriminação e violência que resultam em homofobia, transfobia e não reconhecimento da identidade de gênero.

A homofobia, quando aplicada a mulheres transexuais e travestis, evidencia não só uma resposta à não adequação ao padrão heterossexual: ela estende seu padrão de violações ao incorporar o binarismo sexista que inferioriza o gênero feminino (Soares, 2018; Howard *et al.*, 2019). Em alguns países, como Uganda, a homofobia dirigida a mulheres transexuais é tão exacerbada, que existe um “Ato Anti Homossexualidade” que criminaliza e penaliza essa identidade de gênero. Tal atitude é reforçada quando as mulheres transexuais são percebidas pela população e pelos profissionais de saúde como homens que fazem sexo com homens e, portanto, sujeitas a estigmatização e discriminação adicionais (King *et al.*, 2019).

Nesta concepção mais ampliada de homofobia, ao referir-se às mulheres transexuais e travestis, deixa-se de lado as especificidades das experiências de pessoas transgêneras (Soares, 2018). Nesse caso, por exemplo, essas pessoas passam a ser tratadas como homens que fazem

sexo com homens e suas necessidades são tratadas como se elas fossem estritamente do gênero masculino senso estrito.

Nos últimos anos, o termo transfobia vem se difundindo com o objetivo de dar maior visibilidade às questões de estigma, preconceito e discriminação vividas por mulheres transexuais e travestis. A transfobia refere-se ao preconceito e/ou discriminação pela identidade de gênero das mulheres transexuais e travestis acarretando, por exemplo, dificuldades de acesso a serviços de saúde (Soares, 2018).

Em virtude da prática indiscriminada de situações de homofobia/transfobia em 2019, no Brasil, a justiça brasileira equiparou estas formas de discriminação com os crimes de racismo. Assim, conforme o conteúdo da lei 7716/1989, no que se refere à hipótese qualificadora de homicídio, os assassinatos por motivos de discriminação de orientação sexual passaram a ser considerados assassinatos por motivo torpe ou ataques à identidade de gênero (Piccoli, 2019).

Nesse cenário, conforme aponta Piccoli (2019), existe uma discrepância entre o discurso oficial e a operacionalidade do sistema penal, ou seja, a efetividade delimitada (seletividade em relação aos autores perseguidos e em relação às vítimas protegidas) das normas legais nos casos de homofobia/transfobia.

Quando esse autor analisou os crimes de racismo na cidade de São Paulo (1989-2011), foram encontrados 77 inquéritos passíveis de análise num período de 22 anos. Nesse período analisado, fica a dúvida em relação ao total de crimes de racismo no país que, certamente, ultrapassa essa marca. Se mesmo em relação ao racismo existem dificuldades em se provar o crime (salvo em situações de racismo direto e individual), como o crime de homofobia/transfobia, relacionado a identidade de gênero, será provado e o devido processo concluído? (Piccoli, 2020).

No âmbito da transfobia observam-se diferenças importantes nas agressões sofridas pelas travestis e mulheres transexuais, quando comparados aos homens transexuais. Ou seja, o primeiro grupo é o mais frequentemente atingido (Ribeiro; Silveira, 2020). É possível que essa tendência de agressões entre os grupos esteja associada à identidade de gênero e ao modo como cada grupo exerce sua sexualidade. Além disso, há maior frequência de agressões contra as travestis, que poderia estar associada a alguns marcadores que caracterizam a agressão, como o contexto social dessa pessoa, a classe social, raça/cor e ocupação (Antra, 2019).

A identidade de gênero diz respeito ao modo como o indivíduo relaciona-se com as representações de masculinidade e feminilidade, e como isso se traduz em sua prática social,

sem guardar relações com o sexo atribuído ao nascimento. Nesse sentido o nome social passa a ser o marcador essencial da identidade de gênero e reforça a feminilidade de mulheres transexuais e travestis tornando-as socialmente reconhecidas (BRASIL, 2016).

É comum mulheres transexuais e travestis encontrarem uma variedade de micro agressões nos serviços públicos, com destaque para a área da saúde. Incluem o uso de linguagem pejorativa, uso deliberado de pronomes incorretos, violação ao de pertencimento na comunidade que vive/trabalha e negação de suas necessidades de saúde gerais (Wingo; Ingraham; Roberts, 2018; Howard *et al.*, 2019; Fernández-Rouco; Carcedo; Yeadon-Lee, 2020).

Nesse rol de violações, os profissionais de saúde não estão preparados para atender as demandas desse público. A formação acadêmica não contempla as especificidades e complexidades das necessidades de saúde desse grupo de mulheres (Gonzales; Henning-Smith, 2017; Antra, 2019; Dolan *et al.*, 2020). Além das consequências sociais e de saúde negativas e a ruptura dos laços sociais com esses profissionais (Hotton *et al.*, 2020), essas mulheres acabam lidando com experiências de quase morte ao anular suas existências enquanto sujeitos, deslegitimadas nos serviços de saúde (Ferreira *et al.*, 2017).

Outra forma de violação da dignidade dessas mulheres é a violência policial. É possível que tal violência tenha associação com dificuldades no acesso a serviços de saúde. Porém poucos estudos trazem essa abordagem no campo da saúde pública. O assédio e o abuso cometido pelas autoridades, com base em leis que visam impor a “decência pública”, faz com que as mulheres transexuais e travestis evitem os serviços de saúde por medo, vergonha e dificuldades em expressar o ocorrido, em caso de agressões físicas (Winter *et al.*, 2016).

De acordo com Kulick (2008), em pesquisa etnográfica realizada com travestis, na cidade de Salvador (Bahia), entre os anos de 1996 e 1997, estas relataram que costumam ser perseguidas por policiais civis e militares. Neste estudo, as travestis foram unânimes em afirmar que, dentre os agentes de segurança, a polícia militar é a mais violenta. São estes policiais os que mais praticam abusos, cometendo estupros ou coagindo-as ao ato sexual, achacando-as, ou mesmo cometendo assassinatos (Kulick; Gordon, 2008). Quando são levadas ou recorrem à delegacia, as travestis são maltratadas ou mal atendidas (Sousa; Ferreira; Sá, 2013). Em estudo que analisou a associação entre a violência policial e os agravos de saúde mental, conduzido com 1221 adultos, em Baltimore, Estados Unidos em 2017, a violência policial contribui, decisivamente, para um aumento de vulnerabilidade da população de transexuais, se mostrando

associada a maiores chances de sofrimento psíquico, quadros de depressão, tentativas de suicídio e experiências psicóticas subclínicas (Devlylder *et al.*, 2018).

Quando as mulheres transexuais e travestis sofrem agressões em espaços públicos e procuram às delegacias (que geralmente são Delegacias Gerais e não da Mulher), o tratamento é hostil, com base na rejeição de suas queixas e discriminação. Essa mesma conduta se perpetua nos serviços de saúde, principalmente quando é informado ao profissional de saúde as motivações que levaram ao agravo (Souza *et al.*, 2015).

No Brasil, esse contexto de violência policial está ligado à exploração de pontos de prostituição. Nesses locais é exigido das mulheres transexuais e travestis, algum tipo de pagamento em troca de segurança, seja sob a forma de propina ou subjuço sexual. Inclusive quando essa troca envolve relações sexuais, algumas acontecem sem preservativos e com o uso de artefatos que causam dor e maior exposição a outras doenças, além do HIV (Caputo, 2018).

A violência por parte da segurança pública, somada ao mau atendimento pelos serviços de saúde, não só dificultam o acesso de mulheres transexuais e travestis, como também possibilitam o adiamento ou a recusa de demandas de saúde. Por conseguinte, esse grupo fica mais vulnerável e a situação de saúde se agrava, expondo-as ao risco iminente de morte.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar fatores associados ao acesso a serviços de saúde por mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico das travestis e mulheres transexuais do município do Rio de Janeiro;
- Descrever os fatores associados ao acesso a serviços de saúde por mulheres transexuais e travestis;
- Analisar e discutir os fatores associados ao acesso a serviços de saúde que violam (ou não) o princípio fundamental da dignidade da pessoa humana.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo seccional que compreendeu a análise de dados secundários, coletados na pesquisa intitulada “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre travestis e mulheres trans”, a Pesquisa Divas – Diversidade e Valorização da Saúde. A Pesquisa Divas foi multicêntrica, realizada em 12 capitais brasileiras (Belém, Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Curitiba, Fortaleza, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo), no período de 2015 a 2018.

Esta tese compreendeu análises do banco de dados referente às participantes do município do Rio de Janeiro, coletados no ano de 2016.

5.1 QUESTÕES ÉTICAS

O “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre travestis e mulheres trans”, intitulado Pesquisa Divas – Diversidade e Valorização da Saúde, foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), através do número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 49359415.9.0000.5240, sendo esta instituição a proponente do estudo.

De maneira complementar, o projeto de pesquisa desta tese foi avaliado e aprovado pelo mesmo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ENSP) sob o número CAAE 63229322.7.0000.5240.

5.2 A PESQUISA DIVAS

Entre 2015 e 2018 foi realizado no Brasil o “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre travestis e mulheres trans”, intitulado Pesquisa Divas – Diversidade e Valorização da Saúde, financiada pela Unesco e Ministério da Saúde, e coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com instituições de pesquisa em doze capitais brasileiras (Belém, Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Curitiba, Fortaleza, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro,

Salvador e São Paulo).O principal objetivo da Pesquisa Divas era descrever o perfil sociodemográfico, conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas ao HIV/AIDS e demais IST. Até o momento é a maior pesquisa realizada com a população de mulheres transexuais e travestis no mundo – tendo entrevistado um total de 2846 participantes (Bastos; Coutinho; Malta, 2018).

5.3 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NA PESQUISA DIVAS

Os critérios de elegibilidade para a participação incluíram:

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

Foi critério de exclusão:

- estar sob o efeito/influência de drogas, incluindo álcool, no momento da entrevista, de forma que dificultasse o entendimento do termo de consentimento e/ou compreensão das perguntas.

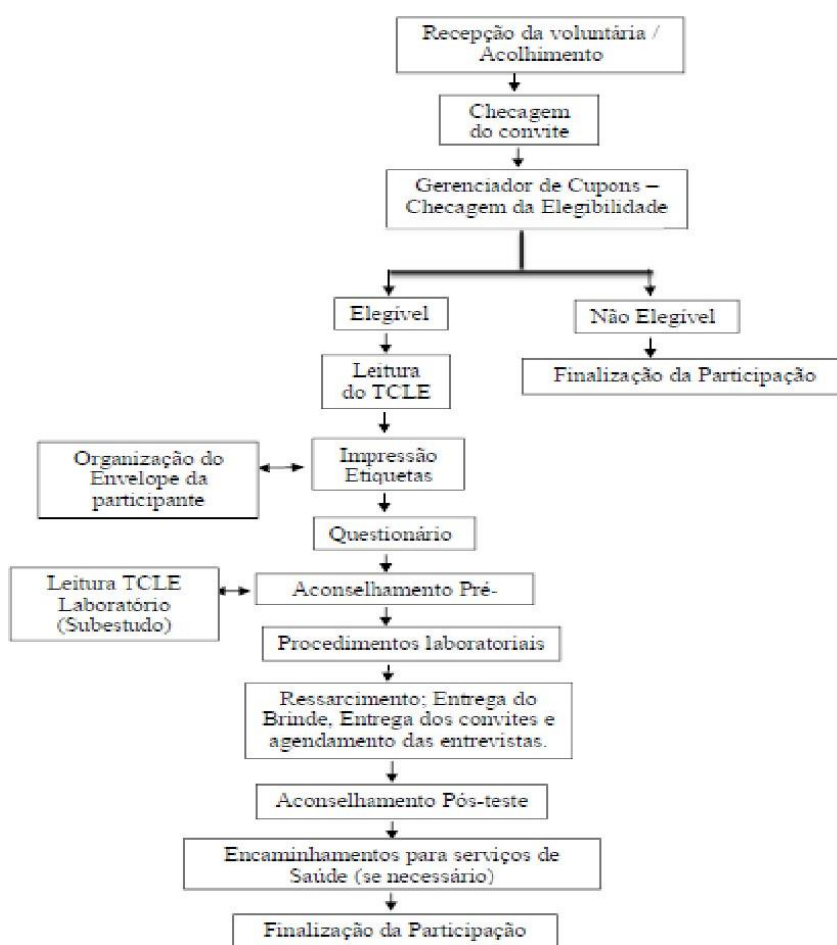
5.4 PESQUISA DIVAS - INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

As participantes elegíveis eram convidadas a responder o questionário sócio comportamental, composto por doze seções, divididas nos seguintes temas: informações sobre rede de contatos sociais; informações sociodemográficas; conhecimento sobre IST, AIDS, hepatites virais e acesso a preservativos; assistência à saúde; testagem para HIV e outras ISTs, discriminação, violência e violação de direitos humanos; comportamento sexual; álcool e outras drogas; modificações corporais; saúde mental; envolvimento com o sistema de justiça criminal; apoio social, resiliência e orgulho Trans.

Após as entrevistas, as participantes que consentiram foram encaminhadas para a coleta de sangue, para testagem de HIV, hepatite C (HCV), hepatite B (HBV) e sífilis.

Após finalização das entrevistas e realização dos exames laboratoriais, cada participante era encaminhada para o aconselhamento pós-teste. As participantes que apresentaram algum resultado positivo dos testes rápidos realizados (HIV, HCV, HBV e sífilis) ou que relataram outro problema de saúde eram encaminhadas ao serviço de saúde. A figura 1 resume o trabalho de campo, na realização das atividades da pesquisa Divas.

Figura 1 – Fluxograma de campo utilizado na pesquisa Divas



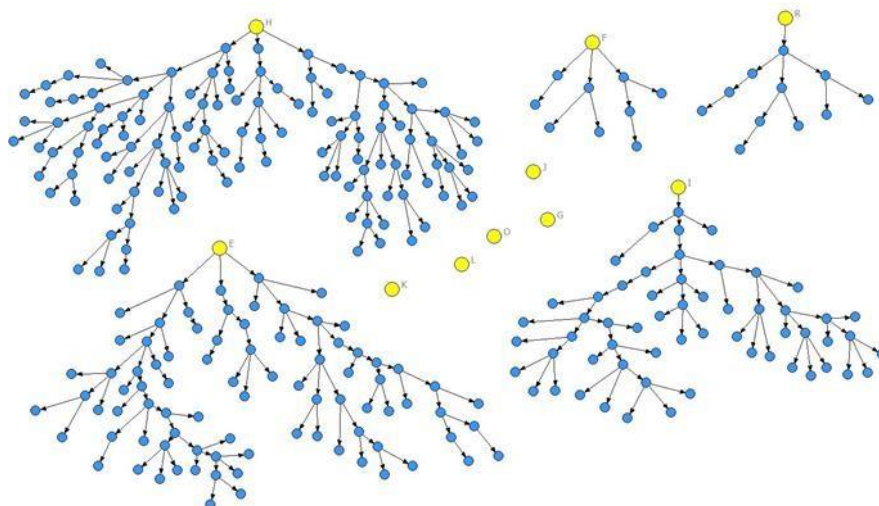
Fonte: ICICT, FIOCRUZ. Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência para o HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis e Mulheres Transexuais.

5.5 AMOSTRA E RECRUTAMENTO DA PESQUISA DIVAS

O recrutamento do estudo se deu por referência em cadeia ou amostragem dirigida por respondente (do inglês *Respondent - driven sampling* – RDS) (HECKATHORN, 1997).

No total, foram entrevistadas 292 mulheres no Rio de Janeiro, recrutadas a partir de 10 sementes. Na figura 2 estão apresentadas as redes de recrutamento, formadas no município do Rio de Janeiro, destacando as sementes em amarelo.

Figura 2 - Rede de recrutamento - Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: ICICT, FIOCRUZ. Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência para o HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis e Mulheres Transexuais.

5.6 VARIÁVEIS SELECIONADAS PARA O PRESENTE ESTUDO

Para o presente estudo foram consideradas as variáveis que poderiam ter relação direta ou indireta (como *proxy*) ao objetivo do estudo.

5.6.1 Variável de desfecho ou dependente

Considerando que os objetivos do estudo DIVAS diferem-se do presente estudo, considerou-se a pergunta “Quando você consultou um médico pela última vez?”, como *proxy* para **acesso a serviços de saúde**, variável de desfecho deste estudo. A pergunta era originalmente categorizada em: “Há menos de 12 meses”, “Entre 12 meses e 2 anos”, “Entre 2 e 3 anos”, “3 anos ou mais” e “Nunca foi ao médico”.

5.6.2 Covariáveis ou variáveis independentes

Neste estudo foram selecionadas covariáveis com base no referencial teórico (Bastos *et al.*, 2018; Sousa, 2018; Magno *et al.*, 2019; Monteiro; Brigadeiro, 2019; Leite *et al.*, 2021; Almeida *et al.*, 2022). Tais variáveis seguem listadas a seguir:

Faixa etária: avaliada pela seguinte pergunta “Qual a sua idade em anos?”, no presente estudo consideramos a variável em anos e também categorizada em faixas etárias “18 - 24 anos”, “25 - 34 anos”, “35 - 49 anos”, “50 - 64 anos” e “65+ anos”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Raça/Cor: avaliada pela seguinte pergunta “Como você se classifica em relação à sua raça/cor?”, categorizada considerando a classificação oficial do IBGE (BRASIL, 2022): “Branca”, “Preta”, “Amarela”, “Parda”, “Indígena”, “Não sabe”, “Não quis responder”. Para fins de análise a variável foi recategorizada em: “Branca”, “Preta”, “Parda”, “Outras (amarela e indígena)”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Idade de identificação trans: avaliada pela seguinte pergunta “Com que idade você passou a se identificar assim?”, avaliada em anos. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Idade de transição: avaliada pela seguinte pergunta “E com que idade você iniciou a sua transição?”, avaliada em anos. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Escolaridade: avaliada pela seguinte pergunta “Qual o curso mais elevado que frequentou?”, categorizada em “Creche, pré-escolar, classe de alfabetização – CA”, “Alfabetização de jovens e adultos”; “Antigo primário (elementar)”; “Antigo ginásio (médio 1º ciclo)”; “Regular do ensino fundamental ou 1º grau”; “Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental”; “Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo)”; “Regular do ensino médio ou do 2º grau”; “Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo de ensino médio”; “Superior –

graduação”; “Especialização de nível superior”; “Mestrado”; “Doutorado”; “Não sabe” e “Não quis responder”.

Para fins de análise a variável foi recategorizada em “Alfabetização” (Creche, pré-escolar, classe de alfabetização – CA, Alfabetização de jovens e adultos), “Fundamental” (Antigo primário (elementar); Antigo ginásio (médio 1º ciclo); Regular do ensino fundamental ou 1º grau; Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental), “Médio” (Antigo científico, clássico etc (médio 2º ciclo); Regular do ensino médio ou do 2º grau; Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo de ensino médio; “Superior” (Superior – graduação) e “Pós-graduação” (Especialização de nível superior; Mestrado; Doutorado). As categorias “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Situação de trabalho: a pesquisa original contava com a pergunta “Nos últimos 30 dias, quais foram as suas fontes de renda?”, que aceitava marcação múltipla (de mais de uma resposta). As categorias disponíveis eram: “Renda de Assistência/Benefício (assistência social, previdência, seguro-desemprego”, “Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos / presentes)”, “Trabalho regular com carteira assinada”, “Trabalho regular sem carteira assinada”, “Trabalho por conta própria/autônoma”, “Trabalho esporádico/bicos”, “Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas”, “Profissional do sexo”, “Atividade ilícita (Outra, que não tráfico de drogas, como: cafetinagem, furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria...)”, “Pedir esmolas”, “Outras”, “Não sabe” e “Não quis responder”.

Para fins desta análise, foram consideradas as categorias “Trabalho atual regular com carteira assinada” (“Sim” e “Não”) e “Trabalho como Profissional do sexo” (“Sim” e “Não”). As participantes que assinalaram as categorias “Não sabe” e “Não quis responder” na variável original foram classificadas como *missing*.

Renda (R\$): avaliada a partir da pergunta “Nos últimos 30 dias, quanto de dinheiro você recebeu no total das suas fontes de renda obtida em reais (R\$)? As categorias “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Local de Moradia: foi avaliada a partir da pergunta “Nos últimos 30 dias, em que lugar você viveu ou passou/dormiu a maioria das noites?”, categorizada em “Casa ou apartamento próprio ou da família”, “Casa ou apartamento alugado”, “Casa ou apartamento de amigos”, “Casa ou apartamento invadido (ocupação)”, “Quarto alugado em casa, hotel ou pensão”, “Quarto cedido no local do trabalho”, “Casarão coletivo/República LGBT”, “Abrigo/Albergue”, “Hospital/Caps AD3/Comunidade Terapêutica” e “Delegacia/presídio/casa de passagem”.

Para fins de análise deste estudo a variável recategorizada em “Estável” (“Casa ou apartamento próprio ou da família”) e “Instável” (“Casa ou apartamento alugado”, “Casa ou apartamento de amigos”, “Casa ou apartamento invadido (ocupação)”, “Quarto alugado em casa, hotel ou pensão”, “Quarto cedido no local do trabalho”, “Casarão coletivo/República LGBT”, “Abrigo/Albergue”, “Hospital/Caps AD3/Comunidade Terapêutica” e “Delegacia/presídio/casa de passagem”). As categorias “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Mudança de moradia: avaliada a partir da pergunta “Você já se mudou de cidade alguma vez na vida? categorizada em “Sim” e “Não”. As categorias “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Mudança dentro do Brasil: avaliada a partir da pergunta “Você já se mudou de cidade alguma vez na vida? - “Sim, dentro do Brasil” e “Não”. As categorias “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Mudança para o exterior: avaliada a partir da pergunta “Você já se mudou de cidade alguma vez na vida? - “Sim, fora do Brasil.” e “Não”. As categorias “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Frequência de mudança: Para aquelas que disseram que já haviam mudado de cidade na vida, foi perguntado o número de mudanças realizadas, tanto dentro quanto fora do país. Para presente análise considerou-se o número de vezes de mudanças realizadas, sem distinção de dentro ou fora do Brasil.

Conhecimento sobre PrEP (Profilaxia Pré-Exposição): avaliada a partir da pergunta “Você já ouviu falar em PrEP (Profilaxia Pré-Exposição), ou seja, medicações que uma pessoa pode tomar ANTES de fazer sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV?”, categorizada em “Sim”, “Não”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Conhecimento sobre onde ir quando doente: avaliada a partir das perguntas “Quando você fica doente ou precisa de atendimento em saúde, você costuma ir à Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)” e “UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou outra unidade de pronto atendimento público”, ambas categorizadas em “Sim” e “Não”. As categorias “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Acesso a preservativo: foi avaliada a partir da pergunta “Nos últimos 12 meses, recebeu preservativo de forma regular de graça no serviço de saúde?”, categorizada em “Sim” e “Não”. As categorias “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Testagem de IST: foi avaliada a partir da pergunta “Nos últimos 12 meses você fez algum teste para identificar doenças transmitidas pelo sexo, as chamadas DST?”, categorizada em “Sim”, “Não”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Vacinação: foi avaliada a partir da pergunta “Você já tomou vacina para Hepatite B?”, categorizada em “Sim”, “Não”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Cadastro em Unidade Básica de Saúde: foi avaliada a partir da pergunta “Você está cadastrada em algum Posto de Saúde do SUS?”, categorizada em “Sim”, “Não”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Conhecimento de local de Testagem para HIV: foi avaliada a partir da pergunta “Caso queira realizar um teste de HIV/Aids, você sabe onde ir?”; categorizada em “Sim”, “Não”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Discriminação por ser mulher transexual/travesti: foi avaliada a partir da pergunta “Alguma vez na vida, você já se sentiu discriminada por alguma pessoa e/ou local por ser travesti/mulher trans?”; categorizada em “Sim” e “Não”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Violência física: foi avaliada a partir da pergunta “Alguma vez na vida alguém já ameaçou você com uma faca ou outra arma?”; categorizada em “Sim” e “Não”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Uso de hormônios: foi avaliada a partir da pergunta “Você toma ou já tomou hormônios?”, categorizada em “Nunca tomei”, “Sim, mas não tomo mais” e “Sim, tomei e continuo tomando”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Tentativa de estupro: foi avaliada a partir da pergunta “Alguma vez na vida alguém já tentou fazer sexo com você contra a sua vontade?”, categorizada em “Sim, sempre”, “Sim, muitas vezes”, “Sim, algumas vezes”, “Sim, uma vez” e “Não, nunca”. Para fins de análise a variável foi recategorizada em “Sim” (“Sim, sempre”; “Sim, muitas vezes”; “Sim, algumas vezes”; “Sim, uma vez”) e “Não, nunca”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Importância de cuidados/tratamento com a saúde: foi avaliada a partir da pergunta “O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?”; categorizada em “Nada”, “Muito pouco”, “Mais ou menos”, “Bastante”, “Extremamente”, “Não sabe”, “Não quis responder”. Para fins de análise do estudo foi recategorizada em “Muito/mais ou menos” (“Extremamente”, “Bastante”, “Mais ou menos”) e “Pouco/Nada” (“Nada”, “Muito pouco”). As categorias “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram

classificadas como *missing*.

Início da atividade sexual: foi avaliada a partir da pergunta “Com quantos anos você começou a ter relações sexuais?”, em anos. Para fins de análise deste estudo, ela foi categorizada em faixas etárias: “9 anos ou menos”, “10-13 anos”, “14-17 anos”, “18-24 anos” e “25-34 anos”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Ideação suicida: foi avaliada a partir da pergunta “Você já pensou em se matar alguma vez na vida?”, categorizada em “Sim” e “Não”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Tentativa de suicídio: foi avaliada a partir da pergunta “Nos últimos 12 meses você tentou se matar?” categorizada em “Sim” e “Não”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Autoavaliação da qualidade de vida: foi avaliada a partir da pergunta “Como você avaliaria sua qualidade de vida?”; categorizada em “Muito ruim”, “Ruim”, “Nem ruim nem boa”, “Boa”, “Muito boa”. As categorias: “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram na análise e foram classificadas como *missing*.

Satisfação com a saúde: foi avaliada a partir da pergunta “O quanto você está satisfeita com a sua saúde?”; categorizada em “Muito insatisfeita”, “Insatisfeita”, “Nem satisfeita nem insatisfeita”, “Satisfeita”, “Muito satisfeita”, “Não sabe” e “Não quis responder”. Para fins de análise deste estudo, a variável foi recategorizada em “Insatisfeita/Muito Insatisfeita” (“Muito insatisfeita”, “Insatisfeita”) e “Muito/mais ou menos satisfeita” (“Nem satisfeita nem insatisfeita”, “Satisfeita”, “Muito satisfeita”). “Não sabe” e “Não quis responder” não entraram para análise, foram classificados como *missings*.

5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

No presente estudo utilizamos um estimador bayesiano baseado em modelo para dados

RDS, que pode ser utilizado em regressões logísticas, o RDS-B. Para tanto, como os dados são uma amostra RDS, cada participante tem um peso amostral, que é inversamente proporcional ao seu grau. Foram incluídos pesos normalizados, de modo que a soma deles seja equivalente ao tamanho da amostra do modelo logístico. As análises foram ponderadas com o RDS-B (Bastos *et al.*, 2018).

Inicialmente foi realizada análise descritiva exploratória, por meio da descrição de frequências absolutas e relativas de variáveis categóricas e média/desvio-padrão ou mediana/intervalos interquartis de variáveis quantitativas, e respectivos intervalos de credibilidade (IC 95%).

A identificação de fatores associados ao desfecho do estudo (acesso a serviço de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista), foi realizada através de modelo logístico. Foram incluídas nos modelos multivariados todas as variáveis cuja significância estatística no modelo univariado foi menor ou igual a 20% ($p\text{-valor} \leq 0,20$). A partir dessa seleção, sucedeu-se a regressão por meio da opção *stepwise* (técnica de regressão que ajusta o modelo com base na escolha das variáveis preditivas) (Draper, Smith, 1981). Nos modelos multivariados, as variáveis não significativas ($p > 0,05$) foram retiradas uma a uma, utilizando como critério de escolha a relevância daquela variável para o desfecho de acordo com a literatura. Nos modelos multivariados finais foram mantidas as variáveis significativas ao nível de 5% ($p \leq 0,05$) e eleitos aqueles que apresentaram menor AIC. Todas as análises desse estudo foram realizadas no software estatístico R, versão 4.0 (www.r-project.org).

6 RESULTADOS

As 291 mulheres trans e travestis incluídas no estudo eram jovens, com mediana de idade foi de 30,51 (IQR: 29,32 – 31,71) e maior concentração de mulheres nas faixas etárias de 25 a 34 anos (39,49% [IC95% 30,58 – 48,40]) e 18 a 24 anos (34,80% [IC95% 25,55 – 44,06]). A mediana de idade de identificação como mulher trans e/ou travesti foi de 13,94 anos (IQR: 13,38 – 14,51), e de transição de gênero foi de 16,63 (IQR: 16,05 – 17,21). A maior parte das mulheres se autodeclararam parda ou preta [40,78% (IC95% 31,82 – 49,74)] e [38,89% (IC95% 29,79 – 48,00)], respectivamente. (Tabela 1).

Mais de um terço [(35,05% [IC95% 25,80 – 44,31])] das mulheres referiram escolaridade de ensino fundamental e [48,97% (IC95% 40,77 – 57,18)] referiram ensino médio. É importante destacar que parte das entrevistadas referiram ter o ensino superior [12,59% (IC95% 1,830 – 23,35)].

Nos 30 dias anteriores à entrevista a maior parte das mulheres não tinham trabalho de carteira assinada [89,44% (IC95% 85,36 – 92,48)] e metade das mulheres [(50,20% IC95% 44,49 – 55,90)] referiram terem atuado como profissional do sexo no mesmo período. A média de renda nos 30 dias anteriores à entrevista, foi de R\$ 1545,95 reais (IC95% 1384,23 - 1545,95).

Aproximadamente um terço das mulheres transexuais e travestis [37,09% (IC95% 31,74 – 42,78)] moraram, nos 30 dias anteriores a entrevista, em moradias instáveis. No total, 30,92% (IC95% 25,88 – 36,45) das participantes referiram ter mudado de moradia alguma vez na vida. A média de diferentes cidades onde essas mulheres viveram foi de 2,280 (IC95% 2,000 – 2,560). A maioria [68,89% (IC95% 63,35 – 73,94)] referiu mudança dentro do país e 12,30% (IC95% 9,000 – 16,58) referiu mudança para outro país na vida.

Parte significativa dessas mulheres relataram que possuíam cadastro em Unidade Básica de Saúde [76,21% (IC95% 70,96 – 80,77)]. Menos da metade dessas mulheres [46,97% (IC95% 41,31 – 52,72)] procuraram as Unidades Básicas de Saúde ou as UPA's ou ambulatórios de hospitais públicos quando se sentiram doentes [45,60% (IC95% 39,97 – 51,35)].

A maioria das participantes [69,68% (IC95% 64,17 – 74,68)] referiram ter recebido preservativos de graça dos serviços de saúde. Parte significativa das mulheres [60,07% (IC95% 54,33 – 65,55)] tinham conhecimento sobre Prep, porém mais de um terço referiu não ter acesso às informações de tal profilaxia [39,93% (IC95% 34,45 – 45,67)]. A grande maioria das mulheres sabiam onde testar para o HIV [91,98% (IC95% 88,23 – 94,60)] e a maior parte

[71,98% (IC95% 66,55 – 76,83)] delas referiu ter realizado teste para IST nos 12 meses anteriores à entrevista. Cerca de dois terços das participantes [65,68% (IC95% 59,73 – 71,16)] relataram que receberam alguma dose da vacina hepatite B. Mais da metade [57,55% (IC95% 50,01 – 65,09)] das participantes referiram uso de hormônios, no momento da entrevista, e 40,83% (IC95% 31,92 – 49,74) referiu uso prévio.

A maior parte das mulheres relataram dar pouca ou nenhuma importância em relação a cuidados ou tratamentos com a saúde [69,55% (IC95% 64,00 – 74,59)], e segue insatisfeita ou muito insatisfeita com a sua própria saúde [78,81% (IC95% 73,70 – 83,15)]. No entanto, 45,65% (IC95% 37,19 – 54,10) das participantes autoavaliaram sua qualidade de vida como boa.

A idade de início da atividade sexual [(38,65% (IC95% 29,67 – 47,63))] se concentrou na faixa etária de 14-17 anos. A grande maioria das participantes [87,92% (IC95% 83,66 – 91,19)] referiram que já se sentiram discriminadas por ser mulher transexual/travesti; aproximadamente dois terços já foram vítimas de violência física [63,12% (IC95% 57,41 – 68,48)] e de tentativa de estupro na vida [62,41% (IC95% 56,71 – 67,78)] na vida

Quase metade das mulheres entrevistadas [45,68% (IC95% 40,03 – 51,45)] já tiveram ideação suicida na vida e quase um terço relatou já ter atentado contra a própria vida [32,74% (IC95% 26,30 – 39,18)] nos 12 meses anteriores à entrevista.

Tabela 1a – Características sociodemográficas de mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016

Variável	Total		
	%	IC inf	IC Sup
Idade (anos) - mediana (IQR)	30,51	29,32	31,71
Faixa etária			
18-24 anos	34,80	25,55	44,06
25-34 anos	39,49	30,58	48,40
35-49 anos	20,36	10,13	30,60
50-64 anos	4,870	0,000	16,11
			continua
65+ anos	0,480	0,000	12,82

Idade (anos) de identificação trans - mediana (IQR)	13,94	13,38	14,51
Idade (anos) de transição - mediana (IQR)	16,63	16,05	17,21
Raça/cor			
Parda	40,78	31,82	49,74
Preta	38,89	29,79	48,00
Branca	15,20	4,460	25,94
Outra	5,130	0,000	16,56
Escolaridade			
Alfabetização	3,070	0,000	14,50
Fundamental	35,05	25,80	44,31
Médio	48,97	40,77	57,18
Pós-Graduação	0,320	0,000	13,27
Superior	12,59	1,830	23,35
Situação de trabalho ¹			
Não	89,44	85,36	92,48
Sim	10,56	7,520	14,64
Profissional do sexo			
Não	49,80	44,10	55,51
Sim	50,20	44,49	55,90
Renda (R\$) ^{1,4}	1545,95	1384,23	1545,95
Local de Moradia ¹			
Estável	62,91	57,22	68,26
Instável	37,09	31,74	42,78

Variável	Total		
	%	IC inf	Ic Sup
Mudança de moradia ²			
Não	69,08	63,55	74,12
Sim	30,92	25,88	36,45
Frequência de mudança – média ²	2,280	2,000	2,560
Mudança dentro do Brasil ²			
Não	31,11	26,06	36,65
Sim	68,89	63,35	73,94
Mudança para o exterior ²			
Não	87,70	83,42	91,00
Sim	12,30	9,000	16,58

Notas: 1. Nos trinta dias anteriores à entrevista; 2. Ocorrência na vida; 3. Nos doze meses anteriores à entrevista; 4. O salário-mínimo em 2016 era de R\$880,00; 5. Vacina de hepatite B.

Tabela 1b – Características sobre a saúde de mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016

Variável	Total		
	%	IC inf	Ic Sup
Cadastro em Unidade Básica de Saúde			
Não	23,79	19,23	29,04
Sim	76,21	70,96	80,77
Conhecimento sobre onde ir quando doente Unidade básica de saúde			
Não	53,03	47,28	58,69
Sim	46,97	41,31	52,72
UPA ou ambulatório de Hospital Público			
Não	54,40	48,65	60,03

Sim	45,60	39,97	51,35
Acesso a preservativo ³			
De graça no serviço de saúde			
Não	30,32	25,32	35,83
Sim	69,68	64,17	74,68

Variável	Total		
	%	IC inf	IC Sup
Conhecimento sobre PrEP			
Não	39,93	34,45	45,67
Sim	60,07	54,33	65,55
Conhecimento de local de Testagem para HIV			
Não	8,020	5,400	11,77
Sim	91,98	88,23	94,60
Testagem de IST3			
Não	28,02	23,17	28,02
Sim	71,98	66,55	76,83
Vacinação 5			
Não	34,32	28,84	40,27
Sim, alguma dose	65,68	59,73	71,16
Uso de hormônios			
Nunca tomei	1,620	0,000	13,52
Sim, mas não tomo mais	40,83	31,92	49,74
Sim, tomei e continuo tomando	57,55	50,01	65,09

Notas: 1. Nos trinta dias anteriores à entrevista; 2. Ocorrência na vida; 3. Nos doze meses anteriores à entrevista; 4. O salário mínimo em 2016 era de R\$880,00; 5. Vacina de hepatite B.

Tabela 1c – Características comportamentais de mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016

Variável	Total		
	%	IC inf	Ic Sup
Importância de cuidados/tratamento com a saúde			
Muito/mais ou menos	30,45	25,41	36,00
Pouco/Nada	69,55	64,00	74,59
Autoavaliação da qualidade de vida			
Boa	45,65	37,19	54,10
Muito boa	14,16	3,510	24,80
Muito ruim	4,480	0,000	15,76
Nem ruim nem boa	29,92	20,32	39,52
Ruim	5.800	0,000	16,99
Variável	Total		
	%	IC inf	Ic Sup
Satisfação com a saúde			
Insatisfeita/Muito Insatisfeita	78,81	73,70	83,15
Muito/mais ou menos satisfeita	21,19	16,85	26,30
Início da atividade sexual			
9 anos ou menos	22,64	12,55	32,73
			Continua
10-13 anos	33,90	24,58	43,22
14-17 anos	38,65	29,67	47,63
18-24 anos	4,200	0,000	15,50
25-34 anos	6,100	0,000	12,72
Discriminação por ser mulher transexual/travesti ²			
Não	12,08	8,810	16,34
Sim	87,92	83,66	91,19

Violência física ²			
Nunca	36,88	31,52	42,59
Sim	63,12	57,41	68,48
Tentativa de estupro ²			
Não, nunca	37,59	32,22	43,29
Sim	62,41	56,71	67,78
Ideação suicida ²			
Não	54,32	48,55	59,97
Sim	45,68	40,03	51,45
Tentativa de suicídio³			
Não	67,26	56,30	76,62
Sim	32,74	23,38	43,70

Notas: 1. Nos trinta dias anteriores à entrevista; 2. Ocorrência na vida; 3. Nos doze meses anteriores à entrevista; 4. O salário-mínimo em 2016 era de R\$880,00; 5. Vacina de hepatite B.

Na análise univariada (Tabela 2) as mulheres na faixa etária entre 35-49 anos apresentaram maior chance de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista (OR 4,57; IC95% 1,33 – 15,67; p=0,015), quando comparadas às mulheres na faixa etária de 18-24 anos. Mulheres indígenas e “amarelas” (OR 0,18; IC95% 0,04 – 0,81; p=0,025) apresentaram risco de 82% de não conseguirem ter acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, quando comparadas às mulheres brancas. Há que ressaltar seu quantitativo pouco expressivo no conjunto da amostra.

Entre as mulheres que mudaram de residência na vida anterior à entrevista (OR 0,39; IC95% 0,19 – 0,76; p = 0,007) 61% delas tiveram risco de não conseguirem acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, quando comparadas às que não se mudaram no mesmo período. Já entre as mulheres que se mudaram dentro do Brasil (OR 2,58; IC95% 1,32 – 5,39; p = 0,007) estas tiveram maior chance de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, quando comparadas àquelas que não se mudaram dentro do país.

As mulheres que possuíam cadastro em Unidade Básica de Saúde tiveram maiores chances (OR 4,60; IC95% 2,36 – 9,99; $p < 0,001$) de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, se comparadas àquelas que não possuíam esse cadastro. Mulheres que têm conhecimento sobre PrEP tiveram maior chance (OR 3,03; IC95% 1,56 – 6,64; $p = 0,002$) de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, se comparadas aquelas que não tem conhecimento sobre PrEP.

As mulheres que procuraram as Unidades Básicas de Saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) (OR 2,36; IC95% 1,18 - 5,41; $p=0,022$) apresentaram maior chance de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses, anteriores à entrevista, do que aquelas que procuraram outros serviços de saúde. Já as que procuraram os ambulatórios de hospitais públicos (OR 0,45; IC95% 0,21 – 0,88; $p = 0,025$) apresentaram risco de 55% de não conseguirem acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses, anteriores à entrevista, quando comparadas com aquelas atendidas em outros serviços de saúde.

As mulheres que possuem conhecimento sobre a PrEP apresentaram maior chance de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses, anteriores à entrevista (OR 3,030; IC95% 1,560 – 12,38; $p < 0,001$), quando comparadas aquelas que não possuem conhecimento sobre esse cuidado. As mulheres que realizaram teste de IST apresentaram maior chance de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses, anteriores à entrevista (OR 5,55; IC95% 2,86 – 12,38; $p < 0,001$), quando comparadas às que não realizaram o teste. Aquelas que receberam alguma dose na vida da vacina de hepatite B tiveram maiores chances de obter acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses, anteriores à entrevista (OR 3,45; IC95% 1,75 – 7,66; $p = 0,001$), quando comparadas àquelas mulheres que não receberam a vacina.

Quando perguntadas sobre a importância de cuidados/tratamento com a saúde, aquelas que responderam pouco/nada (OR 0,13; IC95% 0,04 – 0,48; $p = 0,002$) tiveram “risco” de 87% de não conseguir acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, quando comparadas àquelas que precisam de muito/mais ou menos de algum tratamento médico para levar a vida. O termo risco comparece aspeado, pois a despeito de ser uma expressão epidemiológica que norteia as análises, pode aqui simplesmente evidenciar coerência, ou seja, está mais propenso a não terem consultas aquelas pessoas que não percebem essa necessidade (como a percepção de necessidade é subjetiva não é possível distinguir um evento a ser visto como tão-somente coerente de uma oportunidade perdida de evitar alguma doença eventual não percebida enquanto tal no período).

Tabela 2 – Análise univariada de fatores associados ao acesso a serviços de saúde de mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016

Variável	Acesso a serviços de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista			
	Odds	IC Inf	IC Sup	p - valor
Idade (anos) - mediana (IQR)	1,080	1,040	1,150	0,001
Faixa etária				
18 - 24 anos	1			
25 - 34 anos	1,520	0,740	3,110	0,255
35 - 49 anos	4,570	1,330	15,67	0,015
50 - 64 anos	8,680	0,490	152,54	0,138
65+ anos	1,890	0,060	61,43	0,719
Idade (anos) de identificação trans - mediana (IQR)	1,060	0,990	1,160	0,117

Variável	Acesso a serviços de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista			
	Odds	IC Inf	IC Sup	p - valor
Idade (anos) de transição - mediana (IQR)	1,070	0,990	1,180	0,099
Raça/cor				Continua
Branca	1			
Parda	0,510	0,160	1,630	0,251
Preta	0,450	0,140	1,450	0,181
Outra	0,180	0,040	0,810	0,025
Escolaridade				
Alfabetização	1			
Fundamental	1,180	0,300	4,690	0,810

Médio	2,860	0,700	11,68	0,141
Pós-Graduação Superior	1,640	0,040	67,33	0,792
	2,020	0,420	9,690	0,377
Renda (R\$) ^{1,4}	1	1	1	0,803
Local de moradia ¹				
Estável	1			
Instável	0,590	0,290	1,170	0,132
Mudança de moradia ²				
Não	1			
Sim	0,390	0,190	0,760	0,007
Frequência de mudança (média) ²	0,880	0,420	2,080	0,721
Mudança dentro do Brasil ²				
Não	1			
Sim	2,580	1,320	5,390	0,007
Mudança para o exterior ²				
Não	1			
Sim	1,970	0,670	11,01	0,276

Variável	Acesso a serviços de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista			
	Odds	IC Inf	IC Sup	p - valor
Cadastro em Unidade Básica de Saúde				
Não	1			
Sim	4,600	2,360	9,990	<0,001
Conhecimento sobre onde ir quando doente				

Unidade básica de saúde				
Não	1			
Sim	2,360	1,180	5,410	0,022
UPA ou ambulatório de Hospital Público				
Não	1			
Sim	0,450	0,210	0,880	0,025
Acesso a preservativo ³				
De graça no serviço de saúde				
Não	1			
Sim	1,250	0,590	2,570	0,546
Conhecimento sobre PrEP				
Não	1			
Sim	3,030	1,560	6,640	0,002
Conhecimento de local de Testagem para HIV				
Não	1			Continua
Sim	0,900	0,170	3,000	0,876
Testagem de IST ³				
Não	1			
Sim	5,550	2,860	12,38	<0,001
Vacinação ⁵				
Não	1			
Sim, alguma dose	3,450	1,750	7,660	0,001

Variável	Acesso a serviços de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista			
	Odds	IC Inf	IC Sup	p - valor
Uso de hormônios				
Nunca tomei	1			
Sim, mas não tomo mais	1,910	0,020	23,74	0,543
Sim, tomei e continuo tomando	0,600	NA	6,440	0,618
Importância de cuidados/tratamento com a saúde				
Muito/mais ou menos	1			
Pouco/Nada	0,130	0,040	0,480	0,002
Autoavaliação da qualidade de vida				
Boa	1			
Muito boa	1,920	0,590	6,240	0,279
Muito ruim	2,370	0,330	17,34	0,392
Nem ruim nem boa	0,970	0,450	2,080	0,938
Ruim	0,890	0,240	3,330	0,861
Continua				
Satisfação com a saúde				
Insatisfeita/Muito Insatisfeita	1			
Muito/mais ou menos satisfeita	0,650	0,300	1,450	0,276
Início atividade sexual				
10-13 anos	1			
9 anos ou menos	1,090	0,440	2,720	0,853
14-17 anos	0,920	0,420	1,980	0,822
18-24 anos	1,340	0,220	8,230	0,749
25-34 anos	1,800	0,050	59,96	0,740
Discriminação por ser travesti/mulher trans				

Não	1			
Sim	2,270	0,930	5,560	0,063
Violência física ²				
Nunca	1			
Sim	1,240	0,610	2,510	0,538

Variável	Acesso a serviços de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista			
	Odds	IC Inf	IC Sup	p - valor
Tentativa de estupro ²				
Não, nunca	1			
Sim	1,410	0,710	2,860	0,321
Ideação suicida ²				
Não	1			
Sim	0,790	0,390	1,560	0,486
Continua				
Tentativa de suicídio ³				
Não	1			
Sim	0,920	0,270	3,440	0,884

Notas: 1. Nos trinta dias anteriores à entrevista; 2. Ocorrência na vida; 3. Nos doze meses anteriores à entrevista; 4. O salário-mínimo em 2016 era de R\$880,00; 5. Vacina de hepatite B.

Na análise multivariada (Tabela 3) as mulheres na faixa etária de 35-49 nos (AdjOR [OR ajustado] 1,070; IC95% 1,010 – 1,130; p = 0,016) tiveram maior chance de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, quando comparadas com as mulheres na faixa de 18-24 anos.

As mulheres que tinham trabalho regular com carteira assinada (AdjOR 68,82; IC95% 2,700 – 1751,63; p = 0,010) tiveram maior chance de obter acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, se comparadas àquelas mulheres que não possuíam carteira assinada.

Entre as mulheres que realizaram a testagem para IST nos últimos 12 meses (AdjOR 9,550; IC95% 3,850 – 23,71; $p = <0.001$) tiveram maior chance de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, quando comparadas com aquelas que não realizaram esses testes no mesmo período.

Em relação às mulheres que receberam alguma dose de vacina de hepatite B (AdjOR 4,030; IC95% 1,660 – 9,790; $p = 0,002$) estas tiveram maior chance de acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, quando comparadas às que não receberam nenhuma dose.

E as mulheres que responderam pouco/nada, ao serem indagadas sobre a importância de cuidados/tratamento com a saúde (AdjOR 0,080; IC95% 0,020 – 0,340; $p = 0,001$), tiveram risco de 99,92% de não conseguirem acesso a serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, quando comparadas àquelas mulheres que responderam muito/mais ou menos.

Tabela 3 – Análise multivariada de fatores associados ao acesso a serviços de saúde de mulheres transexuais e travestis do município do Rio de Janeiro, 2016.

Variável	Acesso a serviços de saúde anteriores à entrevista			
	AdjOR	IC Inf	IC Sup	p - valor
(Intercept)	0,770	0,090	6,450	0,811
Faixa etária				
18 – 24 anos	1			
35 - 49 anos	1,070	1,010	1,130	0,016
Situação de trabalho ¹				
Trabalho atual regular com carteira assinada				
Não	1			
Sim	68,82	2,70	1751,63	0,010
Testagem de IST²				
Não	1			
Sim	9,550	3,850	23,71	<0,001

Vacinação ³				
Não	1			
Sim, alguma dose	4,030	1,660	9,790	0,002
Importância de cuidados/tratamento com a saúde				
Muito/mais ou menos	1			
Pouco/Nada	0,080	0,020	0,340	0,001

Notas: 1. Nos trinta dias anteriores à entrevista; 2. Ocorrência na vida; 3. Nos doze meses anteriores à entrevista; 4. O salário-mínimo em 2016 era de R\$880,00; 5. Vacina de hepatite B.

7 DISCUSSÃO

Neste estudo, assim como em outro realizado no Rio de Janeiro e Região Metropolitana (Carrara *et al.*, 2019) com mulheres transexuais e travestis, ambos encontram a prevalência de mulheres jovens; pretas; com ensino fundamental/médio; fora do mercado de trabalho formal; e renda de, aproximadamente, dois salários-mínimos. Cabe ressaltar aqui a convergência de achados de dois estudos que se valeram de métodos e instrumentos de pesquisa inteiramente distintos, o que fala a favor da consistência destes.

Outro ponto a destacar foi o acesso a alguns serviços disponíveis – como realização de testes de HIV/IST (Rossi *et al.*, 2022), acesso às informações sobre o uso da PrEP (Jalil *et al.*, 2018), cadastro em Unidades Básicas de Saúde e recebimento de vacina de hepatite B. O cadastro contribuiu, em parte, para que elas procurassem os serviços de atenção primária em saúde e UPA's/ambulatórios de hospitais públicos.

A maioria dessas mulheres foram, em algum momento da vida, discriminadas e vítimas da violência, situações/eventos bastante frequentes no local de realização do estudo, a cidade do Rio de Janeiro e seu entorno. Segundo estudo de Bastos, Coutinho e Malta (2018), dos locais onde aconteceu a discriminação contra essas mulheres, aproximadamente, 34% se deram nos próprios serviços de saúde (Bastos; Coutinho; Malta, 2018). Existe aí, portanto, uma distinção a ser feita. Em primeiro lugar, cabe ter acesso aos serviços de saúde, pois a exclusão é obviamente prejudicial e discriminatória. Entretanto, ter acesso não necessariamente se traduz em receber atendimento digno, uma vez que o próprio serviço de saúde se mostra um local onde atitudes discriminatórias têm lugar. Portanto, o acesso deve ser visto tão-somente como um componente, necessário, mas não suficiente, de um atendimento digno desse nome, pois uma interação paciente-provedor permeada pela discriminação não é algo aceitável e, obviamente, uma interação proveitosa para a paciente.

A discriminação perpetrada nos serviços de saúde é, muitas vezes, proveniente da não qualificação profissional em compreender as especificidades e demandas de saúde dessas mulheres (Rocon *et al.*, 2016, 2022); o não reconhecimento do nome social, apesar da existência de legislação específica, que discorre sobre esse assunto (Silva *et al.*, 2021); a promoção de ações estereotipadas em relação à aparência física dessas mulheres (Barbosa *et al.*, 2020) e o fato de atribuírem à procura pelos serviços de saúde, apenas para questões relacionadas ao HIV e outras IST's (Sevelius *et al.*, 2019) quando, na realidade, elas têm ou-

tras necessidades de saúde que não somente atreladas à saúde sexual.

Como mencionado anteriormente, persiste um manejo muito inadequado em agravos em oncologia que devem ser analisados tanto com vista à biologia, como às identidades sexuais. Por exemplo, uma pessoa cujo sexo ao nascer é masculino, pode se ver como mulher, o que não a exime de ter de ser acompanhada com o mesmo (ou talvez maior, dada a maior complexidade, em uma população que habitualmente faz uso de hormônios) quanto ao câncer de próstata.

Quando analisamos, no modelo multivariado, os fatores que estão associados às consultas médicas nos 12 meses anteriores à entrevista, verificamos que a idade (em detrimento das mulheres mais jovens), o trabalho com carteira assinada, a realização de teste de HIV e o recebimento de vacina contra a hepatite B apresentaram uma associação positiva com o desfecho do estudo, controlados os eventuais fatores de confundimento.

Embora em um estudo seccional, e sem pretensões a uma análise de natureza causal com a devida atenção e profundidade, é possível formular que a realização de testes, a vacinação e a atenção quanto às opções de profilaxia definem uma espécie de caminho virtuoso que, possivelmente, habilitam as pacientes a lidarem melhor com as adversidades associadas tanto à obtenção de cuidados em si (consultas em si), como a lidar de forma mais resiliente com os incidentes porventura adversos, como discriminação e estigmatização que podem, infelizmente, estar presentes nesses serviços e na prática desses profissionais. Embora não seja possível generalizar achados de forma apressadas, os achados são claros no sentido que estamos infelizmente longe de uma atenção que se pautem pelas normas de integralidade e inclusão, que norteiam os pilares do SUS, mas não necessariamente sua operação cotidiana.

Já em relação ao quanto essas mulheres precisam de algum tratamento médico para levar a sua vida diária, das que responderam “pouco/nada”, esta manteve associação negativa com o desfecho, a despeito do necessário controle dos eventuais confundimentos. Como mencionado anteriormente, pode haver aí uma sintonia entre ausência de necessidade e de demanda, o que é pertinente. Mas também é possível que existam aí oportunidade perdidas em termos de oportunidades perdidas de promoção da saúde, prevenção e profilaxia. Na ausência de dados adicionais que permitam distinguir essas duas dimensões de um mesmo achado, que não se contrapõem, mas são antes as duas faces de uma mesma moeda, ou um copo meio cheio, e meio vazio, a ser entendido de modo diferente em função de como ele é encarado por diferentes observadores.

Levando em consideração a mediana de idade das mulheres transexuais e travestis deste estudo, percebemos que elas são jovens e, possivelmente, conta com alguma renda. que se afigura como insuficiente, mas é, obviamente, melhor do que uma renda absolutamente irregular ou mesmo ausente em determinados períodos.

Moquedace (2022), em estudo realizado com mulheres transexuais e travestis no município do Rio de Janeiro, assistidas no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE) – serviço que presta atendimento e acompanhamento hormonal, também encontrou maior prevalência de mulheres transexuais nas faixas de 30 – 39 anos (34,2%) que buscam por atendimento nesse serviço. Ela destaca que mulheres abaixo dessa faixa etária têm baixa procura pelos serviços de saúde, possivelmente, devido a barreiras econômicas (dependência financeira da família, desemprego e subemprego) bem como barreiras geográficas, que elevam à demora no acesso à unidade de referência que presta acompanhamento hormonal, pois há falta de outros serviços que disponham desse acompanhamento (Moquedace, 2022).

Cabe ainda observar que só tempo e a experiência “ensinam” essas e outras pacientes a “navegar” de forma relativamente ágil por um sistema pouco ágil e com inúmeros gargalos, para além de uns poucos centros de excelência. A constatação não é nova, nem restrita a esta população específica, talvez apenas mais complexa nesta população, mas tem sido descrita pelos autores mais variados, em relação a uma vasta série de agravos, contextos e populações. Não nos cabe detalhar essa questão aqui, pois ela extrapola em muito o escopo do nosso estudo, mas, a título de exemplo, cabe citar um estudo recente, realizado dos EUA, enfocando uma dimensão complementar da iniquidade em saúde, no caso específico do estudo em tela, a questão do racismo (Griesemer *et al.*, 2023). Achados praticamente similares têm sido observados, especialmente entre populações de imigrantes ou pessoas deslocadas de seus locais de residência pelos mais variados fatores, que vêm recebendo uma assistência de saúde muito aquém das suas necessidades, como documentado pela ONU e suas agências, na maior crise de pessoas deslocadas de seus locais de origem (“displaced persons”) da história desde a II Guerra Mundial (ver informações detalhadas em: <https://www.unhcr.org/media/handbook-protection-internally-displaced-persons-part-v-protection-risks-prevention-16>). Como dito anteriormente, não abordaremos aqui tema de tal complexidade, objeto de um imenso livro de referência (Handbook) das Nações Unidas, dos quais sublinhamos tão-somente o capítulo voltado para a saúde.

Apesar do trabalho “sem carteira assinada” ter tido uma prevalência significativamente maior que o “com carteira assinada”, observou-se uma associação positiva do trabalho com carteira assinada e o atendimento médico nos últimos 12 meses, em estudo com 201 mulheres transexuais e travestis, por amostragem RDS, no Distrito Federal (KRÜGER *et al.*, 2019). O referido estudo evidenciou resultados que se aproximam dos nossos achados, apesar de o estudo não ter estimado possíveis associações semelhantes ao nosso estudo. Nessa mesma linha, Soares (2018), em pesquisa qualitativa com treze mulheres transexuais e nove travestis, em duas regiões do município do Rio de Janeiro (Maré e Cidade de Deus), identificou que apenas uma participante estava inserida no mercado formal de trabalho. A maioria estava inserida em profissões com baixa remuneração, aqui incluindo o trabalho no sexo. No estudo elas sinalizaram que a falta de um emprego digno e com carteira assinada pode se tornar uma potencial barreira ao acesso oportuno aos cuidados em saúde (Rocon *et al.*, 2016; Monteiro; Brigadeiro, 2019; Silva Junior; Brigadeiro; Monteiro, 2023). Um achado interessante, que vale ser mencionado, é o estudo de Silva, Luppi e Veras (2020) que foi realizado com mulheres transexuais (n = 608) e homens transexuais (n = 47) de sete municípios do Estado de São Paulo. Considerando apenas os dados relacionados ao trabalho, o percentual dessa população inserida no mercado formal foi bastante baixo, com apenas 16,7% apresentando vínculo formal. Porém, chama a atenção nesse estudo, dentre alguns fatores associados a possuir vínculo formal de trabalho, o fato de ser homem transexual (OR: 2,77; IC95% 1,172 – 6,546) e estar em algum acompanhamento médico (OR: 1,87; IC95% 1,015 – 3,447) (Silva; Luppi; Veras, 2020).

Em suma, a relativa coincidência de estudos realizado em contextos diversos e que se valeram de diferentes metodologias, falam a favor de duas trajetórias contrapostas, a serem dissecadas em estudos longitudinais mais detalhados: i) a primeira delas diz respeito a pessoas sem inserção no mercado profissional e à parte do sistema de proteção social, quando parecer se estabelecer algo como um círculo vicioso de vulnerabilização e, eventualmente, de marginalização progressiva; ii) a segunda delas, infelizmente rara e nada simples ou linear, se refere a uma minoria que alcança uma inserção no mercado de trabalho, reconhecimento por parte das instâncias (ainda que permeado por sobressaltos, pois a sociedade é estruturalmente avessa a esta população, como evidenciado em inúmeras pesquisas de opinião [o que foge ao nosso escopo]), mas que a partir de uma inserção mínima, seguiriam algo que se aproxima de um círculo, não diria virtuoso, pois o termo se mostra excessivo, mas de respeito mínimo à

dignidade, que acaba por se refletir em uma maior inserção de uma forma mais ampla e uma redução das vulnerabilidades.

O acompanhamento médico para o processo transexualizador, possivelmente favoreceu o ingresso dos homens transexuais no mercado de trabalho. A transformação corporal poderia auxiliar na chamada passabilidade (Junior *et al.*, 2022), termo utilizado quando a aparência física está em consonância com a identidade de gênero. Uma das hipóteses levantadas, que explicaria essa conclusão, é o fato de homens transexuais terem maior passabilidade do que as mulheres transexuais e travestis, após a aplicação de hormônios. Como consequência, eles não seriam identificados como transexuais, mas como homens heterossexuais aos olhos da sociedade. Isso explica o fato das mulheres transexuais e travestis não conquistarem, em maior número, os espaços formais de trabalho.

Nesse quesito é possível perceber, claramente, um desequilíbrio de oportunidades entre essas identidades. Apesar de o nosso estudo ter encontrado uma associação diferente (possivelmente pela não participação de homens trans) do estudo anterior de Silva, Luppi, Veras (2020), há escassez de estudos que tragam resultados semelhantes aos nossos. Como não podia deixar de ser, tais lacunas dificultam sobremaneira qualquer tentativa de análise comparativa, pois não existem dados com os quais comparar.

Não resta dúvidas que ter um trabalho digno e remunerado, aumentam as chances de acesso a serviços de saúde, à satisfação com a saúde e a busca por melhores condições de vida (nisso, uma população específica não discrepa, ainda que guarde óbvias especificidades, de uma legião de indivíduos e comunidades subalternizadas, em uma sociedade que tem como marca a desigualdade e a discriminação estrutural). Não se pode desconsiderar que as mulheres transexuais e travestis sofram mais com os impactos das desigualdades de gênero em relação ao trabalho digno e em suas consequências adversas para a saúde física e mental.

As barreiras de acesso ao mercado formal de trabalho influenciarão o acesso aos serviços de saúde e, como consequência, acarretam prejuízos na saúde física e mental dessas mulheres. Possivelmente mulheres transexuais e travestis que se encontram na informalidade, estariam mais ocupadas em conseguir renda para sua sobrevivência, uma questão absolutamente premente, do que a busca regular por serviços de saúde.

A discriminação relacionada à identidade de gênero, no mundo do trabalho, também se faz presente entre pessoas transexuais, frequentemente se superpondo a desigualdades das mais diversas naturezas, como comprovam as estatísticas do IBGE, que documentam

trias brutais no mercado de trabalho brasileiro (e.g. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html>). E essa discriminação, sustentada pela manutenção da desigualdade de gênero no acesso ao mercado formal de trabalho, empurra as mulheres transexuais e travestis para trabalhos formais que requerem menor qualificação e com garantias e direitos trabalhistas frágeis (Junior *et al.*, 2022).

Ainda sobre a associação entre trabalho e saúde Bastos, Coutinho e Malta (2018) destacam que essas mulheres sofrem com o preconceito e discriminação nos espaços de trabalho formal. O desdobramento da não inserção dessas mulheres no trabalho formal sinaliza, como única possibilidade, a prostituição como fonte de renda e sustento. Das mulheres inseridas no trabalho sexual muitas, mesmo não desejando esta atividade, preferem continuar nessa profissão, cuja renda pode ser maior (e habitualmente o é) do que no mercado formal de trabalho. Outras se engajam em outras atividades informais, e lançam mão do trabalho no sexo como renda complementar.

Ou seja, a premência de auferir renda e garantir a subsistência acaba por se superpor a quaisquer opções, que acabam “atropeladas” pelas duras circunstâncias que se impõe às escolhas vitais. O tema, tomado de forma abrangente, não é novo, embora não diga respeito ao nosso tema de estudo.

Quando em condições de dignidade, o trabalho é fundamental para a construção da identidade dos indivíduos (nesse caso específico, as mulheres trans e travestis) como trabalhadoras. O não reconhecimento da identidade dessas mulheres gera violações duplamente agravantes. Além de não serem aceitas socialmente, por serem mulheres transexuais ou travestis e sofrerem discriminação diária, por essa condição em si, a exclusão do mundo do trabalho, faz com que os demais direitos também se vejam ameaçados, aqui incluindo o acesso oportuno a serviços de saúde, expondo-as às mais miseráveis condições de vida e saúde (Costa, 2020).

Em relação ao acesso a alguns insumos, disponibilizados pelos serviços de saúde, neste estudo, a realização de teste de IST manteve uma associação positiva com consulta médica nos últimos 12 meses. Santos *et al.*, 2021, em estudo realizado com 166 travestis e 249 mulheres transexuais, em três cidades de Goiás, encontraram uma prevalência importante de realização de testes para sífilis e HIV, ambos positivos, entre as mulheres transexuais e travestis – para sífilis 67,5% versus 39,3% e HIV 27,6 versus 15,7%, respectivamente. Apesar de nosso estudo não ter estimado a realização de testes para HIV e IST, entre as identidades de gênero,

prevalências elevadas de realização desses testes sinalizam que essas mulheres vão em busca dessa tecnologia e sabem onde encontrar.

Trata-se de um achado particularmente auspicioso, por documentar, na prática um conceito muito falado, mas pouco praticado, de que os cuidados devem ser parte de um continuum que deve atravessar diversas etapas, nem sempre simples ou fáceis, até que uma determinada condição de saúde seja efetivamente tratada. Assim, levando em consideração a busca por esse serviço, obrigatoriamente, elas têm a oportunidade de acesso às consultas médicas, de enfermagem e, como desdobramento, cadastro em Unidades de Saúde e seguimento de possíveis acompanhamentos nesses serviços.

Leite (2021) em estudo realizado com 864 mulheres transexuais e travestis de três municípios brasileiros – Salvador, Fortaleza e Recife, mostrou que, além da discriminação sofrida pelas mulheres transexuais e travestis, relacionada ao HIV e outras IST, elas sofrem com a discriminação decorrente da identidade de gênero e isso tem um impacto importante na saúde dessas mulheres. Ela estimou em seu estudo que o desdobramento dessa violação reduziu em 71% a realização de consultas médicas no último ano e a redução em 59% na realização de testes de HIV, independentemente de outros marcadores sociais estudados.

Com esses achados podemos concluir que há diferenças marcantes, dentro do território brasileiro, nos seus mais diversos contextos, em relação ao acesso dessas mulheres a serviços de saúde e seus insumos. Mais do que isso, o impacto que a discriminação, aqui considerando-a como violação da dignidade da pessoa humana, pode produzir desfechos adversos de saúde, que culminam em uma espécie de fragilidade na garantia de direitos a essa população.

Assim como em nosso estudo, o fato de ser mulher transexual ou travesti eleva a chance de sofrer discriminação e estigmatização, inclusive no âmbito dos serviços de saúde, o que é particularmente deplorável, uma vez que uma das funções precípuas destes é exatamente o acolhimento. No caso do município do Rio de Janeiro, essas mulheres sabem onde realizar esses testes, tem acesso a esses insumos, mas não necessariamente estão isentas de violação dos seus direitos. Tal achado muito provavelmente reflete o fato do município dispor de serviços de referência, infelizmente ausentes da imensa maioria dos demais municípios brasileiros, onde estes serviços não sequer mencionados.

Apesar da CFB resguardar o direito de toda (o) cidadã (o) brasileira (o) à saúde, isso não quer dizer que ele está garantido em sua totalidade. Ventura (2010) destaca que existem

políticas de saúde que não garantem o sigilo e o respeito à individualidade, violando a dignidade humana, ou seja, expõe a privacidade e intimidade das pessoas de forma injustificada e o indivíduo, percebendo esse ato, acaba por se afastar dos serviços de saúde por receio de serem discriminados e estigmatizados.

Outro achado em nosso estudo foi a associação positiva do recebimento de alguma dose da vacina de hepatite B e consulta médica nos últimos doze meses. Considerando a prevalência significativa de mulheres que receberam alguma dose dessa vacina, somada à referida associação positiva, esse achado não garante, por si só, que as mulheres tenham acesso às consultas médicas quando necessitam, mas fala a favor de uma possível integração entre diferentes ações em saúde, integração esta que é um princípio basilar do SUS e uma estratégia fundamental de integração nos sistemas de saúde em todo o mundo. Nosso estudo não estimou a prevalência da cobertura vacinal com as três doses (definida como padrão), o que não permite falar em proteção efetiva para hepatite B.

Entretanto, nos sinaliza a busca por cuidados em saúde, especialmente por ser um insumo disponibilizado, em sua grande maioria, nas unidades básicas de saúde, além de ser uma demanda de saúde pontual, que não requer, num primeiro momento, algum tipo de assistência médica especializada, pois constitui um procedimento de rotina, raramente associado a qualquer tipo de associação com eventos adversos, como amplamente documentado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Apesar da disponibilidade de testes, vacinas e serviços de referência para tratamento e acompanhamento das hepatites virais, o Brasil possui baixa endemicidade para a hepatite B, o que é um achado inegavelmente favorável [vide o estudo hoje clássico de Crofts, Aitken e Kaldor, referente à hepatite C (Crofts; Aitken; Kaldor, 1999)].

Por outro lado, problemas que se afiguram de menor magnitude costumam merecer menor prioridade, o que constitui um erro grave, pois a qualquer momento, afecções podem reemergir/recrudescer. Raros estudos são tão brilhantes como o de Frieden e colaboradores sobre a ressurgência da tuberculose nos EUA, em especial, da tuberculose multirresistente, num contexto de desmonte dos serviços pertinentes (Frieden *et al.*, 1993).

Nesse sentido a hepatites B é pouco estudada entre as mulheres transexuais e travestis. E esse dado também se estende quando se fala em vacinação de hepatite B para essa população. Em um estudo conduzido em três municípios de Goiás com 440 mulheres transexuais, os pesquisadores verificaram acesso limitado à vacinação contra hepatite B. Eles estimaram que

menos da metade das mulheres transexuais apresentaram perfil sorológico de vacinação prévia para essa doença, proporção esta inaceitável segundo as normas preconizadas pelo PNI (Ferri *et al.*, 2022).

Apesar dos resultados deste estudo não terem estimado a associação da vacinação contra hepatite B e consultas médicas, e levando em consideração os achados do nosso estudo, é possível supor que parte dessas mulheres já ouviram falar nessa vacina e foram em busca dela.

Quando avaliamos os resultados do nosso estudo e o de Ferri *et al.* (2022), somadas à realização de teses de HIV/IST, acesso às informações sobre PreP e recebimento de preservativo nos serviços de saúde, por exemplo, é possível perceber que o acesso aos serviços de saúde existem, apesar das violações existentes [discriminação, estigma, desrespeito ao nome social e não reconhecimento da identidade de gênero (Magno *et al.*, 2019)]. Ou seja, na vigência de serviços de referência, é possível tecer, lentamente, uma rede de atenção a essa população, como nos famosos galos de João Cabral de Melo Neto que tomamos a liberdade de citar, em parte:

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro;
de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro;
e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

Obviamente, na ausência de unidades e ações, não há como estabelecer redes de saúde, e esta é a triste realidade da imensa maioria dos municípios brasileiros.

Cabe destacar que apesar do conceito de universalidade perpassar pela noção de humano, tanto o preconizado pela CFB e pela Lei Orgânica do SUS, a comunidade de mulheres transexuais e travestis é quase invisível pelas políticas públicas. Embora seja este o tema do nosso trabalho, essa invisibilidade não é exclusiva dessa população, basta lembrar a população de grande magnitude e crescente de imigrantes, vivendo em solo brasileiro. Infelizmente, os

dados do Censo recentemente concluído são ainda provisórios e sujeitos a revisão quanto a este e inúmeros outros aspectos. Nesse sentido, não nos arriscaremos a citar dados não revisados, apenas sugerimos ao leitor interessado que siga acompanhando a divulgação dos resultados finais do Censo. Por ora, só é possível que o problema é grave e está subestimado pelas fontes até então disponíveis, mas não a quanto monta a referida subestimação.

Apesar dos avanços incontestáveis, a garantia dos direitos a essa população não está resguardada em sua totalidade. Infelizmente, estamos muito longe disso!

A começar pela ausência de dados oficiais sobre questões de saúde dessas mulheres e das inúmeras violações no direito à saúde, educação e emprego digno (Rovai, 2020), cabe constatar que lidamos antes com lacunas do que com dados robustos.

Por fim, outro achado que chamou a atenção em nosso estudo foi a prevalência significativa de mulheres que, quando questionadas o quanto precisam de algum tratamento para levar a vida diária, parte significativa delas respondeu “pouco/nada”. Na sequência de análise dos dados, na multivariada, essa variável manteve associação negativa com o desfecho. Esta questão exige estudos mais detalhados, que permitam distinguir ausência de consultas por motivos inteiramente plausíveis e sem consequências adversas e oportunidades perdidas em termos de promoção, prevenção e profilaxia. Cabe também entender melhor de que modo as consultas médicas se integram ou não a cuidados gerais de saúde, que se mostraram presentes, como vacinação, conhecimento acerca da PreP e testagem para diferentes IST.

Sobre essa questão, segundo Bastos, Coutinho e Malta (2018) parte dessas mulheres já participaram de pesquisas, de projetos de movimentos sociais e não governamentais. Algumas, inclusive, participaram de projetos na Fiocruz, relacionados a área da saúde ou foram devidamente atendidas em Clínicas da Família, sensíveis às demandas dessas mulheres. Diante de nossos achados, talvez elas não sintam essa necessidade de idas regulares aos serviços de saúde pois, boa parte das mulheres são profissionais do sexo e estão inseridas no mercado informal de trabalho.

Logo, os horários de trabalho não permitem a procura pelos serviços de saúde com a regularidade esperada, já que a maioria das unidades de saúde no município do Rio de Janeiro fecham no final da tarde (exceto UPA, hospitais e pronto atendimento). Esta é uma questão adicional a ser investigada, que diga respeito a questões de implementação e logística. Felizmente, dispomos hoje de excelentes livros textos em Ciência da Implementação, ainda que

seu uso seja pouco frequente em nosso País. Citamos aqui o livro texto modelar editado por Albers *et al.* (2020).

Outras possíveis questões que podem estar subentendidas nessa associação e incluem: dificuldade de acesso ao processo transexualizador, especialmente o acompanhamento médico no uso de hormônios, e o não acesso à informação sobre linhas de cuidado (Silva; Sancho; Figueiredo, 2016) relacionadas a outras necessidades, que não somente ao HIV/IST. Em relação à hormonioterapia, há uma prevalência significativa de mulheres que fazem uso de hormônio, muitas sem prescrição médica, usando por conta própria ou por indicação de outras mulheres transexuais e travestis (Bastos; Coutinho; Malta, 2018; KRÜGER *et al.*, 2019; Hernández *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2022).

Sobre outras linhas de cuidado cujas mulheres transexuais e travestis, possivelmente, disponham de poucas informações ou não tenham acesso aos devidos cuidados (hipertensão arterial, diabetes, câncer de próstata, tabagismo, saúde mental), há escassos estudos que tratem das multimorbidades (Swartz *et al.*, 2021) ou abordagem sindêmica à saúde (Ouafik, 2022) dessa população. Ambos os termos tratam da existência de dois ou mais problemas de saúde ou doença, ou seja, a interação simultânea de fatores biológicos, sociais e comportamentais. Como produto dessa interação há o aumento da carga de multimorbidades, sob a ação de um contexto deletério, precário e carregado de discriminação (Ouafik, 2022).

O que se pretende é um movimento contrário a esse achado e seu desdobramento perverso para a saúde dessas mulheres. O alicerce desse movimento é a garantia da autonomia, que é um elemento central da dignidade da pessoa humana (Rovai, 2020). Quando essa autonomia é respeitada e estimulada, essas mulheres passam a estabelecer normas para si mesmas. Esse elemento é quem dá dignidade a essas mulheres, na medida em que elas serão capazes de agir livremente, realizando seus projetos de vida do modo como desejarem, de acordo com sua visão do que é o bem e o correto (Frias; Lopes, 2015).

É preciso destacar dois elementos imprescindíveis, quando pensamos no direito ao acesso dessas mulheres à saúde: o valor intrínseco e comunitário da dignidade da pessoa humana.

O primeiro possui caráter ontológico, pois está presente na concepção de “ser humano”, do ser enquanto ser, independentemente de suas determinações particulares. Essa perspectiva toma o indivíduo um fim em si mesmo, abstraindo o ser humano de seus atributos pessoais. Assim a dignidade é um atributo que nasce com a pessoa, não sendo perdida, alienada ou renunciada (Frias; Lopes, 2015; Pedrosa, 2014; Sarlet, 2019).

O segundo elemento tem a ver com o papel da comunidade e do Estado, especialmente no estabelecimento de crenças e metas coletivas. Partindo dessa ideia, a dignidade seria uma restrição à autonomia individual, uma limitação aos direitos e liberdades dos indivíduos, em prol da dignidade de outros e de valores sociais compartilhados. Em algumas circunstâncias as intervenções do Estado e da comunidade são legítimas, especialmente quando há um direito fundamental sendo violado e potencialmente danoso à pessoa ou a outrem (Frias; Lopes, 2015; Pedrosa, 2014; Sarlet, 2019).

Esse estudo apresenta algumas limitações. A metodologia RDS não permite fornecer amostras representativas da população estudada, por se tratar de uma amostra não probabilística. No entanto, em se tratando de uma população em larga medida desconhecida e de difícil acesso, não há como implementar estudos baseados em amostras integralmente probabilísticas, que estão inteiramente ausentes da literatura internacional.

Possivelmente pode ter ocorrido viés de seleção no processo de recrutamento das mulheres transexuais e travestis. Logo, nossos dados não podem ser generalizados. Outro ponto refere-se ao fato de estudarmos apenas uma capital do Sudeste. Mulheres transexuais e travestis de outras capitais e regiões do país podem enfrentar questões diferentes das encontradas em nosso estudo. Vale destacar que a pesquisa Divas e seu questionário não foram desenhados para atender especificamente ao objetivo do presente estudo. Assim não temos todas as informações necessárias ou não pudemos analisar outras variáveis que poderiam influenciar o desfecho. Como discutido por Greenland e colaboradores, há um limite a quaisquer procedimentos estatísticos. Para além desses limites, não há mais estatística (ou mesmo ciência), mas sim um conjunto de formulações científicas ambiciosas, mas de consistência e validade problemáticas, para dizer o mínimo (CHRISTENFELD *et al.*, 2004).

Mas essas questões não impossibilitaram avançar nas análises. Encontramos novos achados e outros que são semelhantes a outros estudos. Vale destacar que há dezenas (se não centenas) de estudos que se ocupam de questões relacionadas à associação do acesso à saúde com a discriminação, estigma, violência, cuidados relacionados à HIV/IST. Entretanto, especialmente em epidemiologia há estudos muito escassos que se aprofundem (ou ao menos levem em consideração) em questões de direitos humanos em saúde ou no princípio fundamental da dignidade da pessoa humana – pilar imprescindível na idealização das políticas sociais e de saúde no país.

Como os galos de João Cabral, esperamos que nosso canto não soe isolado, mas se junte aos esforços de diversos colegas, ativistas, governo e sociedade civil para que, em conjunto, possam, afinal, tecer a tão desejada manhã.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora essa tese tenha investigado os fatores associados a serviços de saúde, entre mulheres transexuais e travestis, e encontrado achados diferentes de outros estudos, cabe destacar que esses resultados ainda são incipientes. Eles retratam uma realidade diferente do restante do país e até do próprio município, considerando o momento em que os dados foram coletados.

Apesar de algumas associações positivas em relação ao acesso a serviços de saúde no município, há que se avançar em estudos que avaliem a qualidade desse acesso. Há centenas de resultados de estudos qualitativos e quantitativos que tratam de acesso a serviços de saúde, discriminação, estigmatização, violência e de IST/HIV, por exemplo, mas poucos discutem direitos humanos nessa população. Mais do que isso, é preciso o investimento em estudos epidemiológicos que se ocupem da garantia do acesso à saúde como política de Estado, a partir dos direitos humanos e preservação da dignidade da pessoa humana dessas mulheres.

Mesmo com os avanços em políticas públicas destinadas a essas mulheres, é preciso tornar evidente o quanto as dificuldades de acesso a serviços de saúde e seus insumos ainda impactam e ferem a dignidade dessas mulheres. Gestores e profissionais de saúde devem investir em cursos de qualificação profissional, que tematizem as especificidades e necessidades de saúde dessa população.

Nessa linha de estudo proposta, as investigações epidemiológicas devem prosseguir no intuito de compreender como os mecanismos de violação da dignidade humana afetam a vida dessas mulheres e o quanto essa engrenagem é capaz de produzir desfechos adversos de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABIVEN, M. Dying with dignity. **World health Forum** 1991; v. 12, n. 4, p.375-398, mar. 1991. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7682898/>. Acesso em: 02 jan. 2020.
- ALBERS, B.; SHLONSKY, A.; MILDON, R. **Implementation Science** 3.0. Cham: Springer, 2020.
- ALDERWICK, H.; GOTTLIEB, L. M. Meanings and Misunderstandings: A Social Determinants of Health Lexicon for Health Care Systems. **The Milbank Quarterly**, v. 97, n. 2, p. 407–419, jun. 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12390>. Acesso em: 07 jun. 2020.
- ALMEIDA, C. B. DE; VASCONCELLOS, V. A. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo? **Revista Direito GV**, v. 14, p. 303–333, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/HpFvXPZ8WRd63Gbz4CfSRQC/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- ALMEIDA, E. P. O.; ROLIM NETO, M. L. The lesbian, gay, bisexual and transgender movement: A systematic review with meta-analysis. **The International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, n. 2, p. 198–209, mar. 2020. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764019882966?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 20 set. 2021.
- ALMEIDA, M. M. DE *et al.* Factors associated with symptoms of major depression disorder among transgender women in Northeast Brazil. **PloSOne**, v. 17, n. 9, p. e0267795, set. 2022. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0267795>. Acesso em: 20 set. 2021.
- ALMEIDA, S.; RIBEIRO, D. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro: Pólen, 2019.
- ANTRA. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, 2020. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.
- BARAL, S. D. *et al.* Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet. Infectious Diseases**, v. 13, n. 3, p. 214–222, mar. 2013. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70315-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70315-8/fulltext). Acesso em: 22 mar. 2020.
- BARBOSA, D. F. R. *et al.* Promoção da saúde à mulher transexual. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 1, n. 4, p. 4, 1 dez. 2020. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/s/article/view/550>. Acesso em: 25 mai. 2020.
- BASTOS, F. I. *et al.* HIV, HCV, HBV and syphilis among transgender women from Brazil.

Medicine, v. 97, n. 1 Suppl, p. 16–24, 25 mai. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5991532/>. Acesso em: 25 fev. 2020.

BASTOS, F. I. P. M.; COUTINHO, C.; MALTA, M. **Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis**. Relatório Final Pesquisa DIVaS (Diversidade e Valorização da Saúde). 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49082>. Acesso em: 23 fev. 2020.

BERGER, S. Circular Cumulative Causation (CCC) à la Myrdal and Kapp: “Political” Institutionalism for Minimizing Social Costs. **Journal of Economic Issues**, v. 42, n. 2, p. 357–365, 2008. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/25511320>. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. SPAA/SEPPPIR Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas. **Racismo como determinante social de saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-aco-es-afirmativas/racismo-como-determinante-social-de-saude-1>. Acesso em: 02 mar. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. **Expectativa de vida de transexuais é de 35 anos, metade da média nacional**. 2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-de-35-anos-metade-da-media-nacional>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2020**. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em: 13 out. 2021.

BRASIL. **Balanco Anual Disque Direitos Humanos, 2019**. 70 páginas. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf. Acesso em: 11 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Departamento de DST e AIDS e Área Técnica de Saúde da Mulher, 2009. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids.pdf. Acesso em: 30 abr. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 344 de 1 de fevereiro 2017**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27543-preenchimento-da-raca-cor-se-torna-obrigatorio-nos-sistemas-de-informacao-do-sus>. Acesso em: 17 mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.saude.gov.br/legislacao/ato>

//bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 17 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 123 p. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/view. Acesso em: 14 fev. 2021

BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016**. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2016/decreto-8727-28-abril-2016-782951-publicacaooriginal-150197-pe.html>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRODSKY, S. L. **Therapy with coerced and reluctant clients**. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2011. 233p.

CANOTILHO, J. J. G. *et al.* **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo, SP: Saraiva Jur: Almedina. 2018.

CAPUTO, U. N. **Geni e os direitos humanos: um retrato da violência contra pessoas trans no Brasil do século XXI**. Universidade de São Paulo, 12 set. 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-14112018-111830/pt-br.php>. Acesso em: 25 mai 2021.

CARRARA, S. *et al.* Bodyconstructionandhealthitineraries: a survey among *travestis* and trans people in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00110618, 8 abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nhxFFZVTg6hW6rjFDNKVpCH/?lang=en>. Acesso em: 27 set. 2022.

CARRIERI, A. P.; SOUZA, E. M. DE; AGUIAR, A. R. C. Trabalho, violência e sexualidade: estudo de lésbicas, travestis e transexuais. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 18, p. 78–95, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/bZyZTtpBCrwwtTyvNftgTG/>. Acesso em: 11 jul. 2021.

CARVALHO, R. C. T. "Hard law" e "soft law": a formação do direito internacional ambiental. **Consultor Jurídico**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-fev-16/ambiente-juridico-hard-law-soft-law-formacao-direito-internacional-ambiental>. Acesso em: 12 out. 2020.

CASEY, L. S. *et al.* Discrimination in the United States: Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer Americans. **Health Services Research**, v. 54, Suppl 2, p. 1454–1466, dez. 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.13229>. Acesso em: 02 jan 2021.

CHRISTENFELD, N. J. *et al.* Risk factors, confounding, and the illusion of statistical control. **Psychosom Med.**, v. 66, n. 6, p. 868-875, dez. 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15564351/>. Acesso em: 01 dez. 2021.

COSTA, A. B. *et al.* Population-based HIV prevalence and associated factors in male-to-female transsexuals from Southern Brazil. **Archives of Sexual Behavior**, v. 44, n. 2, p. 521–524, fev. 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-014-0386-z>. Acesso em: 12 out 2021.

COSTA, S. F. **A garantia do trabalho decente para a mulher transexual e para travesti, à luz da proteção social do trabalho**. Em: ADAYLSON WAGNER SOUSA de Vasconcelos (Ed.). *Di-reito em Movimento: Saberes Transformadores da Sociedade Contemporânea* 3. 1. ed. Atena Editora, 2020. p. 69–81.

CROFTS, N.; AITKEN, C. K.; KALDOR, J. M. The force of numbers: why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not. **The Medical Journal of Australia**, v. 170, n. 5, p. 220–221, 1 mar. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10092920/>. Acesso em: 27 set. 2021.

DE VRIES, E.; KATHARD, H.; MÜLLER, A. Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? **BMC medical education**, v. 20, n. 1, p. 51, 14 fev. 2020. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-1963-6#:~:text=As%20health%20science%20educators%2C%20we,care%20for%20in%20the%20future>. Acesso em: 25 mar. 2022.

DEEBEL, N. A. *et al.* Prostate Cancer in Transgender Women: incidence, etiopathogenesis, and management challenges. **Urology**, v. 110, p. 166–171, dez. 2017. Disponível em: [https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(17\)30906-8/fulltext](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(17)30906-8/fulltext). Acesso em: 28 nov. 2022.

DOLAN, I. J. *et al.* Misgendering and experiences of stigma in health care settings for transgender people. **The Medical Journal of Australia**, v. 212, n. 4, p. 150–151.e1, mar. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/mja2.50497>. Acesso em: 21 abr. 2022.

DRAPER, N.; SMITH, H. **Applied Regression Analysis**. 2nd Edition, New York: John Wiley & Sons, 1981.

FERNÁNDEZ-ROUCO, N.; CARCEDO, R. J.; YEADON-LEE, T. Transgender identities, pressures, and social policy: a study carried out in Spain. **Journal of Homosexuality**, v. 67, n. 5, p. 620–638, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30507295/>. Acesso em: 07 mai. 2022.

FERREIRA, B. O. *et al.* Vivências de travestis no acesso ao SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1023–1038, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TJ6GPsqZRNjBSTgbXnXZ8d/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2022.

FERRI, L. P. *et al.* Viral hepatitis A, B and C in a group of transgender women in Central Brazil. **Tropical Medicine and Infectious Disease**, v. 7, n. 10, p. 269, out. 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2414-6366/7/10/269>. Acesso em: 03 ago. 2022.

FRIAS, L.; LOPES, N. Considerações sobre o conceito de dignidade humana. **Revista Direito GV**, v. 11, p. 649–670, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdgv/a/m85KdMFjcyJW8zSKssNkZRb/?lang=pt#>. Acesso em: 07 jul. 2020.

FRIEDEN, T. R. *et al.* The emergence of drug-resistant tuberculosis in New York City. **The New England Journal of Medicine**, v. 328, n. 8, p. 521–526, 25 fev. 1993. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199302253280801?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200www.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em: 19 dez. 2022.

GEORGE, L. K. Dignity and quality of life in old age. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 29, n. 2–3, p. 39–52, 22 jul. 1998. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J083V29N02_03. Acesso em: 18 jun. 2020.

GOFFMAN, E. **The presentation of self in everyday life**. 1a ed.. New York: Anchor Books, 1990.

GOLDENBERG, T. *et al.* Stigma, gender affirmation, and primary healthcare use among black transgender youth. **The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine**, v. 65, n. 4, p. 483–490, out. 2019. Disponível em: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(19\)30250-2/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(19)30250-2/fulltext). Acesso em: 20 abr. 2022.

GOLDSTEIN, R. **Betraying Spinoza: The Renegade Jew Who Gave Us Modernity**. New York, NY: Schocken Books Inc, 2009.

GOMES, L.; SILVA, A. D. C. E. **Escravidão**. Rio de Janeiro, RJ: Globo Livros, 2019.

GOMES, R. *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1997–2006, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rWF4kWq4ShjdXGghXY7BFwt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2022.

GONZALES, G.; HENNING-SMITH, C. Health disparities by sexual orientation: results and implications from the behavioral risk factor surveillance system. **Journal of Community Health**, v. 42, n. 6, p. 1163–1172, dez. 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-017-0366-z>. Acesso em: 13 jan. 2022.

GRIESEMER, I. *et al.* Mechanisms to enhance racial equity in health care: developing a model to facilitate translation of the ACCURE intervention. **SSM. Qualitative research in health**, v. 3, p. 100204, jun. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10361418/>. Acesso em: 01 jul. 2023.

HATZENBUEHLER, M. L.; LINK, B. G. Introduction to the special issue on structural stigma and health. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 103, p. 1–6, fev. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953613007090?via%3Dihub>. Acesso em: 12 jun. 2022.

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

mai. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682466/>. Acesso em: 09 abr. 2022.

HAYDU, M. *et al.* Therapeutic itineraries of congolese refugees in the city of São Paulo. **Global Public Health**, v. 15, n. 6, p. 840–851, jun. 2020. Disponível em: <https://www.tandonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2020.1714071>. Acesso em: 15 mai. 2021.

HECKATHORN, D. D. Respondent-Driven Sampling: a new approach to the study of hidden populations. **Social Problems**, v. 44, n. 2, p. 174–199, 1997. ISSN 00377791, 15338533. Disponível em: <https://academic.oup.com/socpro/article-abstract/44/2/174/1635494>. Acesso em: 16 fev. 2021.

HERNÁNDEZ, J. G. *et al.* Saúde de travestis e pessoas trans no Rio de Janeiro e Região Metropolitana: estratégias e condições de acesso. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, 6 jul. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/JYPZ67FjdPvLyCVYXCCcjfg/>. Acesso em: 17 fev. 2022.

HILL, B. J. *et al.* Exploring individual and structural factors associated with employment among young transgender women of color using a no-cost transgender legal resource center. **Transgender Health**, v. 2, n. 1, p. 29–34, 1 mar. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5546788/>. Acesso em: 23 mar. 2022.

HOTTON, A. *et al.* Exposure to community violence and substance use among black men who have sex with men: examining the role of psychological distress and criminal justice involvement. **AIDS care**, v. 31, n. 3, p. 370–378, mar. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6382567/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

HOTTON, A. L. *et al.* Socio-structural and neighborhood predictors of incident criminal justice involvement in a population-based cohort of young black MSM and transgender women. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 97, n. 5, p. 623–634, out. 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-020-00428-8>. Acesso em: 30 ago. 2021.

HOWARD, S. D. *et al.* Healthcare experiences of transgender people of color. **Journal of General Internal Medicine**, v. 34, n. 10, p. 2068–2074, out. 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-019-05179-0>. Acesso em: 27 abr. 2022.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Em 2019, expectativa de vida era de 76,6 anos**. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 25 mar. 2020.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades raciais por cor ou raça no Brasil. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica** nº 48, 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 24 abr. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil em Síntese – Anos de Estudo e Sexo, 2015**. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/anos-de-estudo-e-sexo.html>. Acesso em: 03 mai. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018** (28/11/2019). Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vidas-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018>. Acesso em: 11 set 2021.

JACELON, C. S. The dignity of elders in an acute care hospital. **Qualitative Health Research**, v. 13, n. 4, p. 543–556, abr. 2003. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732302250762?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed. Acesso em: 13 abr. 2020.

JACOBSON, N. A taxonomy of dignity: a grounded theory study. **BMC international health and human rights**, v. 9, p. 3, 24 fev. 2009. Disponível em: <https://bmcinthealthhumrights.Bio-medcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-9-3>. Acesso em: 15 mar. 2020.

JACOBSON, N. Dignity and health: a review. **Social Science & Medicine** (1982), v. 64, n. 2, p. 292–302, jan. 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953606004503?via%3Dihub>. Acesso em: 21 mar 2020.

JACOBSON, N. Dignity violation in health care. **Qualitative Health Research**, v. 19, n. 11, p. 1536–1547, nov. 2009. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732309349809?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed. Acesso em: 21 mar. 2020.

JALIL, E. M. *et al.* Awareness, willingness and PrEP eligibility among transgender women in Rio de Janeiro, Brazil. **Journal of acquired immune deficiency syndromes** (1999), v. 79, n. 4, p. 445–452, 1 dez. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6203608/>. Acesso em: 11 fev. 2023.

JAMES, S. E. *et al.* **2015 U.S. Transgender Survey (USTS):** Version 1. ICPSR - Interuniversity Consortium for Political and Social Research, 2019. Disponível em: <https://www.icpsr.umich.edu/web/RCMD/studies/37229/versions/V1>. Acesso em: 11 jul. 2023

JOHNSON, M. L. Dignity for the Oldest Old. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 29, n. 2–3, p. 155–168, 22 jul. 1998. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J083V29N02_10. Acesso em: 13 jun. 2020.

JUNIOR, A. K. *et al.* Acesso ao mercado de trabalho formal: desigualdades de gênero entre mulheres e homens trans. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, v. 15, n. 46, p. 197–211, 30 dez. 2022. Disponível em: <https://revistas.utfr.edu.br/cgt/article/view/12142>. Acesso em: 03 fev. 2023.

JUNIOR, J. S. M. LGBT+ Negras: conhecimento e políticas em revista. **(SYN)THESIS**, v. 9, n. 1, p. 17–27, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/>

article/view/42201. Acesso em: 12 jun. 2020.

KING, R. *et al.* HIV and transgender women in Kampala, Uganda – Double Jeopardy. **Culture, Health & Sexuality**, v. 21, n. 6, p. 727–740, jun. 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2018.1506155>. Acesso em: 18 nov. 2022.

KOLNAI, A. **Dignity**. In R. S. Dillon (Ed.), *Dignity, character, and self-respect* (pp. 53–75). 1995 New York: Routledge.

KREHELY J. **How to close the LGBT health disparities gap**. Center Am Progress 2009; p. 1–9. Disponível em: <https://www.americanprogress.org/article/how-to-close-the-lgbt-health-disparities-gap/>. Acesso em: 16 mar. 2022.

KRÜGER, A. *et al.* Characteristics of hormone use by travestis and transgender women of the Brazilian Federal District. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. suppl 1, p. e190004, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9Cshmsw95pNmdmGtxMZcqYc/?lang=en>. Acesso em: 17 out. 2021.

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

LANCET. Transgender health, identity and dignity. **The Lancet Public Health**, editorial, v. 5, n. 4, p.177, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30059-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30059-1/fulltext). Acesso em: 23 abr. 2021.

LAU, H. D. Pensando fora do sistema: uma reflexão sobre a linguagem não-binária. **Uniletras**, v. 41, n. 2, p. 262–282, 2019. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/uniletras/article/view/14968>. Acesso em: 21 mai. 2021.

LEITE, B. O. *et al.* Association between gender-based discrimination and medical visits and HIV testing in a large sample of transgender women in northeast Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 20, n. 1, p. 199, 6 set. 2021. Disponível em: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01541-z>. Acesso em: 14 nov. 2022.

LIMA, R. R. T. D.; FLOR, T. B. M.; NORO, L. R. A. Revisão sistemática sobre a atenção à saúde para travestis e transexuais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 1, p. 19, 30 mar. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4ZqWQGtC9nwGXbHNs99yJMK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 mai. 2023.

LINK, B. G.; PHELAN, J. Stigmatpower. **Social Science & Medicine** (1982), v. 103, p. 24–32, fev. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4451051/>. Acesso em: 25 jun. 2021.

LOGIE, C. H. *et al.* Conceptualizing LGBT stigma and associated HIV vulnerabilities among LGBT persons in Lesotho. **AIDS and behavior**, v. 24, n. 12, p. 3462–3472, dez. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7222929/>. Acesso em: 22 fev 2021.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 121–134, mar. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7222929/>. Acesso em: 10 mai 2020.

LOTHIAN, K.; PHILP, I. Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. **BMJ British Medical Journal**, v. 322, n. 7287, p. 668–670, 17 mar. 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119851/>. Acesso em: 17 jun. 2020.

LOUREIRO, C.; BUCCI, D. A declaração universal de direitos humanos: 70 anos entre a esperança e a realidade. **Revista Internacional**. n. 4, 2019. Disponível em: <https://apd.org.br/wp-content/uploads/2020/01/TEXT0-05-1.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2020.

MAGNO, L. et al. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 8 abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8rxk9ZKGG9GwhCTXW7QBskh/>. Acesso em: 07 set 2021.

MALTA, M. *et al.* Gender-congruent government identification is crucial for gender affirmation. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 4, p. e178–e179, abr. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30054-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30054-2/fulltext). Acesso em: 10 jun. 2020.

MATTOS, A. R.; CIDADE, M. L. R. Para pensar a cisheteronormatividade na psicologia: lições tomadas do transfeminismo. **Revista Periódicos**, v. 1, n. 5, p. 132–153, 15 jul. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicos/article/view/17181>. Acesso em: 25 mai 2020.

MBURU, G. *et al.* Prevalence and risk factors of HIV infection among people who inject drugs in Cambodia: findings from a national survey. **Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy**, v. 14, n. 1, p. 42, 17 out. 2019. Disponível em: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-019-0232-3>. Acesso em: 13 out 2021.

MILLER, A. B.; KEYS, C. B. Understanding dignity in the lives of homeless persons. **American Journal of Community Psychology**, v. 29, n. 2, p. 331–354, abr. 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11446287/>. Acesso em: 13 mai. 2020.

MOLLON, L. The forgotten minorities: health disparities of the lesbian, gay, bisexual and transgendered communities. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 23, n. 1, p. 1–6, fev. 2012. Disponível em: <https://muse.jhu.edu/article/467224>. Acesso em: 17 mai. 2022.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 8 abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7Smzr3QL4tfvwZvqyKtysgt/>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M.; BARBOSA, R. M. Saúde e direitos da população trans. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. e00047119, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4zwYRtVyMvVkhTKBhWbnTKz/>. Acesso em: 25 mar. 2021.

MOQUEDACE, P. S. Pessoas Transexuais e Travestis em uma unidade de referência da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro: estratégia em saúde para facilitação do acesso no atendimento. 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55414>. Acesso em: 11 jan. 2023.

MOTTA, A. F. M. R. A dignidade da pessoa humana e sua definição. **Revista Âmbito Jurídico**, 2013. Sem páginas. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/a-dignidade-da-pessoa-humana-e-sua-definicao/>. Acesso em: 08 jan. 2020.

NORDENFELT, L. Dignity and the care of the elderly. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 6, n. 2, p. 103–110, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12870631/>. Acesso em: 13 fev. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. **Fechando a lacuna em uma geração: equidade em saúde através da ação sobre os determinantes sociais da saúde**. Relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=365271ACE2052888542881700EEDCA8B?sequence=1. Acesso em: 01 nov.2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Você sabe o que é identidade de gênero?** 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/voce-sabe-o-que-e-identidade-de-genero/>. Acesso em: 13 mai. 2020.

OUAFIK, M. L'approche syndémiqueappliquée à La santé desminorités sexuelleset de genre: étude de laportée. **Santé Publique**, v. 34, n. HS2, p. 21–30, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37336735/>. Acesso em: 18 dez. 2022.

PANNUTI, F.; TANNEBERGER, S. The Bologna Eubiosia Project: Hospital-at-home care for advanced cancer patients. **Journal of Palliative Care**, v. 8, n. 2, p. 11–17, 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1378893/>. Acesso em: 15 jan. 2020.

PEDROSA, G. G. A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial. Belo Horizonte: Fórum. **Direito.UnB - Revista de Direito da Universidade de Brasília**, v. 1, n. 1, p. 306–311, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadedireitounb/article/view/24687>. Acesso em: 14 jan. 2020.

PEREIRA, L. B. DE C.; CHAZAN, A. C. S. O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795–1795, 14 maio 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1795>. Acesso em: 27 out. 2020.

PICCOLI, L. F. A criminalização da homofobia/transfobia e o racismo estrutural: apontamentos para uma crítica materialista do sistema penal. **Revista Transgressões**, v. 7, n. 02, p. 119–136, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/view/18661>. Acesso em: 11 mar. 2021.

POTEAT, T. C. *et al.* Evidence for action: a call for the global HIV response to address the needs of transgender populations. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. 3Suppl 2, p. 21193, 17 jul. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949318/>. Acesso em: 13 mar. 2021.

POTEAT, T. C.; MALIK, M.; BEYRER, C. Epidemiology of HIV, sexually transmitted infections, viral hepatitis and tuberculosis among incarcerated transgender people: a case of limited data. **Epidemiologic Reviews**, v. 40, n. 1, p. 27–39, 1 jun. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29554240/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Tradução Jones de Freitas. jul. 2007. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 23 out 2020.

REICH, D. **Who we are and how we got here:** ancient DNA and the new science of the human past. 1st ed. United Kingdom: Oxford University Press, 2018.

REIS, T. **Avanços e desafios para os direitos humanos da comunidade LGBT no Brasil.** [s.d.]. Disponível em: <http://www.tonireis.com.br/wp-content/uploads/2014/06/avancos.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

REISNER, S. L. *et al.* Global health burden and needs of transgender populations: a review. **The Lancet**, v. 388, n. 10042, p. 412–436, 23 jul. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27323919/>. Acesso em: 14 mai. 2020.

RIBEIRO, A. K. DE O.; SILVEIRA, L. C. Transfobia e abjeção: diálogos possíveis entre a psicanálise e a teoria queer. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 23, p. 66–74, 24 jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/jK6xxrqSg5X3SSbczVwPdTt/?lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2021.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Access to treatment for those with alcohol, crack or other drug dependency problems—a case study in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 71–81, jan. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26816165/>. Acesso em: 16 jul. 2022.

ROCON, P. C. *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2517–2526, ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zGJyVqQ6WGjygRzLqfd8vRD/>. Acesso em: 18 jun. 2022.

ROCON, P. C. *et al.* O reconhecimento e o aparecimento público como determinantes para a saúde: diálogos com mulheres transexuais e trabalhadores(as) da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e210356pt, 3 jun. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/34bCWZK>

jPkr7smshT6dLqRc/abstract/?lang=pt. Acesso em: 25 jan. 2023.

RODRÍGUEZ-MARTÍNEZ, P.; CUENCA-PIQUERAS, C. Interactions between direct and structural violence in sexual harassment against Spanish and unauthorized migrant women. **Archives of Sexual Behavior**, v. 48, n. 2, p. 577–588, fev. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291600/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

ROMANELLI, M.; LU, W.; LINDSEY, M. A. Examining mechanisms and moderators of the relationship between discriminatory health care encounters and attempted suicide among U.S. Transgender Help-Seekers. **Adm Policy Ment Health**, v. 45, n. 6, p. 831-849. 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10488-018-0868-8>. Acesso em: 21 jan 2023.

ROSÁRIO, R. C. **Direitos humanos em face da dignidade da pessoa humana**. Portal Âmbito Jurídico, 2017. Sem páginas. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/direitos-humanos-em-face-da-dignidade-da-pessoa-humana/>. Acesso em: 06 jan. 2020.

ROSENTEL, K.; VANDEVUSSE, A.; HILL, B. Racial and socioeconomic inequity in the spatial distribution of LGBTQ human services: an exploratory analysis of LGBTQ services in Chicago. **Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC**, v. 17, p. 87–103, 1 mar. 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-019-0374-0>. Acesso em: 11 dez. 2020.

ROSSI, T. A. *et al.* Conhecimentos, percepções e itinerários terapêuticos de travestis e mulheres trans no cuidado a infecções sexualmente transmissíveis em Salvador, Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. e22304, 6 jul. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/Dh6rTS7CzrqyXBpwwq8xxmL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2023.

ROVAI, M. G. O. “A gente é pessoa!”: narrativas de mulheres trans sobre Direitos Humanos. **Revista Tempo e Argumento**, v. 12, n. 29, 2020. Disponível em: <https://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180312292020e0105>. Acesso em: 03 mar. 2023.

SANTOS, P. M. R. *et al.* Travestis and transsexual women: who are at higher risk for sexually transmitted infections? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210017, 3 maio 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/KPNwQWRfMdy5rRGB34kRKL/?lang=en>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SARLET, I. W. **Dignidade (da pessoa) humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10a edição revista, atualizada e ampliada terceira tiragem ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2019.

SENA, A. G. N.; SOUTO, K.; TEIXEIRA, A. M. (EDS.). **Transexualidade e travestilidade na saúde**. 1a.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-37562>. Acesso em: 14 mar. 2020.

SEVELIUS, J. *et al.* Optimising HIV programming for transgender women in Brazil. **Culture, Health & Sexuality**, v. 21, n. 5, p. 543–558, maio 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30378463/>. Acesso em: 31 jul 2021.

SILVA, L. K. M. *et al.* Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 835–846, set. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30378463/>. Acesso em: 12 jul. 2020.

SILVA, M. A. A.; LUPPI, C. G.; VERAS, M. A. S. M. Trabalho e saúde na população transexual: fatores associados à inserção no mercado de trabalho no estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1723–1734, 8 maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DbBMCHS9t6QMC5YtYSQnCP/>. Acesso em: 22 out. 2022.

SILVA, M. V. **A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010.

SILVA, N. D. A. E. *et al.* Acesso aos serviços de saúde no Brasil por mulheres transexuais: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e27710212497, 15 fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/NGpjbDZLqR78J8Hw4SRsHWL/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SILVA, N. E. K. E.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. D. S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 843–852, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ln4T7Jd38CVw5ZFN6rKMSym/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2022.

SILVA, R. A. *et al.* Uso de hormônios não prescritos na modificação corporal de travestis e mulheres transexuais de Salvador/Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 503–514, 2 fev. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bGkQXkhxV9b5gVZv5kgq6Rz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 fev. 2023.

SILVA-SANTISTEBAN, A. *et al.* HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges. **Journal of the International AIDS Society**, v. 19, n. 3, S. 2, p. 207 - 299, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27431470/>. Acesso em: 30 mar 2023.

SINGH, S., DURSO L. E. **Widespread discrimination continues to shape LGBT people's lives in both subtle and significant ways**. Center for American Progress, 2017. Disponível em: <https://www.americanprogress.org/issues/lgbtq-rights/news/2017/05/02/429529/widespread-discrimination-continues-shape-lgbt-peoples-lives-subtle-significant-ways/>. Acesso em: 21 jul. 2020.

SOARES, L. S. **Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde**. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27920>. Acesso em: 21 jul. 2020.

SÖDERBERG, A.; GILJE, F.; NORBERG, A. Dignity in situations of ethical difficulty in intensive care. **Intensive & Critical Care Nursing**, v. 13, n. 3, p. 135–144, jun. 1997.

SOUSA, L. M. S. **Estigma e vulnerabilidade ao HIV/aids entre travestis e mulheres transexuais**. 26 jul. 2018.

SOUZA, M. H. T. *et al.* Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 767–776, abr. 2015.

STATISTA. **Number of civilian casualties in Ukraine during Russia's invasion verified by OHCHR from February 24, 2022 to June 30, 2023**. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/1293492/ukraine-war-casualties/>

STEAFONI, L. R. R., RODRIGUES, D. B. Necessidade de reconhecimento da identidade de gênero das mulheres transexuais frente ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, 2016. **Âmbito Jurídico**. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/necessidade-de-reconhecimento-da-identidade-de-genero-das-mulheres-transexuai%E2%80%A6>. Acesso em: 13 mai. 2020.

STRAND, C.; SVENSSON, J. “Fake News” on sexual minorities is “old news”: a study of digital platforms as spaces for challenging inaccurate reporting on Ugandan sexual minorities. **African Journalism Studies**, v. 40, n. 4, p. 77–95, 2 out. 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23743670.2019.1665565>. Acesso em: 11 nov. 2022.

STURZA, J. M.; MARTINI, S. R. O município enquanto espaço de consolidação de direitos: a saúde como bem comum da comunidade. **Revista Jurídica**, v. 4, n. 49, p. 393–417, 2017. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/2364>. Acesso em: 17 dez. 2021.

SWARTZ, J. A. *et al.* A latent class analysis of chronic health conditions among HIV-positive transgender women of color. **AIDS and Behavior**, v. 25, n. 1, p. 52–63, 1 jul. 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-019-02543-3>. Acesso em: 11 dez. 2022

TABAAC, A. R. *et al.* Gender identity disparities in cancer screening behaviors. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 54, n. 3, p. 385–393, mar. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29338956/>. Acesso em: 23 dez. 2022.

TERTO, J. R. V. Estigma e saúde: uma relação vital em debate. Monteiro, S., Vilella, W. (org.) Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. 207 p. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 439–439, fev. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dcffB95R9tND7GPZJyPg7Yv/?lang=pt>. Acesso em: 18 mai. 2021.

TOLEDO, L.; COUTINHO, C.; BASTOS, F. I. **Desafios da pesquisa epidemiológica com populações de difícil acesso/ocultas**. In: SUDBRACK, M. F. O.; Conceição, M. I. G.; ADORNO, R. (Ed.). *Compartilhando Saberes e Construindo Fazeres - Drogas e transição de paradigmas*. 1. ed. [s.n.], 2018. v. 2. ISBN 978-85-929181-9-4.

TONIAL, N. R. G. Direitos humanos: a dignidade da pessoa humana como valor maior do sistema jurídico. **Revista Justiça do Direito**, v. 22, n. 1, 2008. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rjd/article/view/2138>. Acesso em: 17 jan. 2020.

VALENTINE, N.; DARBY, C.; BONSEL, G. J. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. **Social Science & Medicine** (1982), v. 66, n. 9, p. 1939–1950, maio 2008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953607006491>. Acesso em: 16 mai. 2021.

VENTURA, M. **A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010.

WHITE HUGHTO, J. M.; REISNER, S. L.; PACHANKIS, J. E. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. **Social Science & medicine** (1982), v. 147, p. 222–231, dez. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689648/>. Acesso em: 30 nov. 2022.

WHO World Health Organization. **Consolidated guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations**. [S.l.]: World Health Organization, 2016. OCLC: 981107633. ISBN 978-92-4-151112-4.

WILDE, O. **De Profundis and Other Prison Writings**. Penguin Classics, 234 p, 2013.

WINGO, E.; INGRAHAM, N.; ROBERTS, S. C. M. Reproductive health care priorities and barriers to effective care for LGBTQ people assigned female at birth: a qualitative study. **Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health**, v. 28, n. 4, p. 350–357, 2018. Disponível em: [https://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(17\)30599-6/fulltext](https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(17)30599-6/fulltext). Acesso em: 23 ago. 2022.

WOOD, S. *et al.* Barriers and facilitators of PrEP adherence for young men and transgender women of color. **AIDS and behavior**, v. 23, n. 10, p. 2719–2729, out. 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-019-02502-y>. Acesso em: 13 jun. 2022.

ZISMAN, C. R. A dignidade da pessoa humana como princípio universal. **Revista de Direito Constitucional e Internacional RDCl**, v. 96, ago. 2016. Sem páginas. Disponível em: https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bo1_2006/RDConsInter_n.96.06.PDF. Acesso em: 21 jul. 2020.