Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Conhecimentos, atitudes e práticas sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais na cidade de São Paulo

Sérgio Ferreira Júnior

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia
Orientador: Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira

São Paulo
2017

Conhecimentos, atitudes e práticas sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais na cidade de São Paulo

Sérgio Ferreira Júnior

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira

Versão corrigida. O original encontra-se disponível no Programa de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência
em Saúde Pública Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ferreira Júnior, Sérgio
Conhecimentos, atitudes e práticas sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais na cidade de São Paulo / Sérgio Ferreira Júnior; orientador Péricles Alves Nogueira. -- São Paulo, 2017.
182 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

1. Tuberculose. 2. Conhecimentos. 3. Atitudes. 4. Práticas. 5. Transgêneros. I. Alves Nogueira, Péricles, orient. II. Título.

Dedicatória

Dedico esta pesquisa à Welluma Brown (*in memorian*) e a todas as travestis e mulheres transexuais invisibilizadas, deslegitimadas, marginalizadas e assassinadas.

Welluma Brown
(*in memorian*)

Agradecimentos

A construção de uma tese é um semear diário de relações. Ao longo do caminho que se percorre, novas parcerias são estabelecidas, fortalecendo a superação das tortuosas curvas que surgem no trajeto. Agradeço a todos que contribuíram nessa jornada. Seja apontando caminhos, sugerindo bibliografias, ouvindo as angústias, ou simplesmente não entendendo nada do que eu dizia ou fazia, mas que de toda forma me apoiaram nos momentos mais cruciais. Portanto, meu muito obrigado a todos, para o caso de algum esquecimento.

Agradeço ao **Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira** pela oportunidade de orientação, aos professores doutores **João Luiz Grani e Cássia Maria Buchalla** pelas valiosas sugestões na qualificação deste estudo e também à **Profa. Dra. Priscila Maria Stolses Bérgamo Francisco,** do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pela colaboração nas análises estatísticas dos dados obtidos nesta pesquisa.

Agradeço ao **Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa** – Departamento de Saúde Coletiva Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, à **Profª. Drª. Maria Josefa Penon Rujula** – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, à **Profª. Drª. Cleide Lavieri Martins** – Departamento de Política, Gestão e Saúde, à **Profª. Drª. Margarida Maria Mattos Brito de Almeida** – Departamento de Epidemiologia da FSP/USP, pelas contribuições na e pré-banca e na defesa desta tese.

Agradeço aos amigos **Aranaí Guarabyra**, **Beto de Jesus e Carlos Eduardo Prates** pelo afeto, acolhimento e apoio durante o meu trabalho de campo na cidade de São Paulo.

Agradeço às orientadoras socioeducativas do Centro de Referência e Defesa da Diversidade da cidade de São Paulo, **Thais Azevedo e Brunna Valin** pelo carinho e apoio na execução deste estudo. À **Janaina de Lima** pelas contribuições ao instrumento de pesquisa e também à **Alcione Carvalho e**

Renata Peron, no trabalho de campo e a todas as outras travestis e mulheres transexuais que participaram desta pesquisa pela enriquecedora convivência.

Agradeço aos funcionários do **Centro de Referência e Defesa da Diversidade da Cidade de São Paulo** e do **Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais** do Centro de Referência e Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids do Estado de São Paulo.

Agradeço o apoio financeiro da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES,** concedendo-me bolsa de estudos durante todo o percurso do doutoramento.

E por fim, minha eterna gratidão ao meu companheiro de longa jornada, **José Maria de Sampaio Barros Neto,** pela compreensão e parceria de vida e de alma.

Epígrafe

"Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Todos os direitos humanos são universais, interdependentes, indivisíveis e inter-relacionados. A orientação sexual e a identidade de gênero são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação e abuso".

(ONU, 2013)*

* Organização das Nações Unidas, 2013.

RESUMO

Este estudo analisou comparativamente o conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose (TB) e condições de vida e saúde entre travestis e mulheres transexuais (trans) da cidade de São Paulo. **Método**: Estudo descritivo, observacional e transversal realizado na cidade de São Paulo em 2014, com aplicação do questionário *KAP*, do inglês, *Knowledge, Attitudes and Practices*. Também foram realizadas análises comparativas entre as entrevistadas que receberam tratamento para TB e as não tratadas. As comparações entre as distribuições percentuais foram realizadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, considerou-se nível de significância de 5% ($p<0,05$). **Resultados:** Em relação às condições de vida e saúde, foi encontrada significância estatística referente à prostituição ($p<0,001$) e passagem pelas prisões ($p<0,001$). Destaca-se que 80% das travestis e 100% das trans referiram tratamento de sífilis e 25,9% das travestis, o tratamento de TB. O conhecimento, atitudes e práticas da TB mostrou conceitos equivocados sobre sinais e sintomas, prevenção e transmissão da doença em ambos os grupos. Sobre o conhecimento da TB daquelas com antecedentes de tratamento da doença, chamou-se à atenção que a fonte de informação mais acessada foram profissionais da saúde (80%), porém, 100% referiu sintomas não associados à TB; 47,6% formas incorretas de transmissão da doença e ainda 52,4% não se sentia bem informada sobre a tuberculose, desejando receber mais informações (81%). **Conclusão:** Este estudo permitiu concluir que transgêneros possuem alto risco de infecção por TB e o seu conhecimento sobre a doença é modesto, influenciando suas atitudes e práticas, perpetuando o estigma da doença. Deduziu-se que as ações de educação em saúde apresentam falhas e não atingem seus objetivos no controle da TB. O estudo sugere a inclusão de transgêneros nos dados oficiais de saúde e maior atenção dos programas de TB no repasse de informações pelos profissionais de saúde.

Descritores: Tuberculose, conhecimento, atitudes, práticas transgêneros.

ABSTRACT

The aim of the present study was to perform a comparative analysis of knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis (TB) as well as living conditions and health status among transvestites and transsexual women in the city of São Paulo, Brazil. **Methods**: An observational, descriptive, cross-sectional study was performed in 2014 involving the administration of the Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) questionnaire for a comparative analysis individuals treated for TB and those without treatment. Comparisons of the percentage distributions were performed using either Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, with a 5% significance level ($p<0.05$). **Results:** Regarding living conditions and health, statistical significance was found for prostitution ($p<0.001$) and having been imprisoned ($p<0.001$). A total of 80% of the transvestites and 100% of the transsexual women reported treatment for syphilis and 25.9% of the transvestites reported treatment for TB. The results of the KAP questionnaire demonstrated erroneous concepts regarding the signs, symptoms, prevention and transmission of TB in both groups. Among individuals having been treated for the disease, health professionals were the most frequent source of information (80%), but 100% reported symptoms not associated with TB, 47.6% reported erroneous forms of transmission, 52.4% did not feel well informed and 81% wanted further information about the disease. **Conclusion:** The present findings demonstrate that transgender individuals are at high risk of TB and have a modest level of knowledge of the disease, which influences attitudes and practices, thereby perpetuating the stigma of TB. Health education actions addressing this issue are evidently flawed and goals regarding the control of TB have not been achieved. The findings suggest that transgender individuals should be included in official health data and should receive greater information from health professionals involved in TB programs.

Key words: Tuberculosis, knowledge, attitudes, practices, transgender

Lista de Figuras

Figura 1

Locais onde foram realizadas as entrevistas 61

Figura 2

Conhecimento informado sobre os sintomas da tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans). São Paulo, 2014. 75

Figura 3

Fontes de informação desejadas entre as travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas, que gostariam de receber mais informações sobre a tuberculose. São Paulo, 2014. 83

Figura 4

Fontes de informação desejadas entre as travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas, com antecedentes de tratamento de tuberculose, que gostariam de receber mais informações sobre a doença. São Paulo, 2014. 96

Lista de Tabelas

Tabela 1:
Características informadas das travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas, segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2014. pág.64

Tabela 2:
Características informadas das travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas, segundo situação de rua e passagem por albergues sociais. São Paulo, 2014 pág. 65

Tabela 3:
Dados informados sobre o processo de transição das travestis e mulheres transexuais (trans). São Paulo, 2014 pág. 66

Tabela 4:
Dados informados sobre o uso do preservativo entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014 pág.67

Tabela 5:
Dados informados sobre o uso de drogas lícitas ou ilícitas entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014 pág68

Tabela 6:
Dados informados sobre antecedentes de tratamento de doenças sexualmente transmissíveis entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo,2014 pág. 69

Tabela 7:
Distribuição sobre o tipo de doença sexualmente transmissível tratada entre travestis e mulheres transexuais (trans). São Paulo, 2014 pág. 70

Tabela 8:
Dados informados sobre antecedentes de tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014 pág. 72

Tabela 9:
Conhecimento informado sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas pág. 74

Tabela 10:
Conhecimento informado sobre as formas de transmissão e prevenção da tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo,2014 pág. 76
Tabela 11:
Atitudes e comportamentos informados sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014 pág. 79
Tabela 12:
Atitudes e estigma informados sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014 pág. 82
Tabela 13:
Informações sobre antecedentes de tratamento de tuberculose entre travestis e mulheres transexuais entrevistadas. São Paulo, 2014. pág 83
Tabela 14:
Características informadas das travestis e mulheres transexuais entrevistadas com antecedentes de tratamento da tuberculose, segundo variáveis sociodemográficas e passagem pelas prisões. São Paulo, 2014. pág. 85
Tabela 15:
Conhecimento informado sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais com antecedentes de tratamento da doença. São Paulo, 2014. pág. 88
Tabela 16:
Conhecimento informado sobre as formas de transmissão e prevenção da tuberculose entre travestis e mulheres transexuais entrevistadas com antecedentes de tratamento da tuberculose. São Paulo, 2014 pág. 90
Tabela 17:
Atitudes e comportamentos informados sobre a tuberculose entre travestis e mulheres transexuais com antecedentes de tratamento da doença. São Paulo,2014 pág.93
Tabela 18:
Atitudes e estigma informados sobre a tuberculose entre travestis e mulheres transexuais entrevistadas com antecedentes de tratamento da doença. São Paulo, 2014. pág.95

Lista de Abreviaturas

ACMS: Atividades de Controle e Mobilização Social

AES: Ações de Educação em Saúde

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANTRA: Associação Nacional de Travestis e Transexuais

CRDD-SP: Centro de Referência e Defesa da Diversidade de São Paulo

CRT/DST/AIDS-SP: Centro de Referência e Treinamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Estado de São Paulo.

DOT: Directly Observed Treatment

DOTS: Directly Observed Treatment Supervised

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH: Homens que fazem sexo com Homens

KAP: Knowledge, Attitudes and Practices

LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

ONG: Organização Não Governamental

REDTRANSBRASIL: Rede Nacional de Pessoas Trans

TB: Tuberculose

TLCE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNAIDS: United Nations Program on HIV/AIDS

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 1

1.1 TUBERCULOSE 1

1.2 COINFECÇÃO TUBERCULOSE/HIV/AIDS 8

1 TRANSGÊNEROS 12

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS **12**

1.2 DIVERSIDADE SEXUAL 16

1.3 TRAVESTIS 21

1.4 O TRAVESTISMO, SEGUNDO A PSIQUIATRIA 25

1.5 TRANSEXUAIS/TRANSEXUALIDADE 31

1.6 VIOLÊNCIA E EXCLUSÃO SOCIAL 34

1.7 DIREITOS HUMANOS 38

3 KAP - *KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES* 45

4 OBJETIVOS 49

4.1 OBJETIVO GERAL 49

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 49

5 MATERIAL E MÉTODOS 51

5.1 TIPO DE ESTUDO 51

5.2 LOCAIS DE ESTUDO 51

5.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO 53

5.4 AMOSTRA ESTATÍSTICA 54

5.5 AUTORIZAÇÕES 54

5.6 COLETA DE DADOS 55

5.7 INSTRUMENTO DE PESQUISA 56

5.8 DIÁRIO DE CAMPO 59

5.9 ANÁLISE DOS DADOS 59

6 RESULTADOS 61

6.1 CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E ATITUDES SOBRE A TUBERCULOSE ENTRE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS NA CIDADE DE SÃO PAULO 62

6.1.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS 62

6.1.2 SITUAÇÃO DE RUA E PASSAGEM POR ALBERGUE 64
6.1.3 PROCESSO DE TRANSIÇÃO DE GÊNERO 65
6.1.4 USO DO PRESERVATIVO 66
6.1.5 USO DE ÁLCOOL E DROGAS 68
6.1.6 ANTECEDENTES DE TRATAMENTO DE DST 69
6.1.7 TIPO DE DST TRATADA 69
6.1.8 ANTECEDENTES DE SAUDE REFERENTE À TB 70
6.1.9 CONHECIMENTOS SOBRE A TB 72
6.1.10 CONHECIMENTOS SOBRE A TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE 75
6.1.11 ATITUDES E COMPORTAMENTOS SOBRE A TB 77
6.1.12 ATITUDES E ESTIMA SOBRE A TB 80
6.2 CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE A TB ENTRE AS PARTICIPANTES COM ANTECEDENTES DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE. 83
6.2.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS 84
6.2.2 CONHECIMENTOS SOBRE A TUBERCULOSE 85
6.2.3 CONHECIMENTOS SOBRE A TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DA TB 88
6.2.4 ATITUDES E COMPORTAMENTOS SOBRE A TUBERCULOSE 90
6.2.5 ATITUDES E ESTIGMA SOBRE A TUBERCULOSE 93
7 DISCUSSÃO 97
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS 139
9 REFERÊNCIAS 143
ANEXOS
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 179
Anexo 2 – Questionário 181
Anexo 3 – Manual do questionário 189
Anexo 4 – Carta de encaminhamento 201

1 INTRODUÇÃO

1.1 TUBERCULOSE

> *"Nenhuma outra patologia incitou tanto os estudiosos – médicos, juristas, administradores públicos, religiosos, escritores de ficção e pesquisadores em geral – quanto a tuberculose. Enfermidade mortal que só no século XX foi responsabilizada por cerca de um bilhão de mortes, a tísica favoreceu, na linha histórica, a elaboração de um campo conceitual que, estendido aos seus tributários, promoveu sucessivos conflitos de perspectivas e interesses, resultando no mosaico de interpretações sobre a doença e o doente."*
>
> (Claudio Bertoli Filho)*

A tuberculose (TB), doença infecciosa tão antiga quanto a humanidade, apresenta registros históricos e diferentes denominações desde as mais remotas civilizações.

No Egito há indícios da doença entre os corpos mumificados com data aproximada de 6.000 anos. Na Índia há registros de cautela médica redobrada no tratamento das vítimas da peste branca e na antiga Grécia, Hipócrates descreveu sobre as causas de ocorrência da tísica (BERTOLLI, 2001).

A história da TB no Brasil inicia-se logo após o seu descobrimento, em 1500. Denominada como a "tísica", mal responsável pela morte de grandes populações na Europa e cercada pelo enigma da compreensão clínica e epidemiológica, a doença chega à Terra de Santa Cruz trazida pelos jesuítas e colonos no século XVI na primeira fase da colonização do Brasil (BERTOLLI, 2001).

---

* Historia Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900 – 1950, 2001.

Há relatos em várias cartas enviadas pelos jesuítas ao responsável pela Companhia de Jesus, Ignácio de Loyola, com referências à doença neste período. Uma delas escrita pelo Padre José de Anchieta em 1553 descreve o adoecimento dos indígenas por um mal que causava tosse, escarro, febre e hemoptise (BERTOLLI, 2001; ROSEMBERG, 1999).

Outra carta escrita pelo também jesuíta, Manoel da Nóbrega, solicita novos apóstolos para a atuação no processo de catequização no Brasil devido ao seu adoecimento pela tísica (BERTOLLI, 2001; ROSEMBERG, 1999):

> *"...a mim devem me já de ter por morto, porque ao presente fico deitando muito sangue polla boca. O médico de quá hora diz que He vea quebrada, ora que He do peito, hora que pode ser da cabeça: seja donde for, eu o que mais sinto He ver a febre ir-se gastando pouco a pouco".*
>
> (Leite,1957)[†]

Ao longo da história natural da doença o desconhecimento de suas formas de transmissão, tratamento e cura transformaram a TB num enigma para a medicina. Mas foi no cenário europeu nos séculos XV e XVI que a TB ganhou dimensões preocupantes pelo número de óbitos que causava ao mesmo tempo em que a morte lenta perpetuava reações sociais de exclusão dos adoecidos (BERTOLLI, 2001).

Gradualmente, através dos séculos, o conhecimento médico sobre a TB foi reelaborado, mas ainda desconhecido o seu manejo clínico epidemiológico, promovendo uma comprometedora confusão nos diagnósticos e prognósticos que alimentava o pavor coletivo pela doença (NASCIMENTO, 2005; BERTOLLI, 2001).

Nas últimas décadas do século XVIII e início do século XIX as características da doença e todo o enigma que a envolvia contribuíram para

---

[†] Leite, S. Cartas dos primeiros jesuítas no Brasil. São Paulo: Comissão do IV Centenário, 1957.

que o meio artístico e literário atribuísse à TB uma visão romântica. Raras eram as novelas, poesias e pinturas que não incorporavam personagens aflitos e doentios, depauperados e sombrios, vitimados pela então chamada doença da paixão (NASCIMENTO, 2005; BERTOLLI, 2001).

Neste período a morte por tuberculose era estigmatizada devido à associação com hereditariedade, miséria e pobreza. O doente de TB era rejeitado para o matrimônio e exercício de determinadas atividades porque comprometia a saúde dos outros membros da família. A TB condenava o doente à morte física e também à morte moral (NASCIMENTO, 2005; BERTOLLI, 2001; DUBOS e DUBOS, 1992).

Este panorama obscuro foi desvelado por dois fatos importantes ocorridos na transição do século XIX para o século XX, período impactante para a saúde pública no controle da doença.

Primeiramente, quando Robert Koch descobriu o agente epidemiológico da TB, o *Mycobacterium tuberculosis,* também denominado bacilo de Koch e mais tarde, em 1943, Waksman descobriu a estreptomicina, medicação utilizada para o tratamento e cura da TB ainda nos dias de hoje (NOGUEIRA e ABRAHÃO, 2009; BERTOLLI, 2001).

Este achado científico trouxe para o consciente individual e coletivo o conhecimento clínico e epidemiológico da TB, entretanto, a doença ainda permaneceu fortemente associada aos comportamentos amorais em relação às normas sociais burguesas impostas na época, que cultuavam o corpo e a moralidade como garantia da hereditariedade (TRINDADE, 2007; BERTOLLI, 2001; PÔRTO, 2007).

Na primeira metade do século XX, sobre o horror social e coletivo, o tisiólogo José Rosemberg escreveu:

> *"Ser tuberculoso era uma pecha. Quando aparecia um caso de tuberculose na família era escondido, então, 'Fulano tem uma mancha no pulmão', uma coisa qualquer... Ninguém falava em tuberculose, não se*

> *mencionava. Quando um indivíduo era noivo e descobria que a noiva ficara tuberculosa, ele desmanchava o casamento*".
>
> (Citado por Pôrto e Nascimento, 2007)*

Este período foi marcado pelo processo de industrialização e urbanização que atraiu populações vindas de várias regiões do país para os grandes centros urbanos, num processo de migração desorganizada onde trabalhadores e operários se instalaram nas grandes cidades formando bolsões de pobreza. Viviam aglomerados, em péssimas condições de moradia, higiene e saúde, apresentando altos índices de mortalidade (HIJJAR et al., 2007; BERTOLLI, 2001).

Estas situações são consideradas favoráveis à transmissão da TB. Moléstia infecciosa, causada pelo bacilo de Koch, de transmissão aérea e evolução clínica crônica, atinge principalmente os pulmões onde encontra ambiente propício para a sua proliferação, podendo abranger também outras partes do aparelho respiratório e do corpo humano (BERTOLLI, 2007).

Diariamente um doente de TB pode expelir cerca de 3,5 milhões de bacilos da tuberculose através de gotículas durante a fala, tosse ou espirro. Estas gotículas podem ficar suspensas no ar em locais de pouca ventilação e iluminação e eventualmente aspiradas por outros indivíduos, formando uma rede de transmissão da doença (BERTOLLI, 2001).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a TB é a doença infecciosa que mais mata no mundo, atingindo 9,4 milhões de adultos, sendo 5,9 milhões de homens e 3,5 milhões de mulheres e 1,0 milhão entre as crianças, superando as mortes causadas pelo HIV e a malária juntos. Em 2015 foram estimados 10,4 milhões de casos, sendo que 87% dos casos de TB ocorreram 30 países e 11% dos casos estimados são associados ao HIV. No mesmo período foram estimadas 1,4 milhão de morte, sendo• 400 mil

---

* Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito, 2007.

óbitos associados a coinfecção TB/HIV e em 2014 480 mil casos de tuberculose multirresistente (MDR) às drogas disponíveis (BRASIL, 2016).

No Brasil, em 2015 foram diagnosticados 68 mil casos novos de TB. e cerca de 4,5 mil mortes causadas pela doença. • De acordo com a nova classificação da OMS 2016-2020, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países com alta carga de TB e a 19ª posição na lista dos 30 países com alta carga de TB/HIV, a doença representa a terceira causa de mortes por doenças infecciosas e a primeira causa de mortes dentre as doenças infecciosas definidas dos pacientes com Aids (BRASIL, 2016).

Num estudo sobre a TB no Brasil na última década, tendo como referência o período entre 2001 e 2011, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), somente em 2011 foram diagnosticados e notificados 5,8 milhões de casos de tuberculose no mundo. Desse total, 82% dos casos encontram-se concentrados em 22 países e o Brasil ocupa a 17º posição, em número absoluto de casos (OPAS, 2015).

A taxa de incidência de TB no Brasil, em 2001, foi de 42,8 casos para cada grupo de 100 mil habitantes. Em 2011 esta taxa caiu para 38,4, significando uma queda de 10,3% na última década (OPAS, 2015).

Aproximadamente 66,0% dos casos de TB notificados pertencem ao sexo masculino. A faixa etária mais acometida está entre 25 a 34 anos de idade, em ambos os sexos. A taxa de mortalidade no Brasil, em 2001, foi de 3,1 óbitos para cada grupo de 100 mil habitantes e foi reduzida para 2,4 em 2010, apresentando a queda de 22,6% nos últimos dez anos (OPAS, 2015).

Em 2011, o Brasil detectou 91% dos casos de TB estimados pela OMS para o ano de 2011. Entretanto, a taxa de cura, maior que 85% dos casos, recomendada pela OMS, representa um desafio para o país. Desde 2005, ela se mantém constante, menos de 73,5% em 2009 e 71,6% em 2010 (OPAS, 2015).

No período entre 2005 a 2014, foram diagnosticados 67.966 novos casos de TB no Brasil. Observou-se que a redução do coeficiente de incidência, passou de 41,5/100 mil hab. para 33,5/100 mil hab. em 2014, representando redução média anual de 2,3% neste período (BRASIL, 2015).

A TB reflete o estágio de desenvolvimento social de um pais e, por isso, em 1999 a doença foi definida pelo Ministério da Saúde como prioridade nas políticas públicas de saúde, sobrepondo a este fundamento os desafios de consolidação de um sistema de saúde universal como o SUS e o envolvimento da sociedade no combate à TB (OPAS, 2015; BRASIL, 2015; BERTOLLI, 2001).

A participação da sociedade civil nas ações de controle da doença no país, nos dias de hoje, ainda é discreta e enfrenta grandes desafios territoriais causados pela diversidade cultural, descontinuidade das ações de educação permanente em saúde e pela deficiência na regularidade de repasses dos recursos financeiros (SANTOS e GOMES, 2007).

As ações da sociedade civil existentes têm uma capacidade de articulação que colocam em evidência as questões que envolvem a doença. Focadas na sustentabilidade social e mudança comportamental, com importante mobilização, focadas em ações de *Advocacy,* Controle e Mobilização Social, conhecidas pelas siglas ACMS (SANTOS e GOMES, 2007; WHO, 2006).

Segundo a UNICEF (2009) o termo *Advocacy*, ainda não traduzido para o português, significa a busca de apoio para os direitos de uma pessoa ou para uma causa. Tecnicamente esse apoio pode envolver duas ideias básicas, se for limitada apenas à questão dos direitos

No tocante ao apoio a uma causa, este se constitui nas várias formas de proteção à qualidade de vida das pessoas em condição de vulnerabilidade pessoal ou social e a consequente garantia de respeito a

seus direitos. Promoção, defesa e proteção, eis as palavras-chave que circunscrevem o campo de atuação do *Advocacy* (UNICEF, 2009).

Mais recentemente outras palavras foram adicionadas a este conceito: ativismo, militância, ação afirmativa e *empowerment* que, assim como *Advocacy*, ainda não foi traduzido para a língua portuguesa, mas tem o sentido de delegação de autoridade, dar poder ao outro. Toda essa terminologia permite entender que o conceito de *Advocacy* traz em si a ideia de luta por mais e melhores direitos, bem como por uma qualidade de vida melhor e mais digna (UNICEF, 2009, CARVALHO, 2004).

Segundo Buratto, 2004, controle e mobilização social não é o envolvimento de um ou mais indivíduos, mas sim da sociedade geral em prol de um ou mais objetivos direcionados a uma determinada causa. É a participação conjunta da comunidade, empresas, governos e organizações sociais para a erradicação de um ou mais problemas sociais.

Sichalwe et al. (2010) concluíram que a mobilização social pode colaborar para o controle da tuberculose nas comunidades. Vários órgãos mundiais atuam em projetos focados nas Atividades de Controle e Mobilização Social (ACMS) na área da saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Stop-TB *Partnership* são exemplos desta atuação. Desenvolveram um guia para pesquisas sobre conhecimento, atitudes e práticas sobre TB, o roteiro KAP-TB, do inglês *Knowledge, Attitudes and Practices* adaptado para a tuberculose (WHO, 2006).

Este instrumento recolhe informações sobre o que determinada população conhece e prática em relação à TB, subsidiando o planejamento de ações estratégicas (WHO, 2016), partindo do pressuposto de que a cura dessas pessoas, por meio de programa efetivo de diagnóstico precoce e tratamento, é a melhor forma de prevenção e controle da doença, interrompendo a cadeia de transmissão (OPAS, 2015).

1.2 COINFECÇÃO TUBERCULOSE E HIV/AIDS

A tuberculose é a primeira causa de morte entre as doenças infecciosas definidas dos pacientes com aids. O conhecimento médico científico no inicio da década de 1980, amparado pelas novas tecnologias amplamente desenvolvidas, acreditava que, com o advento dos quimioterápicos, as doenças infectocontagiosas, entre elas a tuberculose, estivessem controladas. Nas décadas seguintes, observou-se aumento da incidência da TB, agravado pela persistência da miséria e pobreza nos países de média e baixa renda, resistência bacteriana e a coinfecção com o HIV/aids (OPAS, 2015; BENATAR e UPSHUR, 2010; NASCIMENTO,2005).

A magnitude e a gravidade clínica da endemia tuberculosa estão aumentando no mundo todo e observa-se que em países desenvolvidos, que outrora planejaram eliminar a TB na virada do século (C.D.C, 1999) ,comprovaram a reversão da tendência de queda da endemia, resultando no aumento do número de notificações da doença (BLOMM, 1992; REICHMAN,1991).

A diminuição dos investimentos para programas antituberculose, a má administração da infraestrutura assistencial e o parco investimento científico contribuíram significativamente para a atual situação (BAYER, 1991). Entretanto, existe unanimidade no que se refere à influência da pandemia HIV/AIDS no panorama atual da tuberculose (ELLNER et al, 1991; PORTER & MACADAM, 1994; SNIDER et al, 1994).

Até o início da década de 1990, distinguiam-se duas apresentações clínicas da coinfecção TB/HIV: a TB no paciente soropositivo para HIV sem AIDS e a TB associada a AIDS.(BARNES et al, 1991). A partir deste período, a OMS classificou a TB como uma condição definidora de Aids nos infectados pelo HIV(CANTWELL et al, 1994).

A contagem dos linfócitos CD4, que define o estágio de imunossupressão, é utilizado para comparar a apresentação clínico-radiológica (GREENBERG et al, 1994). Desta forma, o ponto de corte da contagem de CD4 foi definido como 200 células/mm3.

Diversos estudos têm demonstrado as seguintes apresentações observadas nas radiografias de tórax: apresentações compatíveis com TB primária evolutiva; apresentações compatíveis com TB pós-primária; TB miliar; alterações mínimas em até 5% dos casos; e radiografia de tórax normal em até 14% dos casos. Predominam a forma primária evolutiva e radiografia de tórax normal nos pacientes com CD4 < 200 células/mm3 . A forma pós-primária acontece mais freqüentemente nos pacientes com CD4 > 200 células/mm3 (GREENBERG et al, 1994).

Segundo Jones et al.(1993) quanto mais profunda for à imunossupressão, menos usual é a apresentação na radiografia de tórax e maior é o envolvimento extrapulmonar com micobacteremia. Hemocultura positiva para Mycobacterium tuberculosis ocorre em até 49% dos casos quando a contagem de CD4 é menor que 100 células/mm^3.

A associação desta coinfecção é sinérgica, interativa e recíproca, com significante impacto. Nesta situação, há um aumento da viremia plasmática com aprofundamento da imunossupressão e, por outro lado, ocorre um aumento do risco de desenvolver TB, variando de 37% a 162%, dependendo do estágio da imunossupressão,(BARNES et al, 1991).

Desta forma, com a acelerada progressão da doença, especialmente no contexto de uma exposição a bacilo MDR, para o diagnóstico da TB, nesse contexto, são utilizados os mesmos meios diagnósticos que são usados normalmente: radiografia de tórax, baciloscopia e cultura do escarro (GANDHI, 2006).

O tratamento para TB na coinfecção TB/HIV tem peculiaridades que merecem atenção, especificamente no uso concomitante de rifampicina e

terapia antirretroviral, quando, com frequência, estas drogas não podem ser usadas conjuntamente. A terapia antirretroviral aumenta a resposta ao teste *purified protein derivative* e reduz a incidência e a mortalidade devido à TB. O níveis de CD4 pré-tratamento e seis meses após o início do uso da terapia antirretroviral são fatores determinantes.(LAWN et al, 2005)

A interação entre o *Mycobacterium tuberculosis* e o HIV provoca alterações no quadro clínico, causado pela imunodeficiência, aumentando em até 37 vezes a probabilidade de desenvolvimento da TB entre as pessoas afetadas pelo HIV, quando comparadas às pessoas que são HIV - soronegativas. Este cenário dificulta e retarda o diagnóstico, aumentando o risco de óbito e transmissão da TB (MARUZA et al. 2008; CASTELO FILHO et al.2004; HABEENZU et al., 2007; CAMPOS, 1999).

A tuberculose ativa está relacionada com as pessoas que vivem com o HIV/aids. O HIV é transmitido pelas atitudes das pessoas, que refletem no comportamento social, e não pela proximidade ao portador do agente; no entanto, o *M. tuberculosis* é transmitido pela proximidade aos indivíduos bacilíferos.

Segundo as estimativas da OMS, existem cerca de 33 milhões de pessoas infectadas por HIV no mundo, das quais 25% estariam coinfectadas por TB. Segunda causa de óbito entre soropositivos, a doença pode ocorrer em qualquer estágio da infecção pelo HIV.(BRASIL, DEPTO DST MIN SAUDE)

As pessoas com coinfecção TB-HIV requerem atenção especial em todos os níveis de saúde, garantido-se o acesso ao diagnóstico e tratamento oportunos aos casos coinfectados, bem como a oferta de teste rápido para HIV a todos os pacientes com TB

Este panorama mundial favoreceu o recrudescimento da TB e suas formas multirresistentes (TB-MDR), exigindo grandes esforços, mundialmente coletivos para o seu controle, inclusive entre a população

penitenciária, onde as taxas de incidência de TB e HIV/aids são elevadas (NGAMTRAIRAI et al.,2010; NOESKE et al.,2010; NOGUEIRA e ABRAHÃO, 2009).

Neste sentido, populações mais vulneráveis frente ao HIV/aids, em especial homossexuais e HSH, passaram a ser alvo de estudos, revelando a alta vulnerabilidade de transgêneros e transexuais, considerando-se suas condições de vida e saúde, favoráveis também à transmissão e coinfecção com a TB (SÃO PAULO, 2012; BARAL et al, 2003; BAQI et al.,1999; BASEMAN et al., 1999).

2 TRANSGÊNEROS

2.1 ANTECEDENTES MÍTICOS E HISTÓRICOS

> *"Empregando todo cuidado possível em seus adornos externos, eles não tinham vergonha de sempre inventar dispositivos para mudar artificialmente sua natureza de homem para mulher... Alguns deles, desejando a completa transformação, amputavam seus membros sexuais".*
>
> *(Philo, filósofo judeu da Alexandria)*[*]

Historicamente, há registros que ilustram a compreensão e o entendimento, por vezes sinuosos, sobre a transexualidade, despertando o interesse de diversas ciências sobre o tema na atualidade. Os primeiros apontamentos sobre a mudança de sexo situam-se na mitologia grega na representação da deusa Vênus Castina que acolheria os desejos das almas femininas aprisionadas em corpos masculinos (VIEIRA e PAIVA, 2009; GREEN, 1998).

Na Grécia antiga a transexualidade era concebida, genericamente, como ambivalência sexual, havendo outros mitos relacionados à punição dos deuses. Como exemplo, o caso de Tirésias que, ao avistar no Monte Cyllene o acasalamento de duas cobras ele matou a fêmea, foi punido com a sua transformação em mulher e, posteriormente, transformado em homem novamente como castigo, após declarar que o prazer sexual feminino seria dez vezes maior que o masculino (GREEN, 1998; VIEIRA e PAIVA, 2009).

Outra referência ao tema remete aos *Cítios*, homens que foram transformados em mulheres pela deusa Vênus por terem pilhado o seu templo em Ascelon (VIEIRA e PAIVA, 2009; GREEN, 1998).

---

[*] GREEN, 1998.

Segundo Aristófanes, a mitologia grega considerava haver três seres: *Andros, Gynos e Androgynos*. O primeiro representava uma entidade masculina, composta de oito membros e duas cabeças, ambas masculinas, *Gynos* simbolizava a entidade feminina, com características idênticas, porém, com duas cabeças femininas e *Androgynos*, entidade composta por metade masculina e a outra metade feminina (ELIADE, 1993).

Por desagradarem aos deuses do Olimpo foram seccionados, para que se tornassem menos poderosos. Desta forma, da divisão de *Andros*, originaram-se dois homens, que apesar de terem seus corpos separados, ainda eram atraídos um pelo outro através da alma, dando origem aos homens homossexuais. O mesmo ocorreu com *Gynos* de onde originaram as lésbicas e *Androgynos* os heterossexuais (ELIADE, 1993).

O termo Hermafrodito advém dos nomes dos deuses Hermes e Afrodite, cujo filho, nascido com uma beleza estonteante, seria fruto de um adultério. Hermaphroditus teria despertado a paixão de uma ninfa que, como punição dos deuses, teria colado seu corpo ao dele, tornando-se um só corpo (FAUSTO-STERLING, 2000).

Na cultura Hindu há referências no *Mahabharata* sobre uma tribo, cujo rei foi transformado em mulher ao banhar-se num rio mágico. Nas culturas persa, egípcia e hindu, a transexualidade está associada à expressão divina e ao modelo de perfeição humana, conceitos difundidos largamente pelo oriente, expresso nas letras e nas artes (BERBARA e FONSECA, 2012; GREEN, 1998).

No livro *Malleus maleficarum,* publicado em 1489, guia que serviu de referência para a inquisição católica, há um relato sobre a transformação de uma menina em menino por obra do demônio ocorrido em Roma (MASTERS, 1962).

Segundo Green (1998), Philo, o filósofo judeu da Alexandria escreveu sobre homens que desejavam a completa transformação em mulher,

amputando seus genitais. Ainda no período clássico, Manillus, poeta romano, referiu em seus versos sobre as pessoas que transformavam sua aparência, odiando suas características masculinas.

Entre os imperadores romanos há relatos de Nero, que atormentado pelo remorso de ter causado a morte de sua esposa grávida teria ordenado ao seu cirurgião que transformasse seu escravo, Sporum, em mulher, casando-se com ele formalmente (VIEIRA e PAIVA, 2009).

Houve outro imperador, Heliogabalus, que teria se casado com um escravo, adotando papel de esposa e o título de Rainha de Hierocles (VIEIRA e PAIVA, 2009). Ainda no império romano, há uma lenda de que o Papa João VIII, sucessor do Papa Leão IV, no século IX era na verdade uma mulher (SAADEH, 2004).

Na história francesa no período da renascença, entre os séculos XVI e XVIII houve inúmeras personagens públicas transexuais. O Rei Henrique III da França exigia o tratamento no gênero feminino, sendo chamada de “sua majestade” por se considerar uma mulher. Há relatos de que “sua majestade”, em 1577 apresentou-se aos deputados, portando um grande colar de pérolas e um vestido decotado, causando grande polêmica (GREEN, 1998).

Existiu também o cavalheiro d’Éon cujo nome deu origem ao termo “eonismo”, significado mais amplo do termo “transexualismo”. Rival de Mme. de Pompadour, d’Éon apareceu em público apresentando-se como a mais nova amante do Rei Luís XV e em outra ocasião, numa missão secreta na Rússia, disfarçou-se de sobrinha de um agente do reino, vivendo parte de sua vida como mulher (GREEN, 1998).

Entre os abades, na França, há vários relatos de transexualidade. François Timoléon, conhecido como abade de Choisy, possuía forte desejo de mudança de gênero desde a infância até a juventude, chegando a atuar no teatro como uma garota, enganando a todos (GREEN, 1998).

Outro abade, l'Abbé d'Entragues, buscava a beleza facial feminina, na época valorizada pelo semblante pálido, submetendo-se a frequentes sangramentos. Becarelli, outro abade e falso messias, afirmava ter ligações com o Espírito Santo e possuir uma droga capaz de causar a mudança de sexo (GREEN, 1998).

Neste mesmo período, em Versalhes, há referências sobre uma pessoa que viveu por toda sua vida como mulher, mas que ao falecer no ano de 1858, foi descoberto tratar-se de um homem. Mlle. Jenny Savalette era o seu nome e viveu como mulher o tempo todo sob a declaração de uma falsa certidão, mantendo ao longo de sua vida seis relacionamentos estáveis com homens (GREEN, 1998).

Em meados do século XX o interesse da medicina nas pessoas intersexuais e transexuais ganharam notoriedade, a partir da cirurgia de mudança de sexo realizada na transexual Christine Jorgensen, em 1952, pelo médico Harry Benjamin (VIEIRA e PAIVA, 2009; PRECIADO, 2002).

Mais adiante, em meados do século, Money (1955) desenvolveu o conceito de gênero, apoiado na psicologia, sociologia e cultura, criando-se a primeira distinção entre sexo e gênero.

Nas décadas seguintes, Stoller (1963) e Money (1973) realizaram estudos voltados à intersexualidade e transexualidade criando-se mecanismos terapêuticos, endocrinológicos e cirúrgicos para adaptação dos corpos dentro das normas de gênero predominantes, relacionando o sexo à biologia, embasados no conhecimento dos sistemas hormonal e nervoso, na genética e na morfologia (VIEIRA e PAIVA, 2009; PRECIADO, 2002; HARAWAY, 1995).

Nos anos 70 os avanços dos estudos sobre sexualidade e gênero conduziram à exclusão da homossexualidade como uma doença mental do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em 1973 (SILVA, 2012; VIEIRA e PAIVA, 2009).

A psiquiatria, ainda na atualidade, mantém a inclusão do transexualismo no DSM desde 2001 como uma doença mental na categoria de disforia de gênero, e tal posicionamento, embasado no conceito de não correspondência entre o corpo, mais precisamente no sexo genital e na mente, resulta no processo de patologização das pessoas intersexuais e transgêneros, criando-se um paradigma dicotômico de gênero (PRECIADO, 2010, 2002; GARCÍA, 2010; STRYKER, 2008).

A partir deste cenário, em oposição à necessidade deste controle dos corpos imposto pela medicina e psiquiatria, limitado ao binarismo de gênero, emergiu-se o termo “transgênero”, do inglês *transgender*, como um grande agrupamento para acomodar todas as pessoas que vivem ou transgridem gêneros, independentemente de seus órgãos genitais (JESUS, 2012; PERES, 2009).

2.2 DIVERSIDADE SEXUAL

“O natural é uma pose difícil de ser mantida”.
(Oscar Wilde,1891)[*]

Para discorrer sobre a diversidade sexual na abordagem deste estudo entre travestis e mulheres transexuais foi necessário recorrer à compreensão de que sexo e sexualidade são termos comumente utilizados em diferentes contextos e que com facilidade sugerem a sua cristalização e estancamento conceitual apoiado no binarismo de gênero, homem e mulher (MACIEL-GUERRA et al., 2010; PICAZIO, 2009).

Picazio (2009) e Maciel-Guerra (2010) alegam que a sexualidade humana, é composta por quatro eixos: sexo biológico, identidade sexual ou

[*] Wilde O. The Soul of Man under Socialism,1891

de gênero, papel sexual e orientação sexual, e que é a partir destes eixos que o individuo constrói a sua experiência sexual.

O sexo biológico nos seres humanos é determinado pela genética através dos cromossomos, estabelecida na fecundação, na diferenciação dos órgãos genitais internos e externos masculinos e femininos e pelo sistema hormonal (SILVA, 2012; MACIEL-GUERRA et al., 2010; PICAZIO, 2009; VIEIRA E PAIVA, 2009).

Desta forma as características genotípicas e fenotípicas definem o sexo em homem ou mulher. Raramente, em alguns casos, pode ocorrer o surgimento de ambas as características, no mesmo individuo, caracterizando-se o hermafroditismo (SILVA, 2012; MACIEL-GUERRA et al., 2010; PICAZIO, 2009; VIEIRA e PAIVA, 2009).

Apesar de embasar-se no sexo biológico, a identidade sexual ou a identidade de gênero não é presa a ele. A construção da identidade sexual ou de gênero tem origem social e refere-se a quem a pessoa acredita ser, se homem, mulher ou ambos. Desta forma, define-se a identidade sexual como: masculina, feminina ou mista, neste último caso referindo-se às travestis (HAWKES, 1999; HARAWAY, 1995; PICAZIO, 1990).

O papel sexual é representado pelos comportamentos externos masculinos ou femininos que o sujeito representa na sociedade e podem variar conforme a época e a cultura, e estão em transformação social (PICAZIO, 2009).

O papel sexual é exteriorizado e difere da identidade de gênero, que é um sentimento interno, de como a pessoa se percebe ou sente-se, como homem ou mulher. Por exemplo, observa-se na contemporaneidade o exercício das mulheres em cargos políticos e administrativos, outrora designados exclusivamente aos homens (PICAZIO, 2009).

Ao mesmo tempo nota-se o movimento masculino na busca pela sensibilidade e afetividade, características consideradas femininas. Assim

como a identidade de gênero é comportamental, os papeis sexuais também são definidos como masculinos, femininos, ou mistos e estão sempre em transformação social e cultural (PICAZIO, 2009).

A orientação sexual não pode ser considerada uma opção consciente porque é definida pelo desejo e sentimento de atração sexual e afetiva, determinada pela junção de fatores psicológicos, genéticos e sociais independente da escolha consciente ou de um aprendizado (PICAZIO, 2009).

É na orientação sexual onde moram os afetos, as emoções, paixão e amor. Sendo assim, uma pessoa pode sentir atração sexual e afetiva por outras pessoas do mesmo sexo (homossexuais), por pessoas do sexo oposto (heterossexuais) ou ambos os sexos (bissexuais) (PICAZIO, 2009).

No final da década de 1990, surgiram os termos “transgênero” e “cisgênero” (do inglês, *transgender, cisgender).*

O primeiro designa as pessoas que praticam o *cross-dressing*, que traduzido para o português significa transvestismo, isto é, pessoas que se apropriam de vestimentas, símbolos e outros elementos diferentes do seu sexo ao nascer (VENCATO, 2003; JAYME, 2001).

Segundo Vencato (2003) o termo cisgênero refere-se às pessoas que convivem em conformidade do seu corpo e gênero designado ao nascer, independente da sua orientação sexual .

Desta forma, o termo transgênero engloba os grupos de *Drag queens e Drag kings*, *cross-dressers,* transformistas, andróginos, travestis, homens e mulheres transexuais e todas as identidades que transgridem o gênero. Diferentemente, pessoas cisgêneros não transgridem o gênero (VENCATO, 2003, 2010; JAYME, 2001).

As Drag *Queens* são homens em conformidade com seu sexo biológico e identidade de gênero, portanto cisgêneros, que se transvestem

de forma exacerbada, representando um estereótipo caricato do imaginário do feminino e buscam aproximar-se ao máximo da imagem ideal feminina. (VENCATO, 2003; PICAZIO, 1990).

Chidiac e Oltromari (2004) referiram que as *Drag Queens* ressaltam as características caricaturais, permitindo a utilização dos mais diversos e variados materiais e acessórios na construção de suas personagens andróginas. Apropriam-se de características comuns às mulheres, transformando-as em caricaturas daquilo que consideram mais marcantes. Expressam, por diferentes meios, as identificações com esse gênero, quer seja pelas formas do corpo ou da maquiagem utilizada, como também pela linguagem específica.

Presentes no cenário artístico, as *Drag Queens* atuam sob um conceito mais flexível de travestismo, diferenciando-se das travestis por não vivenciarem o gênero feminino em seu cotidiano, isto é, também se vestem como homens, exercendo diversas profissões (SILVA & FIORENTINO, 1996; SILVA, 1993).

Segundo Vencato (2003) o que diferencia a *Drag Queen* das identidades transgêneros é a temporalidade, corporalidade e teatralidade, isto porque elas vivem travestidas por um determinado tempo, limitado a um show ou a uma festa, e as mudanças em seus corpos são produzidas de forma artificial, marcadas pelo exagero, por vezes, caricatural.

Diferem-se também das travestis por não sentirem identidade feminina e masculina ao mesmo tempo e nem buscam pela transformação de seus corpos com o objetivo de despertar interesse sexual de outros homens (PICAZIO, 1990).

Os *Drag Kings* são mulheres que, da mesma forma, se travestem com indumentária masculina. São raros no Brasil, mas muito comuns em alguns países europeus e nos Estados Unidos. Em geral, *Drag Queens e Drag*

Kings apresentam orientação homossexual, entretanto também podem ser heterossexuais ou bissexuais (VENCATO, 2003; PICAZIO, 1990).

Transformistas são homens homossexuais ou bissexuais, artistas, que gostam do travestismo, que trabalham e dedicam-se aos espetáculos e shows, inspirados nas grandes divas do *show business* (DOCTER, 1990).

Em geral dublam ou imitam renomadas cantoras, aproximando-se de suas imagens e performances nos palcos e sentem-se mais confortáveis no papel feminino, buscando a aproximação apenas teatral do modelo ideal de mulher, sem desejarem a transformação de seus corpos (TREVISAN, 2000).

Buscam a perfeição do modelo feminino, em geral inspirado pelas grandes artistas ou cantoras, sem a intenção caricatural ou exagerada proposta pelas *Drag Queens.* Diferenciam-se também das travestis por não desejarem a transformação que imprima em seus corpos as marcas da feminilidade (VENCATO, 2003; SILVA, 1993).

Cross-dressers são pessoas que se sentem e se comportam socialmente de acordo com o seu sexo biológico, mas que eventualmente buscam a elegância usando vestimentas adequadas à sua idade e ao sexo oposto com o objetivo de aproximar-se de outras pessoas com o mesmo comportamento, para conversas sobre variados assuntos sem a intenção de obter encontros afetivos ou sexuais (PICAZIO, 2009; VENCATO, 2003).

Geralmente reúnem-se em clubes ou outro local específico para esta prática. No Brasil a grande maioria são homens heterossexuais, mas também há mulheres com o mesmo comportamento, mais comum em países europeus e Estados Unidos (PICAZIO, 2009; VENCATO, 2003).

A psicologia definiu a androginia como disforia de gênero, responsável por uma condição psíquica em que o indivíduo não se identifica com nenhum gênero, mas como uma pessoa de sexo mentalmente híbrido, refletindo em seu comportamento social, papel sexual ou identidade sexual e

podem ter orientação homossexual, bissexual ou heterossexual (DÍAZ-MORFA, 2007; BEM, 1981).

Diferentes das pessoas tipificadas sexualmente, homens e mulheres, não utilizam conotações sexuais para orientar seu processamento de informações disponíveis no meio em que vivem. Andróginos, são pessoas que transcendem a dicotomia do que é ser masculino ou feminino para suas percepções e decisões (DÍAZ-MORFA, 2007; BEM, 1981).

Para a medicina o hermafroditismo consiste, basicamente, na coexistência concomitante de tecido ovariano e testicular num mesmo indivíduo, geralmente apresentando genitália ambígua (VIEIRA e PAIVA, 2009).

2.3 TRAVESTIS

A existência de pessoas transgêneros permeou as mais variadas sociedades ao longo do tempo. Tanto na cultura oriental quanto ocidental observam-se exemplos de indivíduos que transgridem os gêneros, apresentando-se socialmente mais femininos ou masculinos, às vezes nenhum gênero ou de ambas as formas conjuntamente, como ocorre entre as pessoas travestis (BORBA, 2010).

Entre alguns povos a existência desses sujeitos que conformam em seus corpos a ambiguidade de gênero configura-se num terceiro gênero, como na Índia, onde recentemente as pessoas transgêneros obtiveram este reconhecimento oficial após intensa mobilização social (RANI, 2015; NARRAIN, 2009).

Nos Estados Unidos, por exemplo, em quase todas as tribos ameríndias, os *berdaches* e *nadleehis* representam a existência espiritual masculina e feminina num mesmo corpo e desempenham papéis de

aconselhadores espirituais, médicos, adivinhos e xamãs (MILLER, 1982). No passado desempenhavam papéis dentro do grupo familiar, atuando como esposas dos guerreiros (SHEPPARD, 2013; WILLIAMS, 2011).

Borba e Ostermann (2006) citaram exemplos de pessoas transgêneros em outros países, como as *hijras e os kotis* na Índia, as *xanith* de Omã, as *fa'aleiti* de Tonga, *toms* e *dees* tailandeses e as *mahu* do Taiti.

No ocidente a origem do termo travesti foi registrada pela primeira vez no livro *Die Transvestiten* de Magnus Hirschfeld, em 1910. Naquele período a medicina considerava a sexualidade como um fenômeno biológico e natural e, portanto, qualquer comportamento que não fosse representado dentro das conformidades com os sexos, isto é, homens masculinos e mulheres femininas, eram tidos como um "desvio", surgindo o termo "travestismo" como definição para o impulso na utilização de roupas não pertencentes à estrutura relativa ao sexo biológico (LEITE JUNIOR, 2008; STOLLER, 1998).

Campuzano (2008), em sua recuperação das histórias das travestis no Peru, afirmou que o próprio conceito de travesti, isto é, vestir-se com roupas do outro sexo, teve sua origem muito antes, no século XVI durante a colonização espanhola na América do Sul.

Na América Latina pré-hispânica os gêneros não estavam limitados somente ao masculino e feminino, e entre os povos andinos e *yungas* havia homens que desde crianças imitavam, falavam e se vestiam como mulheres com o objetivo de manter relações sexuais com mestres e nobres em rituais cultuados em feriados e festivais religiosos (LÉON, 1922).

Estes indivíduos também eram os guardiões dos templos e dos ídolos religiosos e suas práticas eram veementemente condenadas pela visão teocêntrica e falocêntrica dos colonizadores espanhóis, onde não havia lugar para papéis de gêneros alternativos (CAMPUZANO, 2008; LÉON, 1922).

Apesar de todo o processo de poder instaurado pela Coroa espanhola, embasada no catolicismo e no binarismo de gênero rigidamente imposto pelos colonizadores, o termo travesti sobreviveu desde a colonização espanhola até a época contemporânea para descrever as pessoas que transitam entre gêneros, sexos e vestimentas (CAMPUZANO, 2008).

Na atualidade, em algumas regiões andinas, as travestis ainda representam conexões entre o espiritual e o material através da exibição de danças alusivas a rituais ancestrais de colheita e desempenham importante papel social nas comunidades (CAMPUZANO, 2008).

Segundo Campuzano (2008) desde o período pós-colonial, nos países da América do Sul, o termo travesti tem sido interpretado por meio das identidades formadas por gays, lésbicas, travestis e transexuais (LGBT) a partir do termo transgênero.

Esta interpretação revela a categorização das travestis sob o olhar da sexualidade, desconsiderando-as como um gênero alternativo, mas reconhecendo-as de forma mais ambígua e que borra os limites impostos pelo binarismo de gênero, estancados em homem e mulher e, portanto, reconhecidamente considerada uma identidade sexual (CAMPUZANO, 2008).

Pelúcio (2007) considerou que a identidade travesti é uma expressão de gênero e que não há uma maneira única de se constituí-la, uma vez que expressam múltiplas imagens do ser homem ou mulher.

Esta complexidade de conceitos, na construção e desconstrução de uma identidade feminina perpassa por outras questões, apontando as pessoas transgêneros como alguém que escapa da norma sexual estabelecida, tornando-o menos humano, cabendo-lhe a marginalidade social (TREVISAN, 2000; GREEN, 1999; BUTLER, 2002).

Ao tornar-se travesti adotando identidade feminina, apesar de se apresentarem como mulher não se autodefinem como tal, mas transformam seus corpos no objeto de desejo masculino, travestindo-se de mulher cotidianamente ou alterando sua anatomia, às vezes, de forma permanente e irreversível (KULICK, 2008; TREVISAN, 2000; SILVA, 1993).

Sacrificam sua saúde e a própria vida em busca do corpo feminino perfeito sem a intenção de realizar a cirurgia de redesignação sexual, vivenciando os dois gêneros (BRASIL, 2008a; TRIGO, 2008).

Travestis e mulheres transexuais são muito evidentes na sociedade, entretanto, travestis masculinos e homens transexuais, isto é, mulheres que se travestem masculinamente, ou buscam o processo transexualizador, são menos observados cotidianamente e atraem menor atenção pela facilidade que uma mulher possui em disfarçar seu rosto e corpo de forma masculina. Além disso, a sociedade, sexista, considera mais aceitável que uma mulher se vista como homem do que ao contrário (KULICK, 2008; VENCATO, 2003).

Em geral, travestis masculinos e homens transexuais comportam-se exageradamente como machões e são vistos de forma equivocada como lésbicas ou até confundidos com homens (PICAZIO, 2009).

Ainda que no universo transgênero não haja consenso sobre em que gênero devem ser tratadas as travestis, neste estudo foi usado o artigo feminino, não somente em respeito às reivindicações dos movimentos sociais, mas também por estar mais de acordo com a forma como elas se tratam entre si com os artigos, pronomes e substantivos sempre presentes no feminino.

2.4 O TRAVESTISMO, SEGUNDO A PSIQUIATRIA.

> "*Quando me olho no espelho vejo uma mulher, mas eu acho que lá no fundo eu ainda sou homem, quer dizer, eu sou travesti né? Mas eu também sou homem, entendeu?".*
>
> (*Bahiana Muniz, travesti)*[*]

Na psiquiatria o travestismo é considerado uma disforia de gênero e Fisk (1973), argumentou que este termo não deve ser considerado um sinônimo para o transexualismo. Há pessoas com disforia de gênero que não são transexuais e não almejam pela mudança de sexo pela forma cirúrgica.

Person e Oversey (1974) definiram este desejo como "travestismo primário", onde os núcleos de identidade e papel de gênero são alterados desde a infância, progredindo na fase adulta, chegando até a cirurgia de transgenitalização. Portanto, pessoas com estas características poderiam estar associadas às pessoas transexuais verdadeiras e não travestis.

Docter (1990) classificou as pessoas que praticam o travestismo segundo sua orientação sexual em: heterossexuais e homossexuais. O primeiro são indivíduos que sentem atração sexual por outras do sexo oposto e se travestem. Segundo o autor, foram subdivididos em cinco subgrupos:

I- Fetichismo: Quando a pessoa, heterossexual, se comporta socialmente de acordo com o seu sexo biológico, sente desejo pelo sexo oposto e exerce papel sexual de acordo com seu perfil genético, mas necessita usar uma peça de vestimenta ou a roupa completa do gênero oposto ao seu para obter excitação e satisfação sexual. Este comportamento, em geral, restringe-se a um ambiente privado e não há relação com a homossexualidade

[*] Comunicação pessoal

nem tampouco são considerados travestis, uma vez que também se excitam e obtêm prazer sexual sem a utilização deste artifício.

II- Travestismo fetichista: A pessoa, heterossexual, apresenta histórico de forte excitação sexual com o travestismo e menos discordância de gênero, sendo esta prática facilitadora da representação de sua identidade de gênero. É egossintônica, isto é, em consonância com a representação de si mesmo e o seu travestismo é periódico, sentindo-se, quando muito, valorizada quando reconhecida publicamente como pertencente ao sexo oposto ao seu.

III- Travestismo marginal: Quando a pessoa apresenta possível homossexualidade ou bissexualidade e sentimentos persistentes de disforia de gênero, buscando terapia hormonal, interessando-se pela transexualidade e experimentando vivência transgênero procurando transexuais como mentores, modelos ou tutores, apresentando travestismo periódico.

IV- Transgênero: Vive o tempo todo travestido, assumindo o papel de gênero oposto ao seu e não se interessa pela cirurgia de transgenitalização. Faz uso de hormonioterapia e cirurgias cosméticas e odontológicas, podendo ser homossexual, heterossexual ou bissexual.

V- Transexualismo secundário: Possui histórico de excitação sexual em se travestir, busca pela cirurgia de transgenitalização após viver um tempo como travesti. Apresenta ausência de disforia de gênero ao longo da vida e vivência o gênero oposto ao de seu nascimento com ou sem a realização da cirurgia de transgenitalização, com personalidade narcísica ou *borderline*.

O segundo grupo, é formado por pessoas homossexuais, dividido pelo autor em quatro subgrupos, ambos envolvendo o travestismo, tanto em homens quanto mulheres:

I- Transexualismo Primário: A pessoa apresenta, desde a infância, longo histórico de travestismo e identidade de gênero trocada, carregando este quadro pela vida toda. Apresenta ausência de fetichismo associada ao travestismo e descontentamento com seu gênero e a sua orientação geralmente é homossexual desde muito cedo.

II- Transexualismo secundário: Menos conhecido, refere-se quando a pessoa apresenta histórico de vida homossexual, sem travestismo e ausência de disforia de gênero e pode ocorrer como resposta ao estresse, apresentando uma personalidade narcísica ou *borderline*, isto é, marcada por baixa autoestima e vivência de situações limites, marcadas pela impulsividade e instabilidade de afetos.

III- *Drag-Queens:* Termo utilizado para designar homens travestidos que se prostituem e estão associados à criminalidade e drogadição.

IV- *Female Impersonators:* Homens homossexuais que gostam do travestismo, vivendo como mulheres por longo tempo, trabalhando em shows. Sentem-se mais confortáveis no papel feminino, apresentando variações de ajustamento de personalidade e comportamentos mal adaptativos (DOCTER, 1990).

As definições para o termo travesti tornam-se um tanto complexas, quando traduzidas e transportadas para a realidade brasileira, por se tratar de um processo de construção de um ser feminino, por vezes glamourizado

e associado à noite e às artes cênicas, como as transformistas *("Female Impersonators"*) e *Drag-Queens* (KULICK, 2008; TREVISAN, 2000).

O termo "travestilidade" vem sendo proposto pela psicanálise e psicologia não somente para marcar a heterogeneidade de possibilidades identitárias das travestis, como também em substituição do sufixo "ismo" que remete à doença e a patologias (PERES, 2005).

No Brasil, até a década de 40 o travestismo em público era visto como uma violação do código penal e o carnaval representava a única oportunidade possível da transgressão aos costumes da época. O termo travesti emergiu nos anos 50, mas popularizou-se na década seguinte, quando empresários do *show business* visavam homossexuais em seus bailes a fantasia, incentivando a presença de travestis e atraindo a atenção da imprensa (GREEN, 2000; TREVISAN, 2000).

Um exemplo dessas personagens é a conhecida travesti brasileira Rogéria, ela apresenta-se publicamente com este nome há muito tempo, mas eventualmente enaltece seu sexo masculino e refere-se a si mesma com o nome de batismo, Astolfo, apesar de cotidianamente exacerbar modos e trajes femininos (PICAZIO, 2009).

A partir da década de 1970 o *show business* sofreu grandes transformações em consequência da popularização da televisão no país, indicando a decadência dos teatros e casas de shows onde ocorriam os espetáculos envolvendo transformistas (GREEN, 2000).

Desta forma, a "identidade" travesti, antes associada à imagem artística entre transformistas, emerge distante dos palcos e do glamour, nas ruas e avenidas das grandes cidades, marcada pela construção e desconstrução dos corpos num feminino que borra o masculino sem apagá-lo de todo, transformando-os em objeto de desejo no universo da prostituição (GARCIA, 2008; PELUCIO, 2007; GREEN, 2000).

Neste processo de transição de gênero, as marcas corporais encarnam o estigma e a abjeção dos corpos, estes marcados pelo embaralhamento dos gêneros, que compromete o status moral das travestis, incorporando aspectos de uma sexualidade vista como exacerbada, desregrada e problemática (BUTLER, 2002; GOFFMAN, 1998).

As travestis buscam materializar em seus corpos um gênero, investindo diariamente nessa transformação. Ingerem hormônios femininos e fazem uso de aplicações de líquido em seus corpos, buscando obter formas arredondadas no intuito de se aproximarem, esteticamente, ao corpo de uma mulher (PELUCIO, 2007; WIESSING, 1999).

Buscam, através de outros recursos estéticos, eliminar as marcas do masculino: deixam o cabelo crescer, eliminam pelos, perfumam-se, pintam as unhas e vestem-se com roupas femininas. Desta forma elas imprimem em seus corpos e na “alma” uma transformação moral, adequando o seu sexo, representado pelo pênis, a um gênero, adequando-o à atração sexual que sentem pelo masculino, transformando seus corpos no objeto de desejo do homem idealizado, macho e que sente atração pelo feminino (PELUCIO, 2007).

Kulick (2008) observou que o sistema de construção de gênero constituído pelas travestis, no Brasil, perpassa pelo construtivismo essencialista. Consideram como pilar na classificação de gênero, a posição adotada no ato sexual e não a noção cultural do sexo e do corpo. O masculino está representado naquele que atua sexualmente como ativo e o feminino no passivo.

Subvertem a própria ideia que compartilham de que o sexo biológico define o gênero, intuindo que os atributos da masculinidade e feminilidade possam descolar-se do sexo biológico, passando a ter nos jogos corporais e atitudes sexuais a marca do verdadeiro pertencimento a cada um dos gêneros (KULICK, 2008).

Garcia (2008) comparou a construção da identidade travesti a uma “colcha de retalhos identitária”, onde elas incorporam as diversas identidades presentes na sociedade como a mulher submissa, a prostituta, o homossexual, o malandro e o bandido.

Com seus parceiros fixos, tecem uma relação de subserviência, muito próxima do modelo heteronormativo, onde a mulher coloca-se em posição de submissão ao homem. Com seus clientes, desempenham o papel da fêmea fatal, sedutora e dominadora na relação comercial estabelecida (KULICK, 2008; GARCIA, 2008; PELUCIO, 2007).

Ao mesmo tempo, incorporam as identidades do homossexual efeminado e escandaloso, também a figura do malandro que ludibria, tirando vantagem de seus clientes na negociação dos programas e do bandido, quando roubam ou furtam seus clientes (GARCIA, 2008).

Toda esta pluralidade encontrada na experiência travesti não implica possibilidade de definição conceitual, apenas alerta para o perigo de se propor categorias teóricas sem a necessária flexibilidade para enfrentar o que ocorre nas experiências vividas e na observação dos fatos (PELUCIO, 2007).

Benedetti (2005) alertou sobre os cuidados que pesquisadores devem ter ao delimitar o conceito de travesti, porém a sua definição para o termo coaduna com a de Pelúcido (2007) que afirmou que travestis são pessoas que se entendem como homens que gostam de se relacionar sexual e afetivamente com outros homens, mas que para tanto, buscam inserir em seus corpos símbolos do que é socialmente tido como próprio do feminino.

2.5 TRANSEXUAIS E TRANSEXUALIDADE

"Desde os meus três anos de idade eu já me considerava uma menina. Não tem outro jeito, eu nasci assim!".

(Brunna Valim, mulher transexual)[*]

A transexualidade é considerada um fenômeno complexo de ser definido e diagnosticado. Diversos estudos foram realizados desde o século XIX e a discussão sobre os critérios para o diagnóstico do transexualismo ainda provoca debates.

Para a psiquiatria, e em partes para a psicanálise, o transexualismo é considerado uma patologia devido a não conformidade da identidade de gênero vivenciada com o sexo biológico e ainda pode ser concebida uma psicose, devido à recusa da pessoa transexual em aceitar conviver com essa diferença (PETRY e MEYER, 2011; MISSÉ y COLL-PLANAS, 2010 PICAZIO, 2009; ARÁN, 2006; DOCTER, 1990).

Em relação às pessoas candidatas à cirurgia de redesignação sexual, a precisão diagnóstica é fundamental para identificar um transtorno de identidade sexual ou de gênero e, em especial para o transexualismo, tornando-se meandrosa porque nem sempre as pessoas candidatas à cirurgia de redesignação sexual são transexuais verdadeiros.

Money (1955) referiu que a síndrome do transexualismo, também denominada como disforia de gênero, possui conceitos empíricos e afirmou que disforia de gênero e transexualismo nem sempre são sinônimos, uma vez que muitos pacientes com disforia de gênero não são transexuais por que não desejam a cirurgia de transgenitalização.

---

[*] Comunicação Pessoal

Os termos: disforia de gênero, transtorno de identidade e transtorno de gênero ainda são empregados como sinônimos na qualificação de uma síndrome, entretanto o transexualismo é apenas uma das possibilidades desta síndrome.

Segundo Fisk (1973) o termo transexual deve ser empregado apenas aos grupos de pessoas que, sem serem psicóticas, demonstram intenso desconforto com o seu sexo biológico, referindo imenso desejo na mudança de gênero.

Levine e Lothstein (1981) consideraram que mesmo a pessoa realizando a hormonioterapia e a cirurgia de redesignação sexual, seriam impossíveis a mudança genética e a experiência psicológica do sujeito e propuseram a mudança do termo para transgenderismo, uma vez que o problema é a identidade de gênero e não somente a questão anatômica.

Em meio a tantas definições, observa-se que, opostamente às travestis, mulheres e homens transexuais não se autorreferem homossexuais, mas sim como mulheres ou homens. Desde a infância convivem com o sentimento de não pertencerem ao sexo anatômico, assumindo a identidade de gênero oposta ao sexo biológico (SANTOS 2012; BIANCARELLI, 2010).

Buscam incessantemente, através do processo transexualizador, a transformação de seus corpos de forma a eliminar o desconforto com o sexo anatômico natural, vivenciando apenas o gênero com o qual se identificam (SANTOS 2012; BIANCARELLI, 2010).

São pessoas com demandas de terapias hormonais e cirúrgicas para mudança de sexo e de identidade civil, questões que não se encontram nas reivindicações emancipatórias das travestis (ARÁN et al.,2009; PERES, 2009; PICAZIO,2009; BRASIL, 2008a).

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n$^{o.}$ 1652, de 06 de novembro de 2002, artigo 3º, a definição de transexualidade deve obedecer, no mínimo, quatro critérios:

- Desconforto com o sexo anatômico natural.
- Desejo expresso de eliminar os genitais, a fim de perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto.
- Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos.
- Ausência de outros transtornos mentais (BRASIL, 2002).

No Brasil, o caso mais polêmico de transexualidade referiu-se à Roberta Close. Nos anos 80, ganhou fama e notoriedade internacional, tendo sua imagem amplamente divulgada pela mídia que a elegeu como símbolo sexual brasileiro.

Após completar seu processo transexualizador, realizando a cirurgia de readequação sexual na Inglaterra em 1989, Roberta ingressou em juízo postulando mudança de nome, gerando um processo que levou 15 anos para ser concluído e, somente em 2005 obteve da justiça a permissão para averbação no Cartório de Registro Civil e a alteração dos demais documentos (VIEIRA e PAIVA, 2009).

Seu direito foi fundamentado em diversos subsídios, entre eles a Lei 9.708 de 18 de novembro de 1998; resoluções do Conselho Federal de Medicina; os artigos 3°, IV, 5°, X, 196, 199 da Constituição Federal; o artigo 13 do Código Civil Brasileiro e o artigo 2 da Declaração Universal do Genoma Humano e Direitos Humanos (VIEIRA e PAIVA, 2009; BRASIL, 2002a, 2002b; BRASIL, 1997a; UNESCO, 1997; BRASIL, 1988).

2.6 VIOLÊNCIA E EXCLUSÃO SOCIAL

> *"...hoje em dia, diariamente, eu vejo nos jornais o sangue derramado de travestis e transexuais assassinadas por um sistema que faliu na educação, que faliu na promoção da sensibilidade, que faliu ao pensar sobre a diversidade, que faliu em dignidade".*
>
> *(Leonarda Glück, atriz)*[*]

Definições e diagnósticos à parte, o contexto social em que vivem travestis e mulheres transexuais demandam a compreensão de uma sequência de exclusões que determinam um destino marcado pelo estigma da violência, prostituição e marginalidade social.

O processo de exclusão das pessoas transgêneros, em especial travestis e mulheres transexuais, inicia-se muito cedo no âmbito familiar. Grande parte das travestis e mulheres transexuais brasileiras possui origem muito pobre e raramente escapam da violência doméstica (BENTO, 2014, KULICK, 2009,).

Quando as famílias percebem as primeiras manifestações comportamentais destoantes, expressando atitudes e o desejo por brinquedos e roupas que não são considerados apropriados ao seu gênero, o caminho encontrado pelos familiares para corrigi-lo é a violência (BENTO, 2014; KULICK, 2009; TREVISAN, 2000).

Como desdobramento deste processo, geralmente por volta dos 13 aos 16 anos de idade, as pessoas travestis e mulheres transexuais fogem de casa. Paralelamente à exclusão familiar, também sofrem a violência nas escolas na forma de *bullying* causando evasão escolar e convivência social hostilizada (KULICK, 2009; TREVISAN, 2000).

---

[*] Comunicação Pessoal

Consequentemente, devido à baixa escolaridade, também são excluídas do mercado de trabalho, encontrando na prostituição o espaço social para sobrevivência financeira e construção de redes de sociabilidade, como única forma de sobrevivência (KULICK, 2009; LOURENÇO, 2009; BRASIL, 2008a; TREVISAN, 2000; POLLAK, 1990).

Nas ruas, tornam-se alvo de violência e agressões físicas, trazendo consequências gravíssimas e causando deformidades nas partes do corpo onde foi aplicado o silicone industrial (KULICK, 2009; OKITA, 2007; CARRARA E VIANNA, 2004).

Travestis e transexuais transgridem o padrão binário de gênero atribuído por uma sociedade sustentada em conceitos pedagógicos que pontuam apenas a heterossexualidade como a única e exclusiva forma adequada, legítima e normal de vivência sexual (PERES, 2005).

A desestabilização do gênero, associada a um conjunto de estereótipos negativos sobre a homossexualidade, sob a ótica de uma sociedade heteronormativa que cerceia o direito de livre expressão e manifestação da sexualidade e identidade de gênero e nega o direito à cidadania, conduz essas pessoas a viverem à margem desta sociedade, transformando as pessoas transgêneros, nas maiores vítimas dos crimes de homofobia e transfobia (BRASIL, 2008a; PERES, 2005; LOURO, 2004).

Entende-se por homofobia e transfobia atitudes embasadas nos estereótipos sociais de ódio e intolerância com a diversidade sexual na associação de crenças, opiniões, atitudes e comportamentos de agressão, desprezo e ridicularização produzidas contra as pessoas homossexuais, bissexuais e transexuais (BRASIL, 2004).

A homofobia caracteriza-se pela discriminação da orientação sexual e a transfobia da identidade de gênero e podem ser judicialmente caracterizadas nos crimes e assassinatos de ódio contra homossexuais e transgêneros (BRASIL, 2004).

Segundo a organização não governamental *Transgender Europe* (2014), o Brasil é o país onde ocorrem mais assassinatos de travestis e mulheres transexuais em todo o mundo. No país, entre janeiro de 2008 e março de 2014, ocorreram 620 mortes de travestis e mulheres transexuais, quatro vezes a mais que no México, segundo país com mais casos registrados. Somente em 2013, ocorreram 121 casos em todo o Brasil.

Bento (2014) afirmou que no Brasil, a população de travestis e transexuais são diariamente vitimas de assassinato, colocando o país em primeiro lugar entre os que mais matam transgêneros e transexuais.

Os dados dos crimes de violência contra transgêneros são invisibilizados e difíceis de serem contabilizados. Estes dados estão subestimados quando observadas as notícias diárias publicadas nas redes sociais, nas quais jovens mulheres transexuais e travestis são barbaramente torturadas e assassinadas (BENTO, 2014, MOTT, 2000).

Em geral, os dados oficiais destes crimes, quando contabilizados, ocorrem de forma equivocada no cômputo de violência contra os LGBT, classificados em “crimes contra homossexuais”, devido à reação que os aparatos policiais e judiciais mantêm frente aos crimes e assassinatos contra travestis e transexuais (CARRARA E VIANNA, 2006, 2004).

O nível de exposição a atos violentos contra travestis é muito maior do que entre *gays* e lésbicas. Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro apontou que 68% dos assassinatos de travestis ocorreram na rua por arma de fogo, correspondendo quase todos a crimes de execução e 78% desses casos foram arquivados pela justiça. Estes dados revelam alto grau de impunidade para estes crimes, que são desconsiderados pela presunção de que a travesti foi vitimada pela associação ao tráfico de drogas (CARRARA E VIANNA, 2006, 2004).

Neste contexto violento e hostil, permeado pela prostituição, chama atenção o uso abusivo de álcool e drogas. O álcool é bastante consumido

como conforto térmico aos corpos seminus expostos nas madrugadas frias e também como suporte emocional na prostituição ou como condutor no agenciamento de programas, que também podem incluir o uso de drogas (KULICK, 2008; PELUCIO, 2007).

Por vezes, elas trocam sexo pelas drogas ou drogas por sexo e, sob o efeito dessas substâncias, considerando-se o elevado número de parceiros e relações desprotegidas, aumenta-se o risco de transmissão e infecção por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e /HIV/Aids (PASSOS, 2004; SINGH et al.,1999; BASEMAN et al.,1999; JONES et al.,1998; ESTÉBANEZ et al.,1998, 1993; ELIFSON et al.,1993).

Este cenário revela e reforça a existência de estados variáveis de vulnerabilidade, que sustentam um ciclo vicioso de utilização e comercialização de drogas e consequentemente, envolvimento em casos de violência e tráfico de drogas, que, em muitos casos resultam na detenção e permanência no sistema prisional (FERREIRA, 2014; KULICK, 2008; ROMANO, 2008; PELUCIO, 2007; GARCIA, 2007; CARRARA E VIANNA, 2006).

Uma vez inseridas no sistema penitenciário, serão alvo de preconceito e discriminação entre outros detentos e funcionários, serão agredidas física e psicologicamente e terão sua identidade de gênero desrespeitada, entre outras agressões (FERREIRA, 2014).

Nas prisões, viverão em celas superlotadas e em péssimas condições de higiene, condições favoráveis para a transmissão da tuberculose (NOGUEIRA e ABRAHÃO, 2009; OLIVEIRA e CARDOSO, 2004).

2.7 DIREITOS HUMANOS E MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO LGBT

O estigma e a discriminação vivenciados pela população LGBT, em especial transgêneros e transexuais, têm resultado em graves violações de direitos humanos, dificultando a erradicação da violência e de doenças como a aids na América Latina (BORGES, 2011, CUTULI, 2010).

Estas questões levaram o tema transgênero à discussão pelas diversas áreas científicas e, no Brasil, essas discussões têm gerado polêmicas desde a publicação da resolução 1.482 de 1997 pelo Conselho Federal de Medicina que autoriza a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais em todo o território nacional (BRASIL, 1997a).

Esta resolução foi embasada no conceito de que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou autoextermínio”. Desta forma, segundo os critérios estabelecidos, a conversão sexual tornou-se um procedimento legal no país desde que o tratamento siga um programa rígido que inclui a avaliação por equipe multidisciplinar e acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos para confirmação diagnóstica (AMARAL, 2007; BRASIL 2002a; BRASIL, 1997a).

Neste panorama, nota-se que a institucionalização dessa prática assistencial, dirigida às pessoas transexuais, está absolutamente condicionada a um diagnóstico psiquiátrico. A sua implementação permite o acesso ao tratamento e o exercício de cidadania, mas também é um fator de patologização que perpetua o estigma e ainda atribui uma desordem psiquiátrica ao paciente sem relativizar as questões históricas, políticas e subjetivas dessa definição (AMARAL, 2007).

Como desdobramento da resolução, ocorreu o crescimento da procura, por parte das pessoas transexuais de ambos os sexos, de auxílio médico em diversas instituições hospitalares com demanda direta por tratamento médico cirúrgico, relatando intenso sofrimento psíquico. Entretanto o tempo de espera para a realização da cirurgia de readequação sexual pode levar bem mais tempo do que o mínimo esperado.

Devido ao reduzido número de serviços que oferecem essa assistência e à expressiva demanda, o tempo de espera pode passar de oito anos. Esta demora leva algumas pessoas a desistirem deste processo, enquanto outras buscam diferentes caminhos, muitas vezes com resultados insatisfatórios (BIANCARELLI, 2010).

Em meio a essas discussões, no tocante à sexualidade, dois importantes acontecimentos contribuíram para que outras questões fossem incluídas nesta polêmica:

I- O Projeto de Lei 5002/2013 Lei João Nery ou Lei de Identidade de Gênero

A lei, de autoria dos deputados federais Jean Wyllys e Erika Kokay, alusiva ao primeiro homem transexual a realizar cirurgia de readequação sexual no Brasil, João W. Nery, dispõe sobre o direito à identidade de gênero e altera o art. 58 da Lei nº 6.015 de 31 de dezembro de 1973 (BRASIL, 2013c).

Esta proposição está sujeita à apreciação do plenário da câmara dos deputados desde 2013 e tem causado reações contrárias entre alguns setores religiosos da política nacional que impedem a evolução dessa discussão de gênero no âmbito da educação, como parte do currículo escolar (BRASIL, 2013c).

Caso seja aprovada, esta lei poderia contribuir para o acesso das pessoas transgêneros aos processos de mudança do prenome e consequentemente à sua inclusão social, refletindo nas condições de

qualidade de vida e redução do preconceito e discriminação reduzindo os casos de violência contra travestis, mulheres e homens transexuais.

II- A remoção do Transtorno de Identidade de Gênero do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM 5.

O conhecido Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM, do inglês, *Statistical Manual of Mental Disorders* foi empreendido em 1840, nos Estados Unidos da América, num censo onde constava a categoria “idiotia/loucura” no intuito de registrar-se a frequência das doenças mentais (APA, 2013).

Ao longo do tempo este manual passou por várias revisões e sua primeira edição foi publicada em 1953, pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e foi considerado o primeiro manual de transtornos mentais focado na aplicação clínica (APA, 2013).

Em 2013 na sua última versão, resultado de um processo de 12 anos de estudos e revisões, o DSM-5 rompeu com o modelo multiaxial introduzido na terceira versão do manual. Em relação às disfunções sexuais, o DSM-5 fragmentou o antigo capitulo “Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero”, dando origem a três novos capítulos: Disfunções Sexuais, Disforia de Gênero e Transtornos Parafílicos (APA, 2013).

No tangente à Disforia de Gênero, diagnóstico que descreve as pessoas que apresentam relevante diferença entre o gênero vivenciado e expresso com o gênero atribuído ao nascer, embasado na identidade sexual. A alteração da nomenclatura desta nova versão do manual destaca o conceito de conformidade de gênero como algo mais complexo do que o simplificado conceito imposto pela sua versão anterior: a identificação com o gênero oposto (APA, 2013).

O DMS-5 apresentou maior detalhamento dos critérios de diagnósticos, inclusive para a Disforia de Gênero na Infância. Aboliu os especificadores que descreviam a orientação sexual destas pessoas e

adicionou outros: a presença de condições médicas que interferem no desenvolvimento de caracteres sexuais deve ser descrita como "... com um Transtorno de Desenvolvimento Sexual"; a condição dos indivíduos que completaram o processo de transição para o gênero desejado passou a ser denominado como "Pós-Transição" (ARAUJO e LOTUFO, 2014; APA, 2013).

Estes dois fatos mobilizaram as áreas da Medicina, Saúde Coletiva, Ciências Sociais, Psicanálise e o Direito, trazendo à tona relevantes discussões comportamentais e sociais, reverberando no tocante às áreas da Educação e Direitos Humanos. Provocaram uma reflexão sobre a despatologização da transexualidade no Brasil, mantendo em perspectiva a necessidade de atenção integral à saúde das pessoas transexuais.

No cenário brasileiro a transexualidade é vista como uma desordem mental pela medicina, psiquiatria e psicanálise enquanto que para as ciências sociais e humanas e na saúde coletiva, estas são vivências que colocam em questão as normas impostas sobre as questões de gênero, que norteiam os conceitos de sexo, gênero e, no limite, de humano (SAMPAIO e COELHO, 2013).

A vigência desta interpretação patologizada destas vivências, não somente sustenta sua definição como um transtorno psiquiátrico, como orienta as políticas públicas destinadas a este segmento da população, perpetuando o estigma e violência dos direitos humanos (SAMPAIO e COELHO, 2013).

Em meio a essa discussão o movimento social organizado de travestis, homens e mulheres transexuais obteve grandes avanços, garantindo ações de cidadania.

Um desses exemplos é o Projeto de Reinserção Social Transcidadania, uma iniciativa da Prefeitura Municipal de São Paulo, através da parceria entre a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania - SMDHC e Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e

Empreendedorismo - SDTE que desenvolvem as atividades de formação e capacitação de travestis, homens e mulheres transexuais para o mercado de trabalho junto à rede de parceiros (SÃO PAULO, 2015a, SÃO PAULO 2015b; SÃO PAULO, 2014).

Este projeto oferece uma bolsa auxílio para essas pessoas que desejam retomar seus estudos, de forma que travestis e transexuais possam se qualificar pelo PRONATEC- Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (SÃO PAULO, 2015a; SÃO PAULO 2014b).

No combate à homofobia e transfobia, termos referentes ao ódio contra homossexuais e às pessoas transgêneros, respectivamente, e à promoção da cidadania e respeito aos direitos humanos de pessoas transgêneros, destacam-se duas redes nacionais no movimento social LGBT brasileiro que há décadas defendem os direitos humanos de travestis e transexuais: ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais e REDETRANS BRASIL - Rede Nacional de Pessoas Trans (ANTRA, 2012).

A Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA teve sua origem em 1993, na cidade de Porto Alegre. Possui 116 ONGs afiliadas em todo o país, sendo 10 no Estado de São Paulo, tem como objetivo a promoção de propostas afirmativas aos direitos das travestis e mulheres transexuais, em conjunto com outras redes do movimento social. Denunciar crimes de homofobia e transfobia, apoiar ações de prevenção das DST/HIV/aids e realizar encontros nacionais de travestis e mulheres transexuais, promovendo a visibilidade deste grupo populacional (ANTRA, 2012).

A Rede Nacional de Pessoas Transgêneros – REDTRANS BRASIL foi constituída visando a reflexão dos direitos sociais das pessoas TRANS e sua situação de exclusão social. No Estado de São Paulo a REDTRANS conta com 45 ONGs afiliadas (REDETRANS BRASIL, 2012).

Ambas as redes consideram que a construção da sexualidade, suas expressões, manifestações e mecanismos de interdições são determinados socialmente e, portanto, não podem ser explicados única e exclusivamente pelo comportamento e na luta pelos direitos de travestis e transexuais.

Para além do combate à transfobia essas organizações também atuam no ativismo, o direito pelo uso do nome social, direito garantido pelas portarias nº. 1.613, de 18 de novembro de 2011 e 2.836 de 1º de dezembro de 2011 do Ministério da Educação e na portaria nº. 233, de 18 de maio de 2010 do Ministério de Estado e Planejamento, Orçamento e Gestão e na portaria nº. 457 de 19 de agosto de 2008, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2008a).

Um dos resultados dessa mobilização política e social foi a criação de Centros de Referência em Direitos Humanos voltados ao público LGBT que envolvem denúncias, encaminhamentos, formação e emissão de documentos, entre outros serviços.

O primeiro deles, criado em 2008, foi o Centro de Referência e Defesa da Diversidade Sexual na cidade de São Paulo (CRDD-SP), resultado da parceria entre a organização não governamental (ONG) Grupo Pela Vidda/SP (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS) de São Paulo e a Prefeitura Municipal de São Paulo.

Este é um espaço destinado a atender homens e mulheres, profissionais do sexo, gays, lésbicas, travestis, transexuais e portadores de HIV/aids em situação de vulnerabilidade e risco social. Desenvolve ações que possibilitam a inclusão social e a geração de renda. O CRDD-SP tem como meta compatibilizar o respeito à diversidade, à autonomia e às escolhas individuais, visa oferecer acolhida e escuta especializada às múltiplas necessidades de seus usuários; de forma a promover orientação adequada e encaminhamento aos serviços de assistência social, de saúde e jurídicos (BIANCARELLI, 2010).

Outro avanço, na área da saúde, foi a publicação da portaria n° 457, de 19 de agosto de 2008 que regulamenta o processo transexualizador no país com a cobertura pelo Sistema Único de Saúde – SUS, autorizando alguns ambulatórios a realizarem o acompanhamento para cirurgia de redesignação sexual em hospitais cadastrados (BRASIL, 2008a).

Posteriormente, a portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 redefiniu e ampliou o processo transexualizador no SUS (BRASIL, 2013b).

Um exemplo destes serviços é o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS do Estado de São Paulo - CRT-DST/Aids-SP, unidade de referência normativa, de avaliação e de coordenação do Programa Estadual para prevenção, controle, diagnóstico e tratamento de DST e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (BRASIL, 2012a).

Este serviço inaugurou em junho de 2009, o primeiro ambulatório de saúde integral do Brasil dedicado exclusivamente a travestis e transexuais e foi criado para facilitar o acesso dessa população ao SUS, possibilitando a elas sua inserção social e o direito integral à saúde (BRASIL, 2012a; BIANCARELLI, 2010).

O serviço tem por objetivo atender as demandas especificas de saúde de travestis e transexuais de forma integral. Os principais procedimentos oferecidos pelo ambulatório são: acolhimento; avaliação médica, endocrinológica, proctológica, fonoaudiológica e de Saúde Mental (BRASIL, 2012a; BIANCARELLI, 2010).

Oferece ainda o acompanhamento psicológico e psiquiátrico, necessários para a realização da cirurgia de redesignação sexual nos hospitais universitários cadastrados no país pelo SUS (BRASIL, 2012a; BIANCARELLI, 2010).

3 KAP - *KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES*

Na literatura científica são raros os estudos que abordam o conhecimento práticas e atitudes sobre tuberculose e HIV/aids, em especial entre travestis e mulheres transexuais. Os já existentes e os realizados com outras populações consideraram que o conhecimento sobre estes agravos da saúde é fundamental para a redução do estigma que os envolve (ROY et al.,2008; MACIEL et al.,2005).

Entre a comunidade de ajuda internacional há uma concordância de que a melhoria das condições de saúde das pessoas vivendo em situação de miséria e pobreza no mundo está sujeita ao entendimento correto dos aspectos socioculturais e econômicos. Este pensamento advém dos resultados obtidos através de vários estudos transversais que utilizaram como instrumento de pesquisa o questionário KAP, do inglês, *Knowledge, Attitudes and Practices* (LAUNIALA, 2009).

Este instrumento teve sua origem na década de 1950 e foi desenhado para estimar a resistência entre as diferentes populações em relação à ideia do planejamento familiar. Estes estudos foram conduzidos em mais de uma centena de países sob a coordenação do *"The Population Council"* (Berquó, 2008).

Trata-se de um estudo representativo de uma determinada população com a coleta de informações sobre o que é conhecido, acreditado e feito em relação a um tema específico (WHO, 2006).

Na maioria das pesquisas KAP os dados são recolhidos através de uma entrevista, utilizando-se um questionário estruturado e padronizado, já utilizado em várias pesquisas no Brasil e também em outros países, e estabelecem os seguintes conceitos para conhecimento, atitudes e práticas:

1- O conhecimento constitui-se na lembrança de acontecimentos ou fatos transmitidos pelo sistema de educação do qual o indivíduo

participa, emitindo conceitos com o entendimento adquirido sobre determinado assunto ou evento (ALVES et al., 2008).

2- A atitude é a norma de proceder, opinar e crer sobre algum determinado argumento ou fato (ALVES et al., 2008).
3- Prática é um processo de tomada de decisão na execução de uma ação (ALVES et al., 2008).

O interesse das organizações de ajuda internacional pelas perspectivas da comunidade e do comportamento humano em resposta às abordagens de cuidados primários de saúde, fez com que o questionário KAP se transformasse num dos instrumentos mais utilizados para investigações sobre conhecimento, atitudes e práticas em saúde (HAUSMANN-MUELA et al., 2003; MANDERSON e AABY, 1992).

Neste sentido há o exemplo da parceria *Stop-TB* e fundo Global de combate à TB através da adoção do sistema DOT, do inglês *Directly Observed Treatment* (Tratamento Supervisionado), ou DOTS – *Directly Observed Treatment Supervised* (Tratamento Supervisionado de curto prazo). Esta estratégia estimulou a mobilização social e pesquisas que envolvem o conhecimento, práticas e atitudes da população em relação à TB na busca de informações sobre o conhecimento e crenças a respeito da doença (WHO, 2006).

Alguns destes estudos foram conduzidos pelos programas de tuberculose de vários países, onde há maior incidência da TB, com o objetivo de trazer a sustentabilidade social e mudança comportamental. Considera-se que a mudança de comportamento em relação à TB está diretamente relacionada ao conhecimento, práticas e atitudes em relação à doença (OTTOMANI et al., 2008; MAHER et al., 2007).

Por meio destas pesquisas os programas de controle da tuberculose têm a oportunidade de construir provas necessárias para demonstrar as contribuições de ACMS para o controle da TB, resultando no uso mais

eficiente dos recursos limitados e produzindo desejadas mudanças comportamentais em relação à doença. A pesquisa KAP pode ser concebida especificamente para reunir informações sobre temas relacionados à tuberculose, mas pode também incluir questões sobre as práticas de saúde geral (WHO, 2006).

Nas últimas décadas vários autores relataram que o conhecimento é um fator que influencia as práticas relacionadas à saúde e que os programas, em suas ações de prevenção junto às populações mundiais, devem abordar também fatores socioeconômicos, ambientais e estruturais em seus planejamentos (LAUNIALA e HONKASALO, 2007; FARMER, 1997; BALSHEN, 1993).

Outros concluíram que a socialização do conhecimento sobre a tuberculose, seus sinais e sintomas, formas de transmissão, prevenção, tratamento e cura podem colaborar para o controle da doença e adesão ao tratamento, bem como para a redução do estigma em relação aos doentes de TB em todo o mundo (WOITH et al.,2010; JITTIMANEE et al., 2009; MOHAMED, et al. 2007; MACIEL et al.,2005; SRIDHAR et al., 2000; SAVICEVIC et al., 2000).

Diversos estudos afirmaram que a sociedade civil, quando focada nas ações de ACMS, pode contribuir para a melhoria das condições de vida das pessoas afetadas pelos agravos da saúde, trazendo a sustentabilidade social e a mudança comportamental, reduzindo a prevalência da doença (SANTOS e GOMES, 2007; WHO, 2006). No caso da tuberculose estas ações podem contribuir para a procura de atendimento médico e para adesão ao tratamento (BIRUNGI et al.2010).

Um papel cada vez mais importante, e comum para as pesquisas KAP, é fornecer dados essenciais que demonstram o impacto das atividades de ACMS. Estes dados podem ser analisados quantitativamente ou qualitativamente, dependendo dos objetivos e desígnio do estudo. Os dados

da pesquisa KAP são essenciais no auxílio de planejamento e avaliação do trabalho de ACMS (WHO, 2006).

Uma pesquisa KAP - TB reúne informações sobre o que os participantes conhecem sobre a tuberculose, sobre as pessoas com TB ou sobre a resposta do sistema de saúde em relação à doença e ainda, o que eles realmente fazem em relação à procura de tratamento ou outras medidas relacionadas à doença. Pode também identificar os conhecimentos, crenças culturais ou comportamentais que podem facilitar a compreensão e ação, bem como identificar problemas, barreiras ou obstáculos criados nos esforços de controle da TB (FERREIRA et al., 2013; TARIQ, 2008; ROY et al., 2008).

Neste sentido a utilização do KAP possibilita conhecer se há falta de consciência em relação à tuberculose, as atitudes negativas e positivas associadas à doença e se o estigma da TB também pode influenciar no diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e cura (PCI, 2010)

Desta forma, considerando-se as condições de vida e saúde deste grupo, o reduzido acesso à informação e aos serviços de saúde e a invisibilidade nos dados oficiais de saúde; a realização de estudos que abordem o conhecimento, atitudes e práticas sobre a tuberculose entre transgêneros e transexuais, poderão subsidiar o planejamento de ações e desenvolvimento de estratégias de prevenção, focadas no controle da doença.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar o conhecimento, atitudes e práticas em relação à tuberculose e as condições de vida e saúde entre travestis e mulheres transexuais entrevistadas na cidade de São Paulo.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Analisar, comparativamente, o conhecimento, atitudes e práticas sobre a tuberculose entre as travestis e as mulheres transexuais entrevistadas na cidade de São Paulo.

4.2.2 Analisar o conhecimento, atitudes e práticas sobre a tuberculose entre travestis e mulheres transexuais, comparativamente, entre as que declararam antecedentes de tratamento da doença e as que não trataram.

4.2.3 Pesquisar o número de sintomáticas respiratórias entre as travestis e mulheres transexuais entrevistadas na cidade de São Paulo.

4.2.4 Investigar os antecedentes de tratamento de tuberculose e DST/HIV/aids entre travestis e mulheres transexuais da cidade de São Paulo

4.2.5 Descrever o perfil sociodemográfico e passagem por albergues sociais e prisões das travestis e mulheres transexuais entrevistadas da cidade de São Paulo.

4.2.6 Conhecer os procedimentos utilizados no processo transexualizador entre as travestis e mulheres transexuais entrevistadas na cidade de São Paulo.

4.2.7 Investigar sobre o uso de preservativos entre travestis e mulheres transexuais entrevistadas na cidade de São Paulo.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de cunho epidemiológico, descritiva, observacional e tipo de corte transversal. A população alvo deste estudo foram indivíduos com identidade sexual autorreferida como travestis ou mulheres transexuais.

5.2 LOCAIS DO ESTUDO

Consideraram-se como locais para o desenvolvimento deste estudo, aquelas instituições e outros locais onde a frequência de travestis e mulheres transexuais permitissem a sua abordagem e que o pesquisador tivesse acesso:

a) Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais: O Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (ASITT), o único na cidade até o período da realização deste estudo, está inserido no Centro de Referência e Treinamento DST/aids e Hepatites Virais do Estado de São Paulo (CRT/DST/AIDS-SP), localizado no município de São Paulo, onde foram realizadas parte das entrevistas desta pesquisa. Este espaço é considerado uma referência para as questões de saúde da população de travestis e mulheres transexuais em outras regiões do Brasil e América Latina.

Este ambulatório acolhe transgêneros e transexuais e oferece, além do acompanhamento do processo de transição de gênero, atendimento a suas outras demandas específicas de saúde, que são realizados de forma multidisciplinar (BIANCARELLI, 2010; AMARAL, 2007).

b) Centro de Referência e Defesa da Diversidade da Cidade de São Paulo: O Centro de Referência e Defesa da Diversidade (CRDD) é um espaço público destinado ao acolhimento e à inclusão social da população LGBT. Localizado na região central da cidade, no Distrito da República, o CRDD é administrado pelo Grupo Pela Vidda/SP em parceria com a Prefeitura de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (BIANCARELLI, 2010).

O CRDD integra a rede socioassistencial do município, conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, que oferece serviços, benefícios, programas e projetos que visam a proteção de populações em situação de vulnerabilidade, exclusão e risco social (BIANCARELLI, 2010).

Funciona como porta de entrada da população LGBT que vive, trabalha ou frequenta o centro da cidade, mas também atende usuários das periferias e de toda a região metropolitana. Seu principal objetivo é acolher pessoas LGBT que vivenciam violações de direitos decorrentes de discriminação e violência devido à orientação sexual e identidade de gênero.

Também oferece atendimento psicossocial, orientações e encaminhamentos jurídicos necessários à superação da situação de violência e vulnerabilidade, contribuindo para o fortalecimento e o resgate de sua cidadania; e ainda, dispensa gel lubrificante, preservativos masculinos e femininos, sempre com o foco na prevenção das DST/HIV/aids (BIANCARELLI, 2010).

c) Largo do Arouche.: Green e Trindade (2005) referiram que a região do centro histórico da cidade de São Paulo, especificamente nas quadras que envolvem a Praça da República, a Rua Vieira de Carvalho e o Largo do Arouche, por décadas sobrevive como um espaço de encontro e convivência do grupo homossexual de São Paulo.

Esta movimentação é favorecida pela facilidade de mobilização urbana. A região é provida de terminais de ônibus urbanos e intermunicipais,

estações de metrô e de estradas de ferro que facilitam o acesso de pessoas vindas de regiões distantes do centro da cidade que buscam por diversão noturna, serviços e encontros sexuais (SIMÕES et al., 2010; GREEN e TRINDADE, 2005).

Nos arredores há também quartéis, banheiros públicos, saunas e boates *gays*, bares, *lan houses*, cinemas, hotéis e pensões de alta rotatividade e motéis. Este território é também conhecido pela prostituição feminina e masculina, devido à presença de diversos estabelecimentos destinados ao lazer noturno como boates, *shows* de sexo explícito e *streap-tease* e pontos de encontro de garotos e garotas de programa e também travestis (SIMÕES et al., 2010; GREEN e TRINDADE, 2005).

Este local foi escolhido para a pesquisa devido ao fato de que uma das lideranças do grupo de travestis e mulheres transexuais que viviam neste local buscava preservativos no CRDD-SP. Ao participar da pesquisa, considerou importante a participação de outros indivíduos e ofereceu-se para intermediar o acesso do pesquisador a este grupo que vivia no entorno do Largo do Arouche

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Este estudo foi embasado nos conceitos e definições, encontrados na literatura científica para o termo travesti, referidas por Pelúcido (2009), Peres (2009), Campuzano (2008) e Kulick (2008) e para as mulheres transexuais, propostas por Santos (2012), Levine e Lothstein (1982), Fisk (1973), que conceitualmente consideram a identidade de gênero vivida e experimentada pelo indivíduo e não a sua identidade sexual, definida pelo sexo ao nascer.

Desta forma compreendeu-se por “travesti” homossexuais masculinos que se utilizam de artifícios para a transformação de seus corpos no objeto do desejo de outros homens, transitam entre os gêneros, sem terem o

desejo de mudança do seu sexo designado ao nascer. Entendeu-se por “mulheres transexuais”, aquelas que geneticamente nasceram homens, mas identificam-se e comportam-se como mulheres, desejando a transformação de seus corpos ou que já realizaram processo transexualizador.

Foram incluídas nesta pesquisa pessoas de sexo biológico masculino, que autorreferiram sua identidade sexual como travestis ou mulheres transexuais, maiores de 18 anos de idade, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 1) e concordaram em responder a todo o questionário 1 (ANEXO 2).

Foram excluídas deste estudo as pessoas de sexo biológico feminino, as que não se autorreferiram serem travestis ou mulheres transexuais, menores de 18 anos de idade, as que não concordaram em assinar o TCLE e as que não responderam a todo o questionário (ANEXO 1 e ANEXO 2).

5.4 AMOSTRA ESTATÍSTICA

Não foi possível obter amostra estatística entre as usuárias destes locais devido à variação do fluxo e demanda em seu cotidiano. Portanto, recorreu-se à amostragem não probabilística, aplicada nos casos onde a população pesquisada não pode ser enumerada. Desta forma, obteve-se uma amostra por conveniência, ou seja, a pesquisa foi divulgada e participaram aqueles indivíduos que tiveram interesse na participação do estudo (GUIMARÃES, 2008).

5.5 AUTORIZAÇÕES

A pesquisa foi previamente autorizada pela direção do CRDD e aprovada pelos comitês de ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo sob autorização número CAAE:

136963313600005421 e do CRT-DST/aids-SP sob o parecer CAAE: 13696313630015375. Todas as participantes assinaram o TCLE e foi garantido o sigilo das informações (ANEXO 1).

5.6 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi amplamente divulgada nas instituições envolvidas, o convite para participação foi aberto a todas as travestis e mulheres transexuais frequentadoras destes espaços e as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador.

Ao preencherem o TCLE (ANEXO 1), muitas das entrevistadas, ao completarem o campo “endereço,” referiram morar provisoriamente em albergues sociais ou viverem em condição de rua. Esta informação foi considerada relevante para a pesquisa e, portanto, considerada uma variável no estudo e posteriormente incluída nas análises e resultados.

No CRDD, após autorização da direção, foi realizado pré-teste com 10 participantes, entre elas três orientadoras socioeducativas e o questionário foi revisado. A logística das entrevistas foi organizada e as entrevistas ocorreram de forma privativa, individual e voluntária, com a colaboração das orientadoras socioeducativas na divulgação da pesquisa e também da equipe de profissionais que fizeram a ponte entre as entrevistadas e o pesquisador. Neste local a pesquisa ocorreu entre fevereiro e novembro de 2014.

No ASITT após as aprovações necessárias, o projeto de pesquisa foi apresentado à coordenação e posteriormente para a equipe multidisciplinar deste ambulatório. Noutro momento, uma reunião foi agendada com a coordenação para a criação de uma logística necessária para o desenvolvimento da pesquisa, as entrevistas ocorreram entre agosto e outubro de 2014, uma vez por semana.

As entrevistas realizadas no Largo do Arouche ocorreram de forma inesperada, quando o pesquisador deparou-se com inúmeras travestis e mulheres transexuais já entrevistadas no CRDD que viviam no entorno do Largo do Arouche e Praça da República.

Durante seu deslocamento entre as estações de metrô Santa Cecília ou República, até o CRDD localizado na Rua Major Sertório, observou que algumas delas viviam próximas às saídas das estações de metrô, bancos da praça, debaixo das marquises dos edifícios, ou ainda, acomodadas sob o Elevado Presidente João Goulart., viaduto conhecido popularmente como "Minhocão", entre elas identificou algumas já entrevistadas.

Este contato prévio possibilitou a aproximação do pesquisador e posterior convite para que outras, na mesma situação, pudessem participar da pesquisa, que foi realizada no mês de outubro de 2014.

5.7 INSTRUMENTO DE PESQUISA; QUESTIONÁRIO *KAP* (ANEXO 1)

O Questionário KAP - *A guide to developing the knowledge, attitudes and practices surveys* (*WHO, Stop TB Partnership, 2006*), foi traduzido e adaptado para a linguagem das populações pesquisadas e composto por 45 questões fechadas e uma aberta.

Algumas questões possibilitaram mais de uma resposta. O questionário foi dividido em cinco blocos que abordaram os seguintes temas:

I- Variáveis sociodemográficas e antecedentes de saúde
II- Conhecimento e comportamento sobre a tuberculose;
III- Atitudes e comportamento em relação à tuberculose;
IV- Atitudes e estigma em relação à tuberculose;
V- Consciência e informação sobre a tuberculose;

I Variáveis sociodemográficas e antecedentes de saúde

Situação sociodemográfica: local da realização da entrevista, idade (obtida com o registro da data de nascimento, subtraída a data do preenchimento do questionário), raça\cor (autorreferida), identidade sexual (autorreferida), escolaridade (coletou-se o total de anos de estudo, convertidos ao grau alcançado pelas entrevistadas: ensino fundamental completo/incompleto, ensino médio completo/incompleto, ensino superior completo/incompleto e pó-graduação), passagem pelo sistema prisional, profissional do sexo ou não;

Antecedentes de saúde: processo transexualizador: idade que iniciou o processo de transição, uso de silicone industrial, uso de prótese mamaria , uso de hormônios. Em relação à prevenção das DST/HIV/AIDS foi levantado: uso de preservativos no sexo oral, com parceiro fixo e com parceiro eventual. Quanto aos antecedentes de saúde as variáveis estudadas foram: uso de álcool, uso de drogas, tratamento para doenças sexualmente transmissíveis e soropositividade para HIV. Referente aos antecedentes à tuberculose: convivência com pessoas com TB, presença de tosse ou expectoração, realização de tratamento para TB e há quanto tempo o tratamento foi realizado..

II Conhecimento e comportamento sobre a tuberculose.

O conhecimento da tuberculose foi obtido por meio questões que abordaram: se a entrevistada recebeu informações sobre a TB, quais as fontes de informação acessadas, opinião sobre a TB, sintomas da TB (classificadas em corretas e incorretas, segundo normas do Manual de Recomendações para o Controle da TB do Ministério da Saúde (BRASIL,

2011b) e poderia ter mais de uma resposta), formas transmissíveis e preventivas da TB ((classificadas em corretas e incorretas, segundo normas do Manual de Recomendações para o Controle da TB do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), podendo haver mais de uma resposta), a opinião de quem poderia ter TB, se a TB tem cura, como se cura a doença (podendo haver mais de uma resposta)..

III Atitudes e comportamento em relação à TB.

Foi abordado: se as participantes tinham consciência ou percepção do risco de adoecer TB e a que atribuíam esta condição, se poderiam contrair TB, qual sentimento teria se soubesse ter TB, se falaria sobre a doença, se sim para quem falaria, (podendo haver mais de uma resposta), o que faria se pensasse ter os sintomas da TB, em que momento procuraria o posto de saúde, qual o custo do tratamento da TB

IV Atitudes e estigma em relação à tuberculose;

Esta parte do questionário pesquisou as atitudes em relação ao preconceito e discriminação da tuberculose: se a entrevistada conhecia algum doente de TB, qual a atitude que teria para com estes doentes, como um doente de TB é considerado pelas outras pessoas, se uma pessoa com HIV pode ter TB.

V Consciência e informação sobre a TB

Neste bloco abordou-se a consciência e a informação da entrevistada sobre a doença: se a participante se sentia bem informada sobre a TB, se

desejaria receber mais informações sobre a doença, quais as fontes de informação desejadas (esta questão poderia ter mais de uma resposta), qual a maior preocupação quando pensa em tuberculose.

5.8 DIÁRIO DE CAMPO

Durante a aplicação do questionário era comum que as participantes interrompessem a entrevista com o pesquisador para contarem sobre seus antecedentes de saúde, suas historias e condições de vida, trazendo elementos importantes para a compreensão do universo em que viviam. Desta forma, após cada entrevista, o pesquisador registrava suas impressões no verso do questionário, transferindo ao final do dia estas informações para o caderno de campo. Estas informações foram relevantes para a discussão deste estudo.

5.9 ANÁLISES DOS DADOS

O questionário foi revisado para verificação da qualidade das informações antes da digitação, com retorno ao campo, caso houvesse necessidade.

Os dados foram digitados no programa Epidata-3.1 (Lauritsen, 2008). Foi considerada variável independente a identidade sexual das entrevistadas, ou seja, se elas se autorreferiram como travestis ou mulheres transexuais (Trans). As outras variáveis relativas aos blocos do questionário foram consideradas dependentes para ambos os grupos.

Em relação às questões 26 e 27, as respostas foram categorizadas em corretas e incorretas, segundo normas do Manual de Recomendações para o Controle da TB do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Na questão 26, “Como se transmite a TB”, considerou-se como correta, uma única resposta: a transmissão aérea. As demais respostas foram consideradas incorretas, entre elas: compartilhamento de pratos e talheres, compartilhar cigarros e drogas, sexo, beijo, saliva, friagem, contato físico com o doente e outros.

Na pergunta 27 “Como se previne a TB”, foram consideradas corretas as respostas: cobrir a boca ao tossir e espirrar e outras referentes à boa ventilação e iluminação. O uso de máscaras foi considerado como correto apesar do seu uso ser indicado em situações especificas (BRASIL, 2011b). As demais respostas como: evitar o compartilhamento de pratos e talheres, não fumar, não beber, não usar drogas, usar preservativo nas relações sexuais, não tomar friagem, não tomar gelado e outros.

As análises das frequências de todas as variáveis foram analisadas no programa IBM *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) versão 13.0 (IBM, 2007).

A comparação das distribuições percentuais para os grupos (travestis e transexuais) foram realizadas pelo teste do qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, considerando-se um nível de significância de 5% ($p<0,05$).

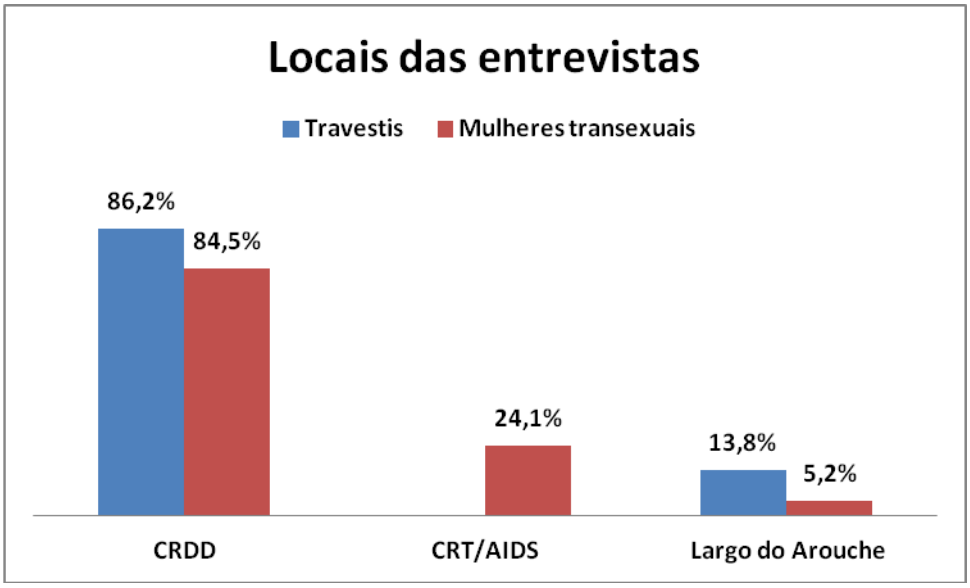
Em relação à análise dos dados referentes às participantes com antecedentes de tratamento para tuberculose, não foram realizadas comparações das distribuições percentuais devido ao número reduzido da amostra, mas os resultados foram comparados com outros estudos.

Para as análises do conhecimento sobre TB entre as pessoas com histórico de tratamento da doença, foi considerada como variável independente a condição de estar em tratamento ou já ter tratado de tuberculose. As outras variáveis relativas aos blocos do questionário foram consideradas dependentes para ambos os grupos (tratadas e não tratadas).

6 RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 124 indivíduos, autorreferidas 58 travestis (46,8%) e 66 mulheres transexuais (Trans) (53,2%). No CRDD participaram 99 indivíduos (53,2%), sendo 50 travestis (86,2%) e 49 trans (84,5%) no CRT/DST/AIDS (11,3%) participaram somente 14 trans (24,1%), e no Largo do Arouche 11 (8,9%), sendo 8 travestis (13,8%) e três trans (5,2%) (FIGURA 1).

Figura 1: Dados sobre a aplicação do questionário



6.1 CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE A TUBERCULOSE E CONDIÇÕES DE SAÚDE ENTRE AS PARTICIPANTES DA PESQUISA

6.1.1 Dados sociodemográficos e passagem pelas prisões

Foi encontrada significância estatística (p<0,001) apenas nas variáveis referentes à passagem pelo sistema prisional e prostituição (**Tabela 1**), nas outras variáveis não foram encontradas diferenças estatísticas (p<0,001)

Na **tabela 1**, a seguir, observou-se que nas faixas etárias de 18 a 29 anos e de 30 a 39 anos de idade, houve maior participação das travestis (51,7% e 34,5% respectivamente) em relação às trans (47,0% e 25,8% respectivamente).

Entretanto nas faixas de 40 a 49 anos e maior ou igual a 50 anos de idade o grupo de trans (22,7% e 4,5% respectivamente) mostrou-se percentualmente maior em comparação às travestis (10,3% e 3,4%, respectivamente). A idade média das entrevistadas foi de 32,2 anos (dado não referido na tabela).

Em relação à raça/cor, predominou a não branca, cujo percentual foi maior entre as travestis (65,5%) quando comparado às trans (59,1%).

A escolaridade, calculada sobre os anos de estudo, mostrou que, na faixa de zero a quatro anos, houve maior participação das travestis (17,2%) em relação às trans (3,0%), assim como na faixa de cinco a oito anos (36,2% travestis; 27,3% trans).

Na faixa de nove a 11 anos observou-se maior porcentagem no grupo trans (37,9%) em comparação às travestis (32,8%).

Destaca-se que, na faixa de 12 anos ou mais de estudo, houve maior percentual entre as trans (31,8%) quando equiparado às travestis (13,8%).

A passagem pelo sistema prisional mostrou-se proporcionalmente maior no grupo de travestis em relação às trans. A comparação entre os dois grupos foi significante (39,7% travestis vs 12,1% mulheres transexuais) ($p<0,001$).

Quando indagadas se eram ou já tinham sido profissionais do sexo, observou-se maior percentual no grupo das travestis, quando comparado às trans e foi encontrada significância estatística na comparação entre os dois grupos nessa variável (87,9% travestis vs 57,6% trans) ($p<0,001$).

Em relação ao tempo de atuação na prostituição, observou-se maior proporção das trans na faixa entre um a 10 anos (55,2%) quando comparado às travestis (43,1%). Entretanto na faixa de 11 a 20 anos o grupo de travestis mostrou maior percentual (41,1%) em relação às trans (21,1%).

Destaca-se que na faixa maior ou igual a 21 anos de atuação, houve maior participação das trans (18,4%) em comparação às travestis (9,8%).

Dentre as travestis que declararam não atuar na prostituição, 28,6% trabalhavam na área da beleza e 57,1% declararam outras atividades como segurança, cozinheira, artesã, técnica administrativa e uma aposentada. Houve também aquelas que referiram não ter uma atividade profissional definida (14,3%) (dados não informados na tabela).

No grupo das trans 39,3% afirmaram trabalhar na área da beleza e 53,6% em outras profissões como: cantora, contadora, costureira, garçonete, jornalista, nutricionista, técnica em patologia clínica. Uma delas afirmou estar aposentada e outra declarou não ter profissão definida (7,1%) (dados não informados na tabela).

Tabela 1. Características informadas das travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas, segundo características sociodemográficas. São Paulo, 2014.

	Travestis (n=58)		**Trans** (n=66)		
	n	**%**	**n**	**%**	**valor p**
Idade (em anos)					0,269*
18-29	30	51,7	31	47,0	
30-39	20	34,5	17	25,8	
40-49	6	10,3	15	22,7	
≥ 50	2	3,4	3	4,5	
Cor					0,462
Branca	20	34,5	27	40,9	
Não Branca	38	65,5	39	59,1	
Anos de estudo					0,008*
0 a 4	10	17,2	2	3,0	
5 a 8	21	36,2	18	27,3	
9 a 11	19	32,8	25	37,9	
≥ 12	8	13,8	21	31,8	
Passagem pelas prisões					<0,001
Sim	23	39,7	8	12,1	
Não	35	60,3	58	87,9	
É profissional do Sexo?					<0,001
Sim	51	87,9	38	57,6	
Não	7	12,1	28	42,4	
Se sim, há quanto tempo?					0,183*
< 1ano	3	5,9	2	5,3	
1 a 10	22	43,1	21	55,2	
11 a 20	21	41,1	8	21,1	
≥ 21	5	9,8	7	18,4	

*Teste exato de Fisher

6.1.2 Situação de rua e passagem pelos albergues sociais

A **Tabela 2** mostra que, no que se refere à situação de rua, observou-se maior percentual entre as travestis (25,9%) em relação às trans (15,2%). Destaca-se que na variável referente à passagem pelos albergues sociais observou-se diferenças percentuais, com maior participação das travestis (46,7%) em comparação às trans (20,0%)

Tabela 2: Características informadas entre travestis e mulheres transexuais (trans), entrevistadas, segundo situação de rua e passagem por albergues sociais. São Paulo, 2014.

	Travestis (n=58)		**Trans** (n=66)		
	n	**%**	**n**	**%**	valor p
Vive em situação de rua?					0,138
Sim	15	25,9	10	15,2	
Não	43	74,1	56	84,8	
Passagem pelos albergues sociais					0,081
Sim	7	46,7	2	20,0	
Não	8	53,3	8	80,0	

6.1.3 Processo de transição de gênero

A **Tabela 3** mostra a seguir que, quando indagadas com que idade iniciou seu processo de transição, observou-se que nas faixas entre 10 a 15 anos e 16 a 20 anos de idade houve maior participação das travestis (46,5% e 36,2%, respectivamente) quando comparado às trans (24,2% e 28,8%, respectivamente). Contudo, na faixa de 21 a 30 anos de idade mostra maior percentual entre as trans (37,9%) em relação às travestis (17,3%).

Destaca-se que um grupo de trans (9,1%) referiu ter iniciado seu processo de transição antes dos 10 anos de idade, comportando-se e vestindo-se de forma feminina, por se sentirem desde a infância, no gênero oposto ao sexo definido ao nascer, mas sem realizar intervenções hormonais ou cirúrgicas (dados não informados na tabela).

O uso do silicone industrial foi proporcionalmente maior entre as travestis (58,6%) em relação às trans (33,3%).

A utilização de prótese mamária mostrou-se percentualmente maior entre as travestis (34,5%) quando comparado às trans (31,8%).

A hormonioterapia foi referida por ambos os grupos (93,1% travestis; 92,4% trans), entretanto quando indagadas se houve acompanhamento médico, ambos os grupos responderam negativamente à questão, onde observou-se diferenças nos percentuais, (77,8% travestis; trans 50,8%).

Tabela 3. Dados informados sobre o processo de transição das travestis e mulheres transexuais (trans). São Paulo, 2014.

	Travestis (n-58)		**Trans** (n=66)		
	n	**%**	**n**	**%**	**valor p**
Com que idade iniciou seu processo de transição?					0,404
10 a 15	27	46,5	16	24,2	
16 a 20	21	36,2	19	28,8	
21 a 30+	10	17,3	25	37,9	
Fez uso de silicone industrial?					0,005
Sim	34	58,6	22	33,3	
Não	24	41,4	44	66,7	
Usa prótese mamária?					0,753
Sim	20	34,5	21	31,8	
Não	38	65,5	45	68,2	
Toma ou já tomou hormônios?					1,000*
Sim	54	93,1	61	92,4	
Não	4	6,9	5	7,6	
Teve acompanhamento médico?					0,004
Sim	12	22,2	30	49,2	
Não	42	77,8	31	50,8	

*Teste exato de Fisher

6.1.4 Uso do preservativo

Na **Tabela 4** verificou-se que nas informações obtidas sobre a utilização do preservativo no sexo oral, entre as que responderam que não usam houve maior participação das travestis (31,0%) quando comparado às trans (28,8%).

Dentre aquelas que referiram o uso eventual do preservativo, o grupo das trans mostrou-se proporcionalmente maior (37,9%) em comparação ao grupo travestis (27,6%).

Ao serem indagadas sobre o uso do preservativo nas relações sexuais com parceiro fixo, entre as que responderam que não usam, verificou-se maior proporção no grupo travestis (44,8%) em relação às trans (34,8%). O uso eventual mostrou-se percentualmente maior no grupo das travestis (12,1%) em comparação às trans (7,6%).

Sobre o uso do preservativo com parceiros eventuais, entre as que não usam foi observada a maior participação das travestis (5,2%) quando comparado às trans (4,5%). Dentre as que responderam que usam eventualmente observou-se diferenças percentuais (13,8% travestis; 4,5% trans).

Tabela 4. Dados informados sobre o uso do preservativo entre travestis e mulheres Transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014.

	Travestis (n=58)		**Trans** (n=66)		
	n	**%**	**n**	**%**	**valor p**
Usa preservativo no sexo oral?					0,454
Sim	24	41,4	22	33,3	
Não	18	31,0	19	28,8	
Eventualmente	16	27,6	25	37,9	
Usa preservativo com parceiro fixo?					0,440
Sim	18	31,0	27	40,9	
Não	26	44,8	23	34,8	
Eventualmente	7	12,1	5	7,6	
Não tem parceiro fixo	7	12,1	11	16,7	
Usa preservativo com parceiro eventual?					
Sim	45	77,6	51	77,3	0,090*
Não	3	5,2	3	4,5	
Eventualmente	8	13,8	3	4,5	
Não tem parceiro eventual	2	3,4	9	13,7	

*Teste exato de Fisher

6.1.5 Uso de álcool e drogas

A **Tabela 5** mostra que o uso de álcool é proporcionalmente maior no grupo das travestis (69,0%) em relação às trans (60,6%).

Observou-se maior proporção no grupo travestis (55,2%) em comparação às trans (43,9%) também no referente ao uso de drogas ilícitas. A droga mais utilizada por ambos os grupos foi a cocaína, quer seja de forma exclusiva ou combinada com outras drogas, cujo percentual mostrou-se maior entre as trans (62,6%) em comparação com as travestis (56,5%).

Observaram-se diferenças percentuais em relação ao uso do crack, com maior participação das travestis (46,9%) quando comparado às trans (37,9%).

Foi verificado que, em relação à utilização exclusiva da maconha ou juntamente com outras drogas, este hábito mostrou-se percentualmente maior entre as travestis (50,0%) em relação às trans (43.7%). Houve um grupo que declarou o uso de outras drogas como as sintéticas e cola de sapateiro, sendo trans (3,4%, trans 3,1% trans)

Tabela 5. Dados informados sobre uso de drogas lícitas ou ilícitas entre travestis e e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014.

	Travestis (n=58)		**Trans** (n=66)		
	n	**%**	**n**	**%**	**valor p**
Faz ou já fez uso de álcool					0,329
Sim	40	69,0	40	60,6	
Não	18	31,0	26	39,4	
Faz/fez uso de drogas?					0,099
Sim	32	55,2	29	43,9	
Não	26	44,8	37	56,1	
Quais drogas usa/já usou?					0,434*
Cocaína	18	62,6	20	62,1	
Crack	15	46,9	11	37,9	
Maconha	16	50,0	14	43,7	
Outras	3	3,1	1	3,4-	

*Teste exato de Fisher

6.1.6 Antecedentes de tratamento de DST/HIV/AIDS

Na **Tabela 6** a seguir observou-se que em relação aos antecedentes de tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, houve maior participação das travestis (46,6%) em relação às trans (37,9%).

Tabela 6. Dados informados sobre doenças sexualmente transmissíveis entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014.

	Travestis (n=58)		**Trans (n=66)**		
	n	**%**	**n**	**%**	**valor p**
Tratou ou trata de alguma DST?					
Sim	27	46,6	25	37,9	0,329
Não	31	53,4	41	62,1	

6.1.7 Tipo de DST tratada

Na **Tabela 7** verificou-se que somente as travestis referiram tratamento de gonorreia (4,0%) e *Human Papiloma Virus* - HPV (16,0%). Destaca-se que 100,0% das trans e 80,0% das travestis citaram tratamento para sífilis.

Em relação à soropositividade para o HIV/aids, esta condição mostrou-se elevada no grupo das travestis (36,2%) em comparação com as trans (22,7%).

Tabela 7. Distribuição sobre o tipo de doença sexualmente transmissível tratada entre travestis e mulheres transexuais (trans). São Paulo, 2014.

	Travestis (n=58)		Trans (n=66)		
	n	**%**	**n**	**%**	**valor p**
Quais DST tratou?					
Gonorreia**	4	16,0	-	-	
Sífilis	20	80,0	25	100,0	
HPV**	1	4,0	-	-	
É soropositiva para HIV?					0,099
Sim	21	36,2	15	22,7	
Não	37	63,8	51	77,3	

**Não ocorreram casos entre as trans

6.1.8 Antecedentes de saúde referentes à tuberculose

Sobre os antecedentes de saúde referentes à tuberculose, na **Tabela 8**, observou-se que entre as que conviviam ou já conviveram com algum doente de TB o grupo de travestis mostrou-se percentualmente maior entre as travestis (46,4%) quando comparado às trans (41,5%).

Foram observadas diferenças percentuais entre as que referiram tosse com expectoração (25,9% travestis; 19,7% trans). Dentre estas, foi indagado “há quanto tempo” e a resposta inferior a duas semanas foi percentualmente maior entre as trans (46,2%) quando comparado às travestis (40,0%). Entretanto, na resposta superior a duas semanas o grupo de travestis (60,0%) revelou-se proporcionalmente maior em relação às trans (53,8%).

Para todas as participantes que responderam ter tosse com expectoração há mais de duas semanas foi oferecido um encaminhamento às unidades de saúde por meio de uma carta (ANEXO 4).

Foi questionado às participantes se já tinham tratado ou estavam em tratamento para TB e, caso positivo, adicionou-se a pergunta “há quanto tempo”.

Entre as que responderam afirmativamente à pergunta e estavam em tratamento, observou-se maior percentual no grupo das travestis (6,9%) em relação às trans (1,5%). Dentre as que já tinham tratado verificou-se maior proporção entre as travestis (25,9%) em comparação às trans (9,1%)

Quando questionadas há quanto tempo tratavam ou tinham tratado da TB observou-se, na faixa menor ou igual a um ano, maior participação das trans (50,0%) em relação às travestis (6,7%). Na faixa de um a quatro anos prevaleceram as travestis (53,3%) em relação às trans (16,7%) e também na faixa maior ou igual a cinco anos (40,0% travestis; 33,3% trans).

Tabela 8. Dados informados sobre antecedentes de tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014

	Travestis (n=58)		**Trans** (n=66)		
	n	**%**	**n**	**%**	**valor p**
Convive ou já conviveu com algum doente de TB?					0,713
Sim	26	46,4	27	41,5	
Não	30	53,6	38	58,5	
Você tem tosse com catarro?					0,519
Sim	15	25,9	13	19,7	
Não	43	74,1	53	80,3	
Se sim, há quanto tempo?					1,000
< duas semanas	6	40,0	6	46,2	
> duas semanas	9	60,0	7	53,8	
Já tratou ou está em tratamento de TB?					0,016
Sim, está em tratamento	4	6,9	1	1,5	
Sim, já tratou	11	25,9	5	9,1	
Não	43	74,1	60	90,9	
Se sim, há quanto tempo?					0,096*
< 1 ano	1	6,7	3	50,0	
1 a 4	8	53,3	1	16,7	
≥5	6	40,0	2	33,3	

*Teste exato de Fisher

6.1.9- Conhecimento sobre a tuberculose

Na **Tabela 9** observou-se que, entre as que receberam informação sobre a TB, houve maior participação das trans (60,6%) em relação às travestis (48,3%) e destaca-se que a fonte de informação mais acessada foram palestras/aulas/profissionais (70,0% trans; 68,8% travestis).

A opinião sobre a tuberculose também faz parte do KAP e, enquanto que para as trans a doença é grave (47,0%), para as travestis é muito grave (46,6%)

As participantes tinham conhecimento de que a TB é uma doença curável, (95,4% trans; 89,6% travestis), mas observou-se na referência ao

tratamento com supervisão médica que houve maior participação das trans (88,8%) quando comparado às travestis (78,8%).

Entretanto, um grupo respondeu que a TB se cura apenas com repouso e sem medicação, mostrando-se proporcionalmente maior no grupo das travestis (21,2%) quando comparado às trans (11,2%).

O conhecimento da gratuidade para o tratamento da TB revelou-se percentualmente maior entre as trans (60,6%) quando comparado às travestis (44,8%). Um grupo referiu que o tratamento é caro, com maior participação das travestis (19,0%), em relação às trans (4,5%). O desconhecimento dos custos do tratamento para TB revelou-se maior entre as trans (30,3%) ao comparar-se com as travestis (29,3%).

Tabela 9. Conhecimento informado sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014.

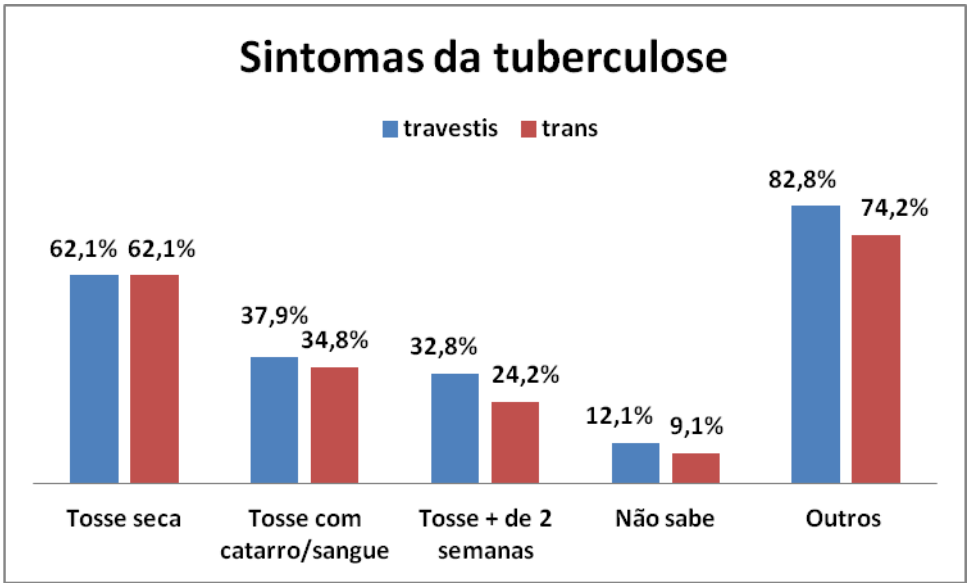
	Travestis (n=58)		**Trans** (n=66)		
	n	**%**	**n**	**%**	**valor p**
Recebeu informação sobre TB					0,207
Sim	28	48,3	40	60,6	
Não	30	51,7	26	39,4	
Fontes de informação*					0,874*
Folhetos/Cartazes/Revistas	6	18,8	11	22,0	
T.V/Radio/Internet	4	12,5	4	8,0	
Palestras/Aulas/Prof. de saúde	22	68,8	35	70,0	
Opinião sobre a TB					0,866
Muito Grave	27	46,6	27	40,9	
Grave	25	43,1	31	47,0	
Não grave	4	6,9	4	6,1	
Não sabe	2	3,4	4	6,1	
A TB tem cura					0,183*
Sim	52	89,6	63	95,4	
Não	4	6,9	1	1,6	
Como se cura a TB					0,586
Tratamento médico	41	78,8	56	88,8	
Repouso sem remédios	11	21,2	7	11,2	
Quanto custa o tratamento da TB					0,077*
É gratuito	26	44,8	40	60,6	
Caro	15	19,0	6	4,5	
Não sabe	17	29,3	20	30,3	

*Teste exato de Fisher

A **Figura 2** mostra que o sintoma mais conhecido da TB em ambos os grupos foi a tosse seca (62,1% trans; 60,1%), mas referente ao principal sintoma da doença, a tosse há mais de duas semanas, foi observado maior percentual entre as travestis (32,8%) quando comparado às trans (24,2%).

Ressalta-se que, entre as que referiram outros sintomas associados à TB como: febre, cansaço, dor no peito, perda de peso, falta de ar, dor nas costas, e os não associados como: dor de estômago, dor no corpo, dor de garganta, rouquidão, cegueira, queda de cabelo, perda dos dentes, perda de apetite, aids, pigarro, depressão, tontura e perda da locomoção, verificou-se maior proporção entre as travestis (82,8%) em relação às trans (74,2%).

Figura 2. Conhecimento informado sobre os sintomas da tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans). São Paulo, 2014.



6.1.10 Conhecimento da transmissão e prevenção da TB

Na **Tabela 10** observou-se o conhecimento correto da transmissão da TB através do ar, mostrou-se percentualmente maior entre as trans (37,9%) em comparação às travestis (36,2%). Entretanto, verificou-se que em relação às formas incorretas: como: beijo, sexo, friagem, compartilhamento de cigarros e cachimbos, contato com a saliva, picada de mosquito, vaso sanitário, urina de rato e contato com o doente de TB, evitar cumprimentar com as mãos, pegar em maçanetas, fechar janelas e compartilhamento de pratos e talheres houve maior participação das travestis (36,2%) em relação às trans (33,3%)

Destaca-se que o desconhecimento das vias de transmissão da TB mostrou-se proporcionalmente maior entre as trans (28,8%) em comparação às travestis (27,6%).

Em relação às formas preventivas da TB observou-se que houve apenas uma travesti (1,5%) que respondeu corretamente à pergunta: alimentar-se bem.

Nas respostas incorretas foi observada maior proporção no grupo travestis (55,2%) em relação às trans (45,5%) trans como: separar pratos e talheres, cobrir a boca ao tossir ou espirrar, rezar, orar, benzer-se, evitar contato com o doente, não fumar, tomar medicação, realizar exames, usar máscaras, evitar friagem e ambientes fechados, manter boa higiene, não usar de drogas ilícitas, usar preservativo e saneamento básico.

Ressalta-se que foram observadas diferenças percentuais em relação ao desconhecimento das formas de prevenção da doença (28,8% trans; 27,6% travestis).

Quando indagadas sobre quem poderia se infectar com TB, o conhecimento de que qualquer pessoa poderia ser afetada pela doença mostrou-se proporcionalmente maior entre as trans (80,3%) em comparação às travestis (70,7%), porém, entre as que não souberam responder à pergunta houve maior participação das travestis (13,8%) em relação às trans (6,1%)

Tabela 10. Conhecimento informado sobre as formas de transmissão e prevenção da tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014.

	Travestis (n=58)		**Trans** (n=66)		
	n	**%**	**n**	**%**	**valor p**
Como se transmite a TB					0,884
Formas corretas	21	36,2	25	37,9	
Formas incorretas	21	36,2	22	33,3	
Não sabe	16	27,6	19	28,8	
Como se previne a TB					0,321*
Formas corretas	1	1,5	-	-	
Formas incorretas	32	55,2	30	45,5	
Não sabe	25	38,5	36	54,5	
Quem pode pegar TB					0,310*
Qualquer pessoa	41	70,7	53	80,3	
Outros	9	8,6	9	7,6	
Não sabe	8	13,8	4	6,1	

*teste exato de Fisher

6.1.11 Atitudes e comportamentos sobre a TB

A **Tabela 11** mostra que, quando indagadas se “pode pegar TB”, ambos os grupos reconheceram a possibilidade de serem infectados pela doença e foram observadas diferenças percentuais (98,4% trans; 93.1% travestis). Quando questionadas por quem poderia contrair a doença, na resposta “qualquer pessoa” observou-se maior percentual entre as trans (80,3%) em comparação às travestis (70,7%).

Destaca-se o grupo que alegou outros motivos como: estou exposta, sou fumante, uso álcool e drogas, não me cuido, tomo friagem, tenho contato com sujeira, convivo com morador de rua, tive pneumonia, vivo gripada, cujo percentual mostrou-se maior entre as travestis (12,1%) em relação às trans (7,6%).

Em relação ao desconhecimento, o grupo travestis (13,8%) mostrou-se proporcionalmente maior em relação ao grupo trans (6,1%).

Um grupo respondeu não contrair a TB, onde se notou maior percentual entre as travestis (6,9%) em relação às trans (1,6%) e os motivos alegados foram: porque tomo antirretrovirais, tenho medo da rejeição, já tive TB e cuido bem de minha saúde (dados não informados na tabela).

Perguntou-se às entrevistadas o que sentiriam se tivessem TB. O sentimento de medo foi proporcionalmente maior entre as trans (28,8%) em relação às travestis (20,1%) e a tristeza percentualmente maior entre as travestis (41,4%) comparando-se às trans (24,2%).

Destaca-se que na resposta “nenhum sentimento” houve maior participação das trans (25,8%) equiparando-se às travestis (13,8%). Outros sentimentos também foram referidos como: surpresa, vergonha/constrangimento e desespero (12,1% travestis; 12,1% trans)..

Quando questionado se falariam sobre a doença, entre as que responderam negativamente à questão observou-se maior proporção no grupo de travestis (35,7%) em relação às trans (18,5%).

Dentre as que responderam afirmativamente, foi indagado para quem falaria e foi verificado que, entre as que falariam aos pais e parentes houve maior percentual no grupo trans (37,9%) em comparação às travestis (25,9%) e entre aquelas que falariam a um amigo próximo/colegas de trabalho, o grupo das trans mostrou-se proporcionalmente maior (25,8%) quando comparado às travestis (17,2%) (dados não informados na tabela).

Sobre o que fariam se pensasse ter os sintomas da TB, ambos os grupos procurariam um posto de saúde, com maior participação das trans (92,2%) em relação às travestis (84,5%).

Notou-se que entre as que responderam outras atitudes, como: procurar um pastor, uma farmácia ou automedicação, houve maior percentual entre as travestis (15,5%) quando comparado às trans (7,8%).

Indagou-se às entrevistadas “em que momento procuraria um posto de saúde” e ambos os grupos referiram que o faria assim que percebesse que os sinais e sintomas são da TB, (69,0% travestis; 66,7% trans). Todavia, destaca-se que entre aquelas que responderam “quando meu tratamento por conta falhasse”, houve maior participação das trans (22,7%) em relação às travestis (13,8%).

Dentre aquelas que responderam que o faria quando os sintomas durarem mais de 15 dias notou-se maior percentual entre as travestis (6,9%) comparando-se às trans (4,5%).

Na categoria “outros” foi observado maior proporção entre as travestis (3,4%) em comparação às trans (3,0%) que alegaram procurar um posto de saúde quando: estivesse tossindo sangue, estivesse morrendo, não iria ao posto de saúde e buscaria ajuda no candomblé.

Tabela 11. Atitudes e comportamentos informados sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014.

	Travestis (n=58)		**Trans** (n=66)		
	n	**%**	**n**	**%**	**valor p**
Pode pegar tuberculose					
Sim	54	93,1	63	98,4	0,190*
Não	4	6,9	1	1,6	
Sim, pode pegar TB porque					0,361*
Qualquer pessoa	41	70,7	53	80,3	
Não sabe	8	13,8	4	6,1	
Outros	9	12,1	9	7,6	
O que sentiria se tivesse TB					0,317*
Medo	14	24,1	19	28,8	
Tristeza	24	41,4	16	24,2	
Outros	7	12,1	8	12,1	
Nenhum sentimento	8	13,8	17	25,8	
Não sabe	5	8,6	6	9,1	
Falaria sobre a doença					0,039*
Sim	38	64,3	54	81,5	
Não	20	35,7	12	18,5	
O que faria se pensasse ter os sintomas da TB					0,256
Procuraria um posto de saúde	49	84,5	59	92,2	
Outros	9	15,5	5	7,8	
Em que momento procuraria o posto de saúde					0,610*
Quando o tratamento por conta falhasse	8	13,8	15	22,7	
Quando os sintomas durarem mais de 15 dias	4	6,9	3	4,5	
Assim que perceber que os sintomas são da TB	40	69,0	44	66,7	
Não sabe	4	6,9	2	3,0	
Outros	2	3,4	2	3,0	

*Teste exato de Fischer

6.1.12 Atitudes e estigma da tuberculose

Na **Tabela 12** verificou-se que ambos os grupos declararam conhecer alguém que teve TB, com maior participação das travestis (74,1%) em relação às trans (65,2%).

Ao indagar-se sobre “qual sentimento para com os doentes de TB” a solidariedade e desejo de ajudar mostrou-se percentualmente maior entre as trans (62,1%) em comparação às travestis (53,4%). Entretanto o sentimento de solidariedade, mas com desejo de evitar os doentes de TB foi proporcionalmente maior entre as travestis (29,3%) quando equiparado às trans (21,2%).

Quando questionadas sobre “como um doente de TB é considerado pelas outras pessoas” a rejeição mostrou maior percentual entre as travestis (72,4%) em relação às trans (65,2%).

Destaca-se que as respostas “muitos ajudam” mostrou-se percentualmente maior entre trans (13,6%) em comparação às travestis (6,9%) e “muitos são amigáveis, mas evitam os doentes” foi proporcionalmente maior no grupo das trans (12,1%) quando comparado às travestis (10,3%).

Ambos os grupos concordaram que uma pessoa soropositiva para HIV/aids também pode adoecer por TB, (95,5%trans; 93,1% travestis). Quando indagado o por quê, a baixa imunidade foi referida, porém com maior participação das trans (89,4%) em relação às travestis (77,6%).

O desconhecimento desta questão mostrou-se percentualmente maior entre as travestis (10,9%) quando comparado às trans (6,3%) (dados não informados na tabela).

Foi questionado se as entrevistadas se sentiam bem informadas sobre a TB e, neste caso, entre as que responderam negativamente à

pergunta, observou-se maior proporção das trans (80,3%) em relação às travestis (65,5%).

Ambos os grupos desejariam receber mais informações sobre a TB, com maior percentual no grupo trans (89,4%) em comparação às travestis (84,5%).

Entretanto, observou-se na **Figura 3** que, quando questionado como gostariam de receber mais informações sobre a TB, em ambos prevaleceu as conversas/palestras com profissionais de saúde, mostrando-se proporcionalmente maior no grupo travestis (65,5%) em relação às trans (60,6%).

Destaca-se que o desejo de receber informações por meio de radio/TV/internet apresentou maiores percentuais entre as trans (33,3%) quando equiparadas às travestis (19,0%) (dados não informados na tabela).

A pergunta “qual a maior preocupação quando pensa em TB” também faz parte do roteiro KAP. A morte foi referida em ambos os grupos, com maior participação das trans (19,7%) em comparação às travestis (15,5%) e a preocupação com o tratamento/internação/cura mostrou-se percentualmente maior entre as travestis (22,4%) quando comparado às trans (12,1%). Destaca-se que um grupo respondeu “nenhuma preocupação”, (19,7% trans e 15,5% travestis).

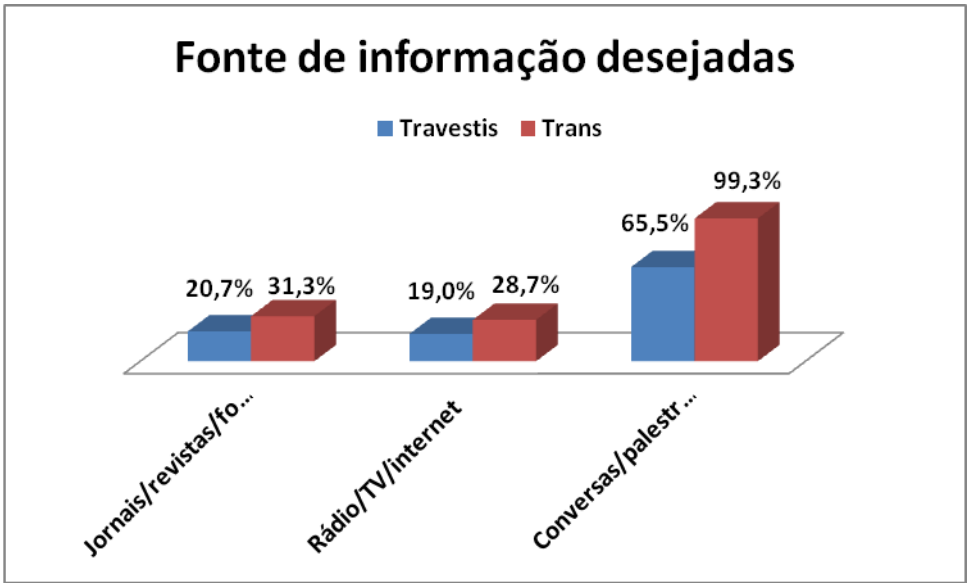
Também foram citadas outras preocupações, onde se observou maior percentual entre as trans (21,2%) em comparação às travestis (17,2%) como: impotência sexual, emagrecimento, parar de fumar, parar de trabalhar e faltar medicação, multirresistência da TB e sequelas.

Tabela 12. Atitudes e estigma informados sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014.

	Travestis (n=58)		**Trans** (n=66)		**valor p**
	n	**%**	**n**	**%**	
Conhece alguém que teve TB					0,321
Sim	43	74,1	43	65,2	
Não	14	24,1	22	33,3	
Qual sentimento para com doentes de TB					
Solidária e deseja ajudar	31	53,4	41	62,1	0,661*
Não pega TB e isso é um problema deles	3	5,2	6	9,1	
Solidária, mas evita os doentes	17	29,3	14	21,2	
Tem medo da infecção	4	6,9	3	4,5	
Nenhum sentimento/Outros	3	5,2	2	3,0	
Como um doente de TB é considerado pelas outras pessoas					
Muitos rejeitam	42	72,4	43	65,2	0,651*
Muitos ajudam	4	6,9	9	13,6	
Muitos são amigáveis, mas tentam evitá-las	6	10,3	8	12,1	
Não sabe/Outros	6	10,3	6	9,1	
Uma pessoa com HIV também pode ter TB					0,831
Sim	54	93,1	63	95,5	
Não	1	1,7	1	1,5	
Não sabe	3	5,2	2	3,0	
Sente-se bem informado sobre a TB					0,063
Sim	20	34,5	13	19,7	
Não	38	65,5	53	80,3	
Deseja receber mais informações					0,416
Sim	49	84,5	59	89,4	
Não	9	15,5	7	10,6	
Maior preocupação quando pensa em TB					0,667*
Morte	9	15,5	13	19,7	
Transmissão	12	20,7	12	18,2	
Tratamento / Internação/Cura	13	22,4	8	12,1	
Adoecimento	5	8,6	6	9,1	
Nenhuma	9	15,5	13	19,7	
Outros	10	17,2	14	21,2	

*Teste exato de Fisher

Figura 3. Fontes de informação desejadas entre as travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas que gostariam de receber mais informações sobre a tuberculose. São Paulo, 2014.



6.2 - CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE A TB ENTRE AS PARTICIPANTES COM ANTECEDENTES DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.

Conforme a **Tabela 13** entre os 124 indivíduos entrevistados 21 (17%) referenciaram antecedentes de tratamento para tuberculose, entre estes, 15 travestis (71,4%) seis trans (28,6%).

Tabela 13. Informações sobre antecedentes de tratamento de tuberculose travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas. São Paulo, 2014.

	Travestis (n=58)		**Trans (n=66)**		**Total (n=124)**	
Local de estudo	Tratadas	Não tratadas	Tratadas	Não tratadas	Tratadas	Não tratadas
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
CRDD	15	35	5	44	20	79
CRT	-	-	-	14	-	14
Arouche	-	8	1	2	1	10

6.2.1 Dados sociodemográficos

A **Tabela 14** mostra que em relação à idade, na faixa de 18 a 29 anos predominou o grupo não tratadas (54,4%) quando comparado às tratadas (23,8%). A faixa de 30 a 39 anos mostrou-se proporcionalmente maior entre as tratadas (47,6%) em relação às não tratadas (26,2%).

Foi observado que, na variável à raça/cor, prevaleceram as “não brancas”, em ambos os grupos (62,1% não tratadas; 61,9% tratadas).

Verificou-se que sobre a identidade sexual no grupo tratadas houve maior participação de travestis (71,4%) em comparação às trans (37,9%). Entretanto no grupo das não tratadas prevaleceram as trans (62,1%) em relação ao grupo travesti (37,9%).

Sobre a escolaridade, embasada em anos de estudo, a faixa de cinco a oito anos mostrou-se percentualmente maior no grupo das não tratadas (32,0%) quando comparado a tratadas (28,6%). Na faixa de nove a onze anos de estudo observou-se maior participação das não tratadas (37,9%) comparando-se às tratadas (23,8%).

Foi verificado que a passagem pelo sistema prisional mostrou-se proporcionalmente maior entre as tratadas (47,6%) em relação às não tratadas (20,4%).

Sobre a prostituição, verificou-se maior percentual entre as tratadas (90,5%) em comparação às não tratadas (68,0%). O tempo de atuação nesta profissão, referente à faixa de um a 10 anos, mostrou-se percentualmente maior no grupo não tratadas (54,3%) quando comparado às tratadas (26,3%) e, na faixa de 11 a 20 anos predominou o grupo tratadas (42,1%) em relação às não tratadas (30,0%).

Tabela14. Características informadas das travestis e mulheres transexuais entrevistadas com antecedentes de tratamento de tuberculose, segundo variáveis sociodemográficas e passagem pelas prisões. São Paulo, 2014.

	Tratou/trata TB (n=21)		Não tratou/trata TB (n=103)	
	n	**%**	**n**	**%**
Idade				
18-29	5	23,8	56	54,4
30-39	10	47,6	27	26,2
49-49	4	19,0	19	18,4
≥50	2	9,5	1	1,0
Cor				
Branca	8	38,1	39	37,9
Não branca	13	61,9	64	62,1
Identidade sexual				
Travesti	15	71,4	39	37,9
Mulher transexual	6	28,6	64	62,1
Anos de estudo				
0 a 4	4	19,0	8	7,8
5 a 8	6	28,6	33	32,0
9 a 11	5	23,8	39	37,9
≥12	6	28,6	23	22,3
Passagem pelo sistema prisional				
Sim	10	47,6	21	20,4
Não	11	52,4	82	79,6
Profissional do sexo				
Sim	19	90,5	70	68,0
Não	2	9,5	33	32,0
Tempo de atuação				
< 1 ano	1	5,3	4	5,7
1 a 10	5	26,3	38	54,3
11 a 20	8	42,1	21	30,0
≥21	5	26,3	7	10,0

6.2.2 Conhecimento da tuberculose

A **Tabela 15** mostra que, entre as participantes que receberam orientação sobre a TB, o grupo das tratadas (71,4%) mostrou-se percentualmente maior em relação às não tratadas (51,5%).

Em relação às fontes de informação, a mais acessada, em ambos os grupos, foi aulas/palestras/conversas com profissionais da saúde, (81,1% não tratadas; 80,0% tratadas). Entretanto, o recebimento de informações por meio de jornais/revistas/folhetos mostrou-se proporcionalmente maior entre que receberam tratamento para TB (26,7%) em comparação às que não receberam (24,5%).

Faz parte do KAP abordar a opinião da entrevistada sobre a tuberculose e foi verificado que, para as que referiram o tratamento, a doença é muito grave (61,9%) enquanto que para as não tratadas a doença é grave (47,6%). Entre estas últimas, destaca-se que 5,8% não souberam responder à pergunta.

Sobre os sintomas conhecidos da TB a tosse seca foi a mais referida em ambos os grupos, com maior participação entre as que não receberam tratamento (82,5%) em relação às que receberam (61,9%). Todavia, ressalta-se que 100% das tratadas referiram outros sintomas.

Destaca-se que foram referidos outros sintomas associados à TB, como: febre, cansaço, dor no peito, perda de peso, falta de ar, dor nas costas. Também foram citados outros sintomas não associados, como: dor de estômago, dor no corpo, dor de garganta, rouquidão, cegueira, queda de cabelo, perda dos dentes, perda de apetite, aids, pigarro, depressão, tontura e perda da locomoção,

Destaca-se que, sobre o principal sintoma da TB, a tosse com expectoração há mais de duas semanas, observou-se que apenas 14,3% das tratadas referiram este sintoma (não tratadas 11,7%). O desconhecimento dos sintomas da doença foi observado somente entre as não tratadas (12,6%).

Verificou-se que ambos os grupos possuem o conhecimento de que a TB é uma doença curável, (tratadas 95,2%; não tratadas 92,2%). Chama a atenção que, para 4,8% das tratadas a TB é incurável (3,9% não tratadas).

Foi questionado às entrevistadas que referiram que a TB tem cura, “como se cura a TB” e observou-se que resposta tratamento através de medicação com supervisão médica foi de 90,0% entre as tratadas e 83,2% no grupo que não recebeu tratamento (p=0,042). Destaca-se que 10,0% das tratadas referiram a cura por meio de repouso sem medicação (16,8% não tratadas). O conhecimento da gratuidade do tratamento para TB mostrou-se percentualmente maior entre as tratadas (61,9%) em relação às que não receberam tratamento (51,5%). Ainda,ressalta-se que entre as tratadas 28,6% considerou o tratamento caro (14,6% não tratadas) e neste mesmo grupo 9,5% não souberam responder (34,0% não tratadas). Indagou-se às entrevistadas “quanto custa o tratamento da TB” e chamou a atenção que, entre as tratadas 28,6% referiu que o tratamento é caro.

Tabela 15. Conhecimento informado sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais entrevistadas, com antecedentes de tratamento da doença. São Paulo, 2014.

	Tratou/trata TB (n=21)		Não tratou/trata TB (n=103)	
	n	**%**	**n**	**%**
Recebeu informação sobre TB				
Sim	15	71,4	53	51,5
Não	6	28,6	50	48,5
Fontes de informação				
Folhetos/cartazes	4	26,7	13	24,5
TV/Radio/Internet	-	-	9	17,0
Palestras/aulas/Profissionais de saúde	12	80,0	43	81,1
Opinião sobre a TB				
Muito Grave	13	61,9	41	39,8
Grave	7	33,3	49	47,6
Não grave	1	4,8	7	6,8
Não sabe	-	-	6	5,8
Sintomas conhecidos da TB				
Tosse seca	13	61,9	85	82,5
Tosse com catarro/sangue	8	38,1	30	29,1
Tosse mais de 2 semanas	3	14,3	12	11,7
Não sabe	-	-	13	12,6
Outros	21	100,0	24	23,3
A TB tem cura				
Sim	20	95,2	95	92,2
Não	1	4,8	4	3,9
Não sabe	-	-	4	3,9
Como se cura a TB				
Tratamento com supervisão médica	18	90,0	79	83,2
Repouso sem remédios	2	10,0	16	16,8
Quanto custa o tratamento de TB				
Gratuito	13	61,9	53	51,5
Caro	6	28,6	15	14,6
Não sabe	2	9,5	35	34,0

6.2.3 Conhecimento sobre a transmissão e prevenção da tuberculose

A **Tabela 16** mostra que ambos os grupos tinham conhecimento da forma correta de transmissão da TB, a via aérea, cuja proporção nas tratadas e nas não tratadas foi de 38,1% e 35,0%, respectivamente.

Em relação às formas incorretas de transmissão da doença, 47,6% no grupo tratadas e 34,0% no das não tratadas houve referência de outras formas de transmissão, dentre elas: aperto de mão, compartilhamento de pratos e talheres, compartilhamento de cigarros e cachimbos de crack, através do beijo e sexo, saliva, contato com o doente, picada de mosquito, vaso sanitário, urina de rato, friagem e inalar a fumaça do crack, gripe e pneumonia.

Sobre como uma pessoa pode se prevenir da TB, verificou-se que, nenhuma das tratadas e apenas 1,0% entre as não tratadas referiu uma das alternativas corretas: alimentar-se bem.

Em relação às respostas incorretas referidas, observou-se que 80,9% das tratadas e 48,5% das não tratadas referiram: não cumprimentar com as mãos, cobrir a boca ao tossir e espirrar, fechar janelas, lavar as mãos, orar e benzer-se, não tomar friagem, não compartilhar pratos e talheres, não compartilhar cigarros e cachimbos de crack, usar preservativo, usar máscara, tomar medicação/vacina e fazer exames de rotina.

Quanto ao desconhecimento das formas de prevenção da doença observou-se maior participação das não tratadas (50,5%) em relação ao grupo que recebeu tratamento (19,9%).

Perguntou-se “quem pode ter TB” e foi verificado que ambos os grupos tinham o conhecimento de que qualquer pessoa pode contrair a doença, cujo percentual mostrou-se elevado entre aquelas que receberam tratamento (85,7%) e as que não receberam o tratamento (73,8%).

Foi observada maior percentual no grupo não tratadas (9,7%) entre as que não souberam responder à pergunta (tratadas 4,8%).

Tabela 16. Conhecimento informado sobre as formas de transmissão e prevenção da tuberculose entre travestis e mulheres transexuais (trans) entrevistadas, com antecedentes de tratamento da tuberculose. São Paulo, 2014.

	Tratou/trata TB (n=21)		**Não tratou/trata TB (n=103)**	
	n	**%**	**n**	**%**
Como se transmite a TB				
Formas corretas	8	38,1	36	35,0
Formas incorretas	10	47,6	35,0	34,0
Não sabe	3	14,3	32	31,1
Como uma pessoa pode se prevenir da TB				
Formas corretas	-	-	1	1,0
Formas incorretas	17	80,9	50	48,5
Não sabe	4	19,0	52	50,5
Quem pode pegar TB				
Qualquer pessoa	18	85,7	76	73,8
Outros	4	19,0	17	16,5
Não sabe	1	4,8	10	9,7

6.2.4 Atitudes e comportamentos informados sobre a TB

A **Tabela 17** mostra que, quando indagadas se poderiam ter TB, ambos os grupos responderam afirmativamente à pergunta, não tratadas (96,1%) em relação ao que tratou (85,7%). Chama a atenção que 9,5% das tratadas referiram que não podem ter tuberculose e 4,8% delas não souberam responder à questão.

Na sequência, foi adicionada a pergunta “por que pode contrair a TB” e o conhecimento de que qualquer pessoa pode ser afetada pela doença foi de 62,6% no grupo das que receberam o tratamento, enquanto que entre as que não receberam tratamento foi de 22,3% (dados não informados na tabela).

Destaca-se que entre as tratadas 72,2% referiu a infecção da doença por outros motivos como: tabagismo, compartilhamento de cigarros, uso de

drogas ilícitas, friagem, contato com a sujeira, contato com doente de TB, convivência com morador de rua, vive sempre gripada, antecedentes de pneumonia e tuberculose. No grupo que não recebeu tratamento essa referencia foi de 26,3%.

Dentre aquelas que responderam que não podem ter TB foi observada maior participação do grupo das tratadas (9,5%) em relação às não tratadas (2,9%) e os motivos foram: tomo antirretrovirais, evito contato com doentes; cuido bem da saúde e evito locais fechados.

Foi indagado às entrevistadas qual sentimento teriam em relação ao adoecimento por TB. A referência ao medo foi de 27,2% entre as tratadas e 23,8% entre as não tratadas. O sentimento de tristeza mostrou-se também presente em ambos os grupos: não tratadas (33,3%) e tratadas (23,8%).

Foi observada a referência a outros sentimentos, como: surpresa, vergonha, constrangimento e desespero, com maior participação entre as que trataram (23,8%) em relação às que não trataram (12,6%). Chama a atenção a resposta “nenhum sentimento” (tratadas 28,6%; não tratadas 27,2%).

Ao serem questionadas se falariam sobre a doença, caso fossem acometidas pela TB, responderam negativamente à pergunta 42,9% das tratadas e 22,3% das não tratadas

Na sequência, indagou-se às que responderam afirmativamente à pergunta (57,1% tratadas e 74,8% não tratadas), para quem falariam e, ambos os grupos, responderam que o fariam aos pais e outros parentes, com maior participação das tratadas (41,7%) em relação às não tratadas (39,0%). Parte das entrevistadas falaria a amigo próximo/colegas de trabalho (41,7% das tratadas e 28,6% não tratadas). Ressalta-se que entre as que falariam ao médico observou-se maior participação das não tratadas (14,3%) em relação às tratadas (8,3%) e 18,1% das não tratadas e 8,3% das tratadas falariam sobre a doença ao parceiro fixo (Dados não informados na tabela).

Quando indagadas sobre o que fariam se pensassem ter os sintomas da TB, ambos os grupos procurariam um posto de saúde, com maior participação das não tratadas (90,3%) em comparação às tratadas (81,0%). Chamou a atenção que 9,5% das tratadas não souberam responder à pergunta e, neste mesmo grupo 9,5% relatou outras atitudes como: procurar um pastor, uma farmácia ou automedicar-se.

Entre as que responderam que procurariam um posto de saúde se pensassem ter os sintomas da TB, indagou-se “em que momento procuraria um posto de saúde” e ambos os grupos o fariam quando percebessem que os sintomas são da TB, (68,0% não tratadas; 66,7% tratadas).

Destaca-se que entre aquelas que responderam que o fariam quando o tratamento por conta falhasse, houve maior participação das tratadas (19,0%) em comparação às não tratadas (18,4%).

Dentre as que responderam que procurariam um posto de saúde quando os sintomas persistirem por mais de duas semanas houve maior participação entre as não tratadas (5,8%) comparando-se às tratadas (4,8%).

Ressalta-se que entre as tratadas uma entrevistada (4,8%) respondeu que procuraria um posto de saúde quando estivesse morrendo e 2,9% das não tratadas o fariam quando tossissem sangue ou quando os sintomas agravassem.

Tabela 17. Atitudes e comportamentos informados sobre a tuberculose entre travestis e mulheres transexuais entrevistadas com antecedentes de tratamento da doença. São Paulo, 2014.

	Tratou/trata TB (n=21)		Não tratou/trata TB (n=103)	
	n	**%**	**n**	**%**
Pode pegar tuberculose				
Sim	18	85,7	99	96,1
Não	2	9,5	3	2,9
Não sabe	1	4,8	1	1,0
O que sentiria se tivesse TB				
Medo	5	23,8	28	27,2
Tristeza	5	23,8	34	33,0
Outros	5	23,8	13	12,6
Nenhum sentimento	6	28,6	28	27,2
Falaria sobre a doença				
Sim	12	57,1	77	74,8
Não	9	42,9	23	22,3
Não sabe	-	-	3	2,9
O que faria se pensasse que está com os sintomas da TB				
Procuraria um posto de saúde	17	81,0	93	90,3
Não sabe	2	9,5	-	-
Outros	2	9,5	10	9,7
Em que momento procuraria o posto de saúde				
Quando o tratamento por conta falhar	4	19,0	19	18,4
Quando os sintomas durarem mais de 15 dias	1	4,8	6	5,8
Assim que perceber que os sintomas são da TB	11	66,7	70	68,0
Não sabe	1	4,8	5	4,9
Outros	1	4,8	3	2,9

6.2.5 Atitudes e estigma sobre a TB

A **Tabela 18** aponta que ambos os grupos conheciam alguém com TB (81,0% tratadas e 67,0% não tratadas).

Quando indagadas sobre o sentimento que teriam para com os doentes de TB, a solidariedade e o desejo de ajudar foi referido em ambos

os grupos com maior participação entre as que receberam tratamento (60,2%) em comparação às que não receberam (47,6%).

Destaca-se que a indiferença, isto é, não pega TB e isso é um problema dos doentes, foi observada entre as tratadas (21,4%) e no grupo tratadas (4,8%).

Em relação à solidariedade, acompanhada do desejo de evitar os doentes mostrou maior participação entre as tratadas (42,9%) em relação às não tratadas (7,8%).

Notou-se também que 10,7% das não tratadas referiram nenhum sentimento e apenas uma tratada (4,8%) referiu que não sabia responder à pergunta.

Ao indagar-se “como um doente de TB é considerado pelas outras pessoas” observou-se que a rejeição foi referida em ambos os grupos (85,7% tratadas e 65,0% não tratadas).

Foi observado que ambos os grupos tinham conhecimento de que uma pessoa soropositiva para o HIV também pode ter TB (100,0% tratadas; 93.2% não tratadas) e quando indagado “por que?” as duas categorias referiram a baixa imunidade (90,5% tratadas e 83,5% não tratadas) (dados não informados na tabela).

Quando indagadas se as participantes se sentiam bem informadas sobre a TB, verificou-se que, entre as que responderam negativamente à pergunta, houve maior participação entre as não tratadas (77,7%) em relação às tratadas (52,4%).

Foi questionado se as entrevistadas desejariam receber mais informações sobre a doença. Responderam afirmativamente à questão 88,3% das não tratadas e 81,0% das tratadas.

Ao perguntar-se “qual a maior preocupação quando pensa em TB”, o adoecimento/tratamento/internação mostrou maior participação dentre as

tratadas (42,9%) em relação às não tratadas (33,0%). A morte foi referida por 19,4% das não tratadas e 19,0% das tratadas.

Chama a atenção o grupo que referiu não pensar em TB (23,8% das tratadas e 16,5% das não tratadas).

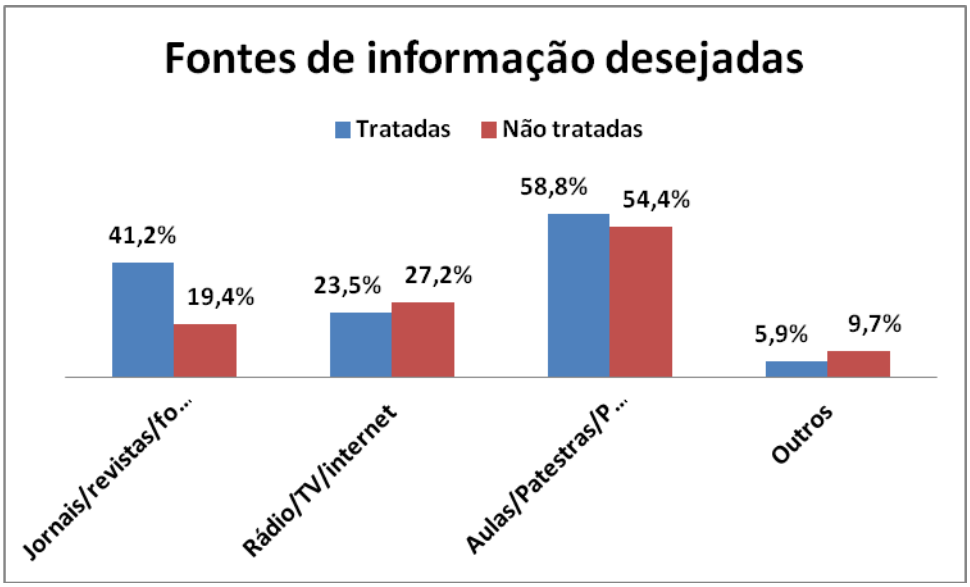
Outros sentimentos, como: transmissão, prevenção, isolamento, solidão, parar de trabalhar e perder a ereção foi verificada maior participação das não tratadas (31,1%) em relação às tratadas (14,3%).

Tabela 18. Atitudes e estigma informados sobre a tuberculose entre travestis e transexuais entrevistadas com antecedentes de tratamento de TB. São Paulo, 2014

	Tratou/trata TB (n=21)		**Não tratou/trata TB (n=103)**	
	n	**%**	**n**	%
Conhece alguém que teve TB				
Sim	17	81,0	69	67,0
Não	4	19,0	34	33,0
Qual sentimento para com os doentes de TB				
Solidária e deseja ajudar	10	47,6	62	60,2
Não pega TB e isso é um problema deles	1	4,8	22	21,4
Solidária, mas prefere ficar longe	9	42,9	8	7,8
Nenhum sentimento	1	4,8	11	10,7
Como um doente de TB é considerado pelas outras pessoas				
Muitos rejeitam	18	85,7	67	65,0
Muitos ajudam	2	9,5	11	10,7
Muitos são amigáveis, mas tentam evitá-las	1	4,8	13	12,6
Não sabe	-	-	12	11,7
Sente-se bem informado sobre a TB				
Sim	10	47,6	23	22,3
Não	11	52,4	80	77,7
Deseja receber mais informações				
Sim	17	81,0	91	88,3
Não	4	19,0	12	11,7
Maior preocupação quando pensa em TB				
Morte	4	19,0	20	19,4
Tratamento /internação/adoecimento	9	42,9	34	33,0
Não pensa	5	23,8	17	16,5
Outros	3	14,3	32	31,1

A **Figura 4** mostra que, dentre aquelas que gostariam de receber mais informações sobre a TB, foram encontradas diferenças percentuais entre os grupos no que se refere à fonte de informação mais desejada, que foram: aulas e palestras/conversas com profissionais da saúde, com diferenças percentuais (58,8% tratadas; 54,4% não tratadas). Dentre as outras fontes mencionadas destaca-se que jornais/revista/folhetos com maior participação entre o grupo das tratadas (41,2%) em relação às não tratadas (19,4%) (dados não informados na tabela).

Figura 4 Fontes de informação desejadas entre as travestis e mulheres transexuais entrevistadas, com antecedentes de tratamento de tuberculose, que gostariam de receber mais informações sobre a doença. São Paulo, 2014.



7 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram observar na **Tabela 1** que, no grupo estudado, a presença de travestis e trans na cidade de São Paulo com idade maior ou igual a 50 anos foi bem reduzida, quando comparado com as outras faixas etárias, coincidindo com outros estudos (SOUSA et al.,2013; FERRAZ et al.,2006; GRANDI, 2001;).

Compreendeu-se que as chances das travestis e trans chegarem à velhice são remotas e com o passar do tempo tornam-se mais invisíveis pela sobreposição dos estigmas: homossexual, transgênero, idosa e pobre (ANTUNES, 2013; ANTUNES e MERCADANTE, 2011).

Esta invisibilidade também foi observada na ausência de dados nos censos demográficos e dificultou as análises sobre esta população, o que também inviabiliza outros estudos de morbidade e mortalidade devido ao registro dos óbitos de travestis e mulheres transexuais na categoria masculina.

Casteleira (2014) referiu que esta sobreposição dos estigmas: homossexual, transgênero, prostituta e HIV/aids associados ao processo de envelhecimento implica para as travestis deixar a juventude aos 29 anos de idade e com 35 já estarem no patamar da velhice.

Para elas, a senilidade chega quando seus corpos deixam de ser atraentes, encerrando a carreira de profissional após 40 anos de idade, causando grande impacto financeiro e, estas, são consideradas verdadeiras sobreviventes (ANTUNES, 2013).

Ao atingirem a velhice por volta dos 35 anos de idade, sem recursos financeiros, deixam de tomar hormônios e, em alguns casos, voltam a se vestir como homens, passando por um tipo de “desconversão”, assumindo outras funções ou sobrevivendo da mendicância (CASTELEIRA, 2014).

Esta situação foi observada em algumas travestis com idade acima dos 35 anos em situação de rua, com pelos no rosto, indicando a interrupção da hormonioterapia.

Algumas relataram sobre a dificuldade de sobrevivência em razão da sua aparência física e viviam de esmolas ou, eventualmente, da troca de serviços sexuais por álcool e drogas com outros moradores de rua.

Os dados obtidos neste estudo e as observações registradas em relação à velhice das travestis e trans coadunam com Antunes (2013), Casteleira (2014) e Kulick (2008), indicando a necessidade da realização de outros estudos quantitativos e qualitativos sobre o processo de envelhecimento da população transgênero e transexual, assim como outros que abordem as especificidades e características da população LGBT acima de 65 anos de idade.

Neste estudo foi observada a predominância de travestis e trans autorreferidas não brancas em relação às brancas. Este resultado é semelhante ao observado em diversos estudos realizados nas últimas décadas que apontaram outra realidade social entre pessoas “brancas” e “não brancas”, incluindo-se nesta última categoria pretos e pardos (HERINGER, 2002; GUIMARÃES, 2002, 1999; HASENBALG & SILVA, 1999; 1988; FERNANDES, 1978).

Parra (2003) e Travassos (2004) referiram que os atuais estudos tem-se deparado com problemas metodológicos, em razão da confiabilidade e validade da variável “raça” ocorrida nos campos da genética e da saúde pública. Neste presente estudo optou-se pela utilização das categorias “branca” e “não branca” no intuito de simplificar as análises, de forma a reduzir estes problemas metodológicos.

Embora um grupo social não seja definido pelas relações de raça ou cor, diversos estudos indicam que as diferenças étnicas associadas às

desigualdades sociais condicionam a forma de viver de grupos e pessoas ao longo da vida (ADORNO, 2004; BATISTA et al.,2004; BATISTA, 2002).

A exemplo da relação às disparidades brasileiras relacionadas à raça ou cor, Batista et al. (2002) referiu que as famílias negras têm menor escolaridade e menor renda familiar quando comparadas às famílias brancas.

Batista (2004) e Heringer (2002) mencionaram que a dimensão de evidências a respeito dessas diferenças aponta para descomedida condição de desvantagem e exclusão dos pretos e pardos quando comparados aos brancos no Brasil e abrange variados momentos do ciclo vital.

Henriques (2001) verificou que 63% da população pobre no país é de negros e que 61,2% da população negra é pobre e indigente, constatando que nascer de cor parda ou negra, aumenta de forma significativa a probabilidade de um brasileiro ser pobre.

Melo et al. (2003) e Grossi et al. (2013), alegaram que, no Brasil, 61% dos pobres são negros e estes, enquanto indigentes, alcançam a extraordinária taxa de participação de 71%. Neste estudo foi possível acessar um grupo de travestis e mulheres transexuais em situação de rua, em sua maior parte “não brancas” e também observar, durante o trabalho de campo, o número expressivo destas à procura de vagas em albergues da cidade.

Na revisão da literatura não foram encontrados estudos que abordaram indicadores de disparidades em relação à raça/cor entre travestis e mulheres transexuais, entretanto, foi observada nesta pesquisa a predominância de pessoas pertencentes à condição "não branca“. Este resultado foi semelhante aos observados por Sousa et al. (2013) em seus estudos com travestis na cidade de Recife – PE e bem próximos aos encontrados por Ferraz et al. (2006) na cidade de Uberlândia – MG.

Com base na literatura e na predominância de pessoas “não brancas” neste estudo, considerou-se o pertencimento deste grupo aos extratos mais pobres da sociedade brasileira, concordando com Carrara e Vianna (2006) sobre a conexão entre o quesito raça ou cor das travestis e mulheres transexuais brasileiras e a realidade social conectada à pobreza, miséria, ao tráfico e às favelas.

Estas observações remetem aos apontamentos de Ferreira (2014) e Kulick (2008) sobre a necessidade de estabelecimento das relações entre raça e cor com os diferentes níveis de exclusão econômica, social e cultural a qual travestis e mulheres transexuais estão submetidas no país, para a compreensão da realidade que as conduzem à marginalidade e vulnerabilidade social.

Neste estudo a taxa de analfabetismo (3,4%) foi observada (**Tabela 1)** apenas entre as travestis, valor próximo ao encontrado por Ferraz et al. (2006), mas ainda abaixo dos indicadores da população brasileira (8,3%), segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios – PNAD, em 2013 (BRASIL, 2014c).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, analfabeto funcional é a pessoa que possui menos de quatro anos de estudos completos (BRASIL, 2010)

Entre as trans não foi observado analfabetismo funcional, mas foi verificada a taxa de 10,3% no grupo travestis, próximo ao referido por Soares et al. (2007) realizado em Recife- PE, mas inferior quando comparado ao mesmo dado no país (17,8%) (BRASIL, 2014c).

Estes resultados mostraram-se relevantes e, possivelmente esteja associado ao fato de que as trans, diferentemente das travestis, constroem sua identidade sexual pautadas no modelo heteronormativo de feminilidade, o que lhes atribui comportamentos sociais mais toleráveis no âmbito familiar

e escolar, mas pode também estar atrelado ao distanciamento da prostituição.

De qualquer forma, este resultado ilustra a dicotomia existente entre a construção identitária de travestis e mulheres transexuais, indicando a necessidade de outros estudos que abordem distintivamente estes dois grupos.

Apesar das taxas de analfabetismo e analfabetismo funcional terem ficado abaixo da média nacional, a situação educacional das entrevistadas não deve ser avaliada como satisfatória, considerando-se que 72,4% das travestis e 74,3% das trans não conseguiram completar o ensino fundamental (dados não informados na tabela).

Estes resultados foram semelhantes aos encontrados em outro estudo realizado no país (FERRAZ et al, 2006; GIL 2016), mas mostraram-se superiores em comparação com outros realizados no Peru e Espanha (SILVA-SANTISTEBAN et al. 2012; BELZA et al. 2000)

Pelúcio (2007) e Trevisan (2000) foram unânimes em afirmar que a baixa escolaridade contribui para a exclusão das travestis do mercado formal de trabalho e, consequentemente conduzidas ao universo da prostituição, como única forma de sobrevivência.

Observou-se neste presente estudo o reduzido número de travestis e trans com nível superior, maior ou igual a 12 anos de estudo. Esta informação sugere que o ambiente escolar não é um espaço favorável à permanência de pessoas transgêneros e transexuais.

Este cenário remete à ideia foucaultiana de monstruosidade, arraigada no conhecimento jurídico, engendrado a partir da transgressão de determinadas leis naturais como forma de violação extrema das normas da natureza. Assim como o discurso médico se apropria da morte para falar da vida, o discurso jurídico se apropria do monstro para falar da lei (FOUCAULT, 2000).

O sujeito, enquanto monstro, é delimitado por saberes oriundos das mais diversas áreas do conhecimento que o determina como representação derradeira de oposição às regras, interpretado a partir das pequenas anomalias e dos mais insignificantes desvios de conduta (FOUCAULT, 2002).

Segundo Foucault (2000), o monstro humano é concebido como um ser cosmológico e anticosmológico, cujo corpo anormal e transgressor, representa um misto de duas espécies, de dois indivíduos, de dois sexos.

O que valida o monstro humano não é tão só a exceção em relação à forma da espécie, mas o distúrbio que traz às regularidades jurídicas. A maior intolerância em aceitar tais diferenças viria da dificuldade em categorizar dentro das leis jurídicas, biológicas e divinas, os indivíduos que não se encaixam em nenhuma categoria pré-estabelecida (FOUCAULT, 2000).

Em seu raciocínio, o delineamento da anormalidade refere-se ao indivíduo a ser corrigido, porém o que o define é exatamente o fato de ser incorrigível. Portanto, sua anormalidade deve ser enquadrada e corrigida através de técnicas de controle das instituições normativas e determinados campos do saber, como por exemplo, as religiões, instituições de ensino, a psiquiatria e a psicologia (FOUCAULT, 2002).

Estas instituições e saberes executam mecanismos de vigilância e o controle físico e psíquico, visando sua adequação ao comportamento desejável e normatização dos corpos e sujeitos (FOUCAULT, 2000).

É nesse contexto de anormalidade que Bohn (2009), transporta o pensamento de Foucault sobre a monstruosidade para o universo escolar em relação à presença de travestis no sistema educacional.

A travesti, sujeito transgressor das normas e regras, embaralha os gêneros e contradiz as leis, afronta a normalidade, é um ser incorrigível. Sua presença subversiva na escola deflagra diferentes mecanismos de

normatização e de exclusão deste monstro e de tudo o que ele representa (REIDEL 2013; BOHN, 2009).

Historicamente, as instituições de educação são voltadas à interdição dos corpos e das diferenças, constituídas a partir de um referencial curricular e discursivo heteronormativo que nega as diversidades identitárias e sexuais.

Apesar dos inúmeros discursos contemporâneos sobre a inclusão das diferenças e diversidades na educação, é conhecida a forma como o sistema educacional lida com essas questões no país.

A educação brasileira atualmente é estruturada a partir de dois documentos norteadores das práticas educacionais, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira e os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL 1997b; BRASIL, 1996).

Bohn (2009) analisou estes dois documentos e referiu que ambos não oferecem subsídios para o desenvolvimento de ações que garantam o acesso e permanência das diversidades sexuais nas escolas. Afirmou que os programas voltados à temática da diversidade sexual são desconhecidos nas escolas e a abordagem desta questão, bem como a seleção de materiais didáticos e paradidáticos fica a critério dos professores.

Segundo Furlani (2009) o tratamento dado ao tema nas escolas é fortemente carregado de valores heteronormativos e identitários hegemônicos que perpetuam apenas o que é considerado bom, correto, normal e socialmente aceitável.

Outros documentos analisados por Bohn (2009), voltados especificamente às diversidades sexuais: “Brasil sem homofobia: Programa de Combate à Violência e à discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual” e “Resoluções do 1º. Congresso LGBT”, estes, sequer mencionam apontamentos específicos para a população de travestis,

mas, generalizam vagamente referências aos direitos das diversidades sexuais (BRASIL, 2008b; BRASIL 2004).

Neste contexto, a escola insiste na vinculação de textos e imagens que reforçam a ideia de família nuclear heteronormativa, desconsiderando-se outras possibilidades de configurações familiares (BOHN 2009).

Durante a realização desta pesquisa, não foram encontrados dados oficiais sobre a violência contra pessoas transgêneros nas escolas no país, salvo alguns casos expostos em redes sociais

Entretanto Hiller (2005) afirmou que a escola ocupa o terceiro lugar na lista de locais onde essas pessoas sofrem agressões, representando um espaço expulsivo para as travestis e transexuais (CALDAS, 2012).

Os resultados obtidos sobre a escolaridade neste estudo remetem à definição de Yazbeck (2010) para a pobreza, como uma categoria multidimensional e que não se expressa apenas pela carência de bens materiais, mas é uma categoria política que se traduz pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e esperanças.

Esta definição incita a reflexão sobre a resistência política atual em desconsiderar as discussões de gênero nas escolas. O embate entre as opiniões contra ou a favor dessa discussão, reforça, entre outros aspectos, a negação da possibilidade de existência dos indivíduos que transitam entre os gêneros nas instituições de educação.

Este posicionamento político perpetua a condição de pobreza e miséria das travestis e transexuais no país, colaborando para as altas incidências de violência e discriminação, o que leva o Brasil a ocupar o primeiro lugar entre os países onde mais ocorrem assassinatos de travestis e transexuais no mundo, seguido pelo México e Estados Unidos, segundo a ONG *Transgender Europe* (2014).

Neste presente estudo, conforme a **Tabela 1**, 25,0% do total das participantes referiu a passagem pelo sistema prisional. Historicamente, as prisões foram construídas para aumentar a segurança pública e não para reduzir a transmissão das doenças ou para, eficientemente, oferecer cuidados médicos aos detentos (BICK, 2007).

Este conceito associado ao baixo investimento na área da saúde prisional, em detrimento à área de segurança nas últimas décadas, trouxe sérias dificuldades no controle das doenças infectocontagiosas nas prisões, especialmente em relação à tuberculose (BRASIL, 2009; MAHER, 1998).

No Brasil, entre 2003 e 2013, a população carcerária saltou de 308.304 para 581.507, o que significa aumento de 88,6% de pessoas privadas de liberdade. O Estado de São Paulo contribuiu com 36% das pessoas presas no país, tendo, em 2013 um total de 207.447 pessoas encarceradas (BRASIL, 2014a).

Em 2014 o número de pessoas privadas de liberdade em todo o país foi de 607.073, e o Brasil ocupava a quarta posição entre os 20 países com maior população prisional do mundo, com déficit de 231.062 vagas. Entre todas as unidades federais o estado de São Paulo é o mais populoso, com 219.053 detentos (BRASIL, 2014a).

Soares e Guindani (2007) referiram que, em relação à segurança pública e às políticas penais no Brasil, ocorre um fenômeno singular envolvendo a esfera econômica que captura os indivíduos precariamente incluídos na produção social da riqueza, colocando-os sob o comando de um sistema que evidencia as desigualdades sociais.

Estas inequidades não são limitadas apenas ao campo econômico, mas também associadas à representatividade de pertencimentos de raça e etnia, gênero e sexualidade, geração e de outras determinações da vida concreta (SOARES e GUINDANI, 2007).

Aguinsky (2013) citou que neste contexto, o esforço na construção de políticas de segurança pública, comprometidas com os direitos humanos, entra em confronto com o ideário repressivo e controlador reivindicado pela sociedade.

Desta forma, o sistema de segurança pública assume um viés punitivo, focado na criminalização da pobreza e de outros tantos flagelos sociais, reproduzindo a violência em sua multidimensionalidade sob o populismo punitivista alimentado pela sociedade brasileira (AGUIMSKY, 2014).

Em relação à população transgênero, é relevante analisar sua vulnerabilidade social e miserabilidade frente ao acesso de bens e serviços, considerando-se que em sua maioria, travestis brasileiras são provenientes das classes sociais mais pobres, complementando o delineamento da seletividade inerente ao sistema de justiça e de segurança no Brasil (AGUINSKY et al., 2013; PELÚCIO, 2006).

Ferreira (2014) afirmou que a prisão de travestis no país é notoriamente justificada pela sua posição socialmente fragilizada, que as colocam em posição ideal à prisão em razão, sobretudo, da classe social e raça/etnia, e também no sentido estético e moral.

No Brasil, historicamente, a realidade das prisões é permeada pela violação dos direitos humanos dentro de um contexto violento e hostil e, no caso das travestis, este processo é ainda mais perverso, considerando-se que seus corpos são marcados pela abjeção em razão da reinterpretação das normas de gênero impostas pela sociedade binária, cissexista e heteronormativa, também reproduzida no interior das prisões.

No sistema prisional, as travestis tornam-se invisibilizadas, esquecidas e deslegitimadas, reafirmando a ideia de que são falsas mulheres e que seus gêneros não são legítimos e, portanto, abjetos (ZAMBONI, 2014).

Este cenário traduz o pensamento da cultura carcerária nas prisões masculinas, embasada em códigos de conduta e concepções rigorosas de masculinidades, onde, indivíduos que transitam entre os gêneros são identificados precariamente como “homossexuais”, “mona”, “bicha” e “viado” e, portanto, deslocados daquele ambiente essencialmente masculino, sendo discriminados por funcionários e detentos (ZAMBONI, 2014).

Foi possível identificar essa discriminação durante o trabalho de campo quando uma das travestis entrevistadas havia ganhado a liberdade após quatro anos de prisão e compareceu ao CRDD-SP em busca de vaga em um dos abrigos da cidade, mas também procurava por doação de uma peruca.

Contou que na prisão teve seus objetos separados, seus cabelos raspados e durante todo o cumprimento da pena foi impedida de deixá-los crescerem, usar esmaltes nas unhas, maquiagem e era tratada pelo nome de registro por detentos e funcionários, que ignoraram propositalmente seu nome social.

Zamboni (2014) citou que as travestis, seus “maridos” e os homossexuais, quando identificados, são alvo de preconceito e discriminação e sumariamente excluídos do convívio com outros detentos. São proibidos de jogar futebol e seus objetos pessoais, copos, pratos e talheres são separados de forma a não se misturarem com os de outros presos (PASSOS,2014).

A consolidação desta prática também pode estar, equivocadamente, associada à epidemia do HIV/aids nas prisões e a incorporação da massa carcerária da associação entre a homossexualidade e a transmissão do HIV (ZAMBONI, 2014).

Estes fatos remetem aos códigos de conduta referidos por Padovani (2011), impostos pelos detentos e funcionários na prevenção das práticas

homossexuais no interior das penitenciárias, um dos principais argumentos utilizados em favor da implementação da visita íntima.

Zamboni (2014) notou que, de um modo geral, a distribuição de travestis e mulheres transexuais entre as regiões do estado, através das coordenadorias é razoavelmente constante e se mantém sem grandes variações. Entretanto, no interior das coordenadorias, nas unidades prisionais essa distribuição mostra-se bastante irregular.

Em algumas unidades prisionais a concentração de travestis e mulheres transexuais é mais acentuada. A hipótese colocada pelo autor sugere que esta distribuição irregular está associada à divisão das unidades prisionais em “de seguro” e “do comando”, sendo que as travestis e mulheres transexuais teriam preferência pelas unidades “de seguro” (ZAMBONI, 2014).

As unidades “de seguro”, definidas por Biondi (2009) são espaços no interior dos presídios destinados aos presos que não podem conviver pacificamente com os demais sem colocar em risco as suas próprias vidas.

As unidades “do comando” são celas comandadas pelo Primeiro Comando da Capital (PCC), esta é a maior organização criminosa do país, presente em 90% dos presídios paulistas e comanda rebeliões, assaltos, sequestros, assassinatos e narcotráfico e tem um perfil conservador em relação à diversidade sexual (MARQUES, 2009).

A facção atua principalmente em São Paulo, mas também está presente em 22 dos 27 estados brasileiros, além de países próximos, como Bolívia e Paraguai (MARQUES, 2009).

Zamboni (2014) também notou que há fortes evidências da existência de uma política de distribuição da população transgênero entre alas e celas específicas no interior das unidades prisionais.

Esta divisão varia de acordo com a arquitetura das instalações, acordos com determinados coletivos de prisioneiros e proporção relativa de travestis e mulheres transexuais em cada unidade prisional. Ainda podem concentrar esse contingente em uma ou mais celas (ZAMBONI, 2014).

Outro dado importante, observado pelo autor foi a ausência de registros ou outras informações sobre a presença de travestis masculinos ou homens transexuais nas unidades femininas.

Referiu ainda que a população LGBT privada de liberdade constitui um complexo imbricamento de demandas por justiça social no âmbito dos direitos da população carcerária e dos direitos da população LGBT e, por constituírem características históricas contrastantes, encontram-se frequentemente em conflito, representando um desafio ao sistema penitenciário (ZAMBONI, 2014).

Foram encontradas raras publicações sobre o tema, na pesquisa bibliográfica consultada para a realização deste estudo, bem como a ausência de dados nacionais sobre a presença de travestis e transexuais no sistema penitenciário.

Estas observações permitiram concordar com Zamboni (2014), em sua alegação de que os dados obtidos sobre a presença desta população no sistema prisional do Estado de São Paulo são pouco confiáveis para a produção de um conhecimento sistemático dentro dos critérios das pesquisas qualitativas e quantitativas.

Desta forma, os resultados e observações registrados neste estudo indicam a necessidade da inclusão da discussão de gênero no contexto prisional no intuito de obterem-se dados sobre a presença dessas pessoas nas prisões, conhecendo-se o universo que as cercam e reduzir o preconceito e a discriminação da população LGBT.

Permitiram ainda sugerir maior aproximação entre o sistema de segurança pública, com o meio acadêmico para que o tema seja abordado

em pesquisas, de forma a se conhecer o universo LGBT nas prisões, contribuindo na garantia dos direitos humanos desta parcela da população privada de liberdade.

Em relação à prostituição, os resultados desta pesquisa (**Tabela 1**) mostraram que 71,8% das entrevistadas eram ou tinham sido profissionais do sexo, resultado similar a outros, encontrados por Gutierrez (2005), que apontaram esta atividade como única forma de sobrevivência dessas pessoas excluídas do mercado de trabalho.

As observações de campo também mostraram a prostituição como único cenário onde conseguem acessar informações, construir suas redes sociais e sentir outros prazeres, como o de adquirir bens e terem sua identidade respeitada, como colocados por Kulick (2008), Garcia (2008), Pelúcio (2005).

Também se observou que quando acolhidas em outros espaços, como o CRDD-SP ou o CRD/DST/AIDS-SP, esta população acessa serviços e informações que podem promover a sua inserção social e no mercado de trabalho, além de outros espaços, promovendo a cidadania, desconstruindo estigmas e paradigmas.

Não foram encontrados estudos que abordassem exclusivamente a prostituição entre trans, entretanto percebeu-se que em alguns momentos as travestis se identificavam como “transex”, “trans” ou “transexuais”.

Este fato remete à tentativa de higienização do termo travesti, como colocado por Pelúcio (2009), associado à marginalidade, que pode comprometer a relação com seu interlocutor em determinadas situações.

As travestis da atualidade, em especial as profissionais do sexo, são o resultado de um processo recente de construção identitária na sociedade brasileira, que ocorreu no final dos anos 70 e início da década de 1980, pontuado pelo fim da ditadura militar no país, pelo surgimento dos hormônios

e a descoberta do uso do silicone líquido na moldagem de seus corpos (KULICK, 2008, TREVISAN, 2000).

Dantas (2015) referiu que durante a ditadura havia um processo de higienização das ruas, onde homens que experimentassem a exposição pública, vestidos com trajes femininos, eram presos e sujeitos a humilhações e tortura.

O regime militar coibia fortemente a homossexualidade, então conhecida como “homossexualismo” e entendida como uma patologia pela medicina, conduzindo gays, lésbicas, travestis e transexuais às internações manicomiais após as perseguições policiais (CUNHA, 2001).

Duque (2011) referiu que, apesar da abertura política instaurada após o período ditatorial e assegurada a liberdade de permanecerem nas ruas e avenidas à noite, ainda na atualidade, observa-se a tentativa do poder público de aplicar processos de higienização dos grandes centros urbanos, impedindo a atuação das travestis profissionais do sexo.

A constatação dos fatos históricos colocados por Dantas (2015) foi verificada durante a realização dessa pesquisa. No trabalho de campo no CRDD-SP algumas entrevistadas acima de 50 anos de idade relataram terem sido presas simplesmente pelo fato de estarem nas ruas e submetidas à violência policial na época da ditadura.

Contaram que o alvo das agressões eram quase sempre as regiões do corpo onde tinham aplicado o silicone liquido, causando danos irreparáveis. Este tipo de agressão também foi referido pelas travestis de Salvador - BA nos estudos de Kulick (2008).

Entre as mais jovens, vindas de outras regiões do interior do país, verificaram-se relatos de pressão policial e impedimento de atuação nas regiões centrais de algumas cidades, nos anos 90, sendo obrigadas a trabalhar como prostitutas nas periferias ou à beira de rodovias, onde são mais expostas à violência, corroborando com Duque (2011).

Kulick (2008) referiu que apesar da violência e perseguição sofridas, a persistência das travestis profissionais do sexo em permanecerem nas ruas é inerente à sua construção identitária.

Pelúcio (2006) salientou que, excluídas dos núcleos familiares, expulsas das escolas e socialmente renegadas pelo mercado de trabalho, é no ambiente das ruas onde constroem suas redes sociais, trocam informações, divertem-se e sobrevivem da prostituição.

A relação entre as travestis e trans com a prostituição ficou evidente nos resultados deste estudo e facilmente poderia ser associada à baixa escolaridade e a todo o processo de exclusão percorrido em suas trajetórias de vida. Entretanto, o campo da pesquisa e a literatura consultada trouxeram elementos importantes na compreensão da prostituição para além desta interpretação.

É nos territórios da prostituição que elas constroem sua identidade social, adotando um nome feminino. Pelúcio (2005) referiu que, para as travestis, a prostituição pode ser compreendida como uma atividade menosprezada, decorrente da necessidade de sobrevivência.

Também pode ser considerada uma forma de ascensão social e conquistas simbólicas e materiais, ou ainda como um trabalho, gerador de renda e criador de ambiente de sociabilidade (PELÚCIO, 2005).

A autora colocou que estes conceitos não são definitivos e podem dialogar entre si, associados aos prazeres e à prostituição, portanto, a prostituição não é apenas motivada pela necessidade econômica, mas também como forma de afirmação da feminilidade e campo de experiências prazerosas.

Neste contexto, desenvolvem sua autoestima quando elogiadas, reconhecidas, abordadas e onde ao mesmo tempo recebem dinheiro em troca de sexo (KULICK, 2008; BENEDETTI, 2000).

No espaço das ruas elas estabelecem a construção corporal e subjetiva na convivência com as prostitutas, apropriando-se do conhecimento de truques e técnicas do cotidiano da prostituição, aprendendo com elas a corresponder às fantasias sexuais dos clientes e a atrair o desejo masculino, conformando seus gostos e preferências sexuais, atribuindo-lhes um lugar feminino em seu imaginário (PELUCIO, 2005, BENEDETTI, 2004; PERES, 2002).

Dentre os artifícios utilizados, foi observado no campo o hábito de falarem sempre sorrindo, chamando a atenção de seu interlocutor, forçando músculos faciais e cordas vocais na tentativa de suavizar a voz aproximando-a do tom feminino.

Neste sentido, destaca-se o trabalho de fonoaudiologia da equipe multidisciplinar do ambulatório TT do CRT/DST/AIDS-SP, primeiro no país a utilizar a poesia na recuperação das cordas vocais de travestis e mulheres transexuais.

As observações e relatos obtidos no campo permitiram concordar com Garcia (2008) ao verificar-se que na construção de sua identidade sexual as travestis incorporam outras identidades também presentes no cenário das ruas dos grandes centros urbanos, entre elas a “puta”.

Durante as entrevistas no Largo do Arouche, foi observado que as travestis e trans, disputam pelo território da prostituição, correspondendo muito mais ao estereótipo da “puta” do que as próprias mulheres que se prostituíam naquele local, coincidindo com as observações de Kulick (2008) e Welzer-Lang (1994).

Entretanto, a incorporação da “puta” pelas travestis e trans profissionais do sexo não possui a mesma representação no que se compreende a respeito da prostituição feminina e masculina.

Para alguns autores o sexo colocado à venda seria o ponto extremo da dignidade humana, condição degradante e desagradável, pressupondo-

se a inexistência do prazer porque na prostituição feminina a relação se estabelece pelo uso do corpo de uma mulher por um homem que busca a sua própria satisfação sexual em troca de pagamento e a prostituta presta este serviço porque seria forçada e não por desejo (SIMMEL, 1990; PATERMAN, 1988).

Há outras referências produzidas por prostitutas que visam marcar amplamente a negação do prazer obtido nas relações com seus clientes, enaltecendo diferentes práticas e atitudes para evitar sensações de prazer durante o ato sexual (O'CONNEL, 1996; GREEN, 1993; DAY, 1990; GASPAR, 1985; WINICK & KINSIE, 1971).

O mesmo pensamento ocorre sobre a prostituição masculina, os chamados michês. Grandi (2001) referiu que a representação do gênero assumida pelos michês é diferente da assumida por travestis. Entre os primeiros, acentuam suas características masculinas para atrair homens homossexuais, enquanto travestis passam por um processo de feminilização com intuito de atraírem homens heterossexuais (GREEN, 2000).

Diversos estudos sobre homens prostitutos afirmaram não haver prazer na relação sexual com seus clientes, embasando-se na ideia de que um homem somente venderia sexo a outro homem por extrema necessidade.

Este argumento é reforçado entre os michês, considerando-se que muitos se identificam como heterossexuais e o reconhecimento do prazer obtido com seus clientes significaria assumir uma orientação homossexual não correspondente com o seu papel sexual exposto publicamente (MACNAMARA, 1994; WEST, 1993; PERLONGHER, 1987).

Finstad e Høigård (1986) sustentaram o conceito de que travestis profissionais do sexo nunca experimentam prazer com seus clientes, embasados na psiquiatria que considera o travestismo uma disforia de gênero.

No campo da pesquisa, no CRDD-SP, foi possível observar através dos relatos e conversas que a relação do dinheiro obtido através da prostituição não estanca a representatividade desta atividade.

A prostituição, para as travestis e trans profissionais do sexo, tem a mesma representatividade do prazer, corroborando com as afirmações de Kulick (2008).

Estas características ficaram evidentes nas percepções obtidas no campo durante seus encontros, quando algumas delas ostentavam seus bens adquiridos, intervenções corpóreas ou viagens à Europa, realizados com o dinheiro recebido nos programas.

Aliás, o sonho de prostituir-se na Europa em busca de melhores condições de vida foi observado nas conversas entre as entrevistadas no CRDD, corroborando com os apontamentos de Piscitelli et al. (2011) sobre as mobilidades transacionais envolvendo gênero, amor e dinheiro.

Também era comum ouvi-las referir ao prazer sexual obtido com determinado cliente, invariavelmente enaltecendo o tamanho do seu pênis ou seu desempenho durante a relação sexual.

Noutras conversas expunham o prazer ao sentirem-se desejadas, escolhidas entre tantas outras na rua ou quando o cliente as procurava para repetir o programa.

Estas observações permitiram afirmar que a prostituição é fonte de prazer para as travestis e trans, porque é nesta atividade que todos os seus esforços na construção de uma identidade feminina num corpo masculino são reconhecidos, reforçando sua autoestima, confirmando as colocações de Kulick (2008) e Pelúcio, (2006).

Na prostituição, a relação comercial estabelecida é envolta num clima de vergonha e culpa por parte dos clientes, que buscam o prazer de forma clandestina e heterogênea. A descrição dos clientes, segundo as travestis,

se caracteriza por aqueles que as procuram como “mulher”, mantendo relacionamento sexual apenas como “ativo”, sendo esta a forma mais prazerosa e preferida por elas (GARCIA, 2008; PELUCIO, 2007).

Outros as procuram pelo sexo “passivo” e há ainda aqueles que buscam por ambas as modalidades. O que prevalece entre os clientes é o desejo de serem penetrados e a combinação da idade mais avançada com o desejo de relacionamento passivo corresponde ao tipo mais depreciado entre elas e também motivo de deboche, estes clientes são denominados de “mariconas” (GARCIA, 2008; PELUCIO, 2007).

Apesar de estar numa posição de submissão aos desejos e necessidades de quem procura seus serviços sexuais, o mais comum nos discursos das travestis em referência à clientela é a desqualificação.

Nesta relação comercial permeada pela desonra moral e deslize sexual de seus clientes as travestis buscam, na maior parte das vezes, ocupar uma posição de domínio e vantagem (GARCIA, 2008).

Esta relação também é pautada pelo domínio da situação com a possibilidade de tirar vantagem do cliente, remetendo à figura imaginária do “malandro”, assimilada parcialmente pelas travestis, quando utilizam de estratégias para aumentar os ganhos no programa, ludibriando seus clientes (GARCIA, 2008).

Neste contexto, segundo Garcia (2008), outra identidade incorporada pelas travestis, é a do “bandido”. O recurso a roubos e furtos de clientes são modalidades frequentes, consequência do processo de pauperização que vivenciam. Recorrem a essas estratégias para satisfação de necessidades imediatas como alimentação, moradia ou em alguns casos para obtenção de drogas.

Mas nem todas as entrevistadas possuem este perfil e se prostituem nas ruas. Foi observado durante esta pesquisa que algumas delas, quando possuem chances de investimento no seu processo de transição ainda

jovens, alcançam posições elevadas em relação às outras que trabalham nas ruas.

Algumas destas atuavam em filmes pornográficos, outras anunciavam seus serviços pela internet em *sites, blogs e chats,* administrando seus atendimentos por telefone e realizavam os encontros em locais próprios ou hotéis e motéis.

Ainda podiam oferecer serviços de sexo virtual, chamados de *"pay per view"* ou prestavam serviços agenciados por terceiros, conforme colocado por Pelúcio (2009).

Nesta pesquisa ainda foram encontradas outras travestis e trans que não atuavam ou que já deixaram de atuar na prostituição. Algumas, entre as mais velhas, frente à impossibilidade de sobrevivência como profissionais do sexo, e outras, em sua maioria por que não desejaram esta atividade, preferiram trabalhar na área da beleza como cabeleireiras, esteticistas, maquiadoras, manicures.

Ainda haviam outras atuando como cozinheiras, costureiras, auxiliares de limpeza e raríssimas foram as que possuíam trabalho formal com registro em carteira profissional.

De toda forma, a maior parte dessas atividades encontra-se no mercado de trabalho informal, sem reconhecimento de direitos trabalhistas, em ocupações de baixa qualificação e remuneração, coincidindo com os resultados encontrados por Gutiérrez (2005).

Neste estudo verificou-se que algumas entrevistadas viviam em situação de rua ou tinham passagem por albergues sociais (**Tabela 2**), corroborando com Garcia (2009).

As observações de campo permitiram verificar que algumas participantes desta pesquisa saíram de outras regiões do país em busca de melhores condições de vida na cidade de São Paulo.

Atraídas por cafetinas, chegaram à cidade iludidas com promessas de inserção escolar e mercado de trabalho, adquirindo dívidas imediatas relacionadas ao seu transporte, moradia e alimentação, corroborando com Duque, (2011).

Diante da frustração com a expulsão das escolas e das dificuldades em conseguir um emprego, foram induzidas a adquirir empréstimos com as cafetinas para investimento em seu processo de transição, focadas na prostituição. Sem condições de pagamento destas dívidas, acabaram em situação de rua ou de albergue social e algumas sofreram perseguição e violência.

Discorrer sobre o processo de transição de gênero não é uma tarefa tão simples. O complexo universo que envolve esta transição impõe características distintas entre estes travestis e trans, e requer a compreensão do contexto social, sexual, violência, prostituição e a sequência de exclusões vivenciadas que compõem este amálgama na construção identitária.

Os resultados deste presente estudo, sobre o processo de transição de gênero mostrados na **Tabela 3,** mais as observações de campo, permitiram verificar todas as etapas do processo de feminilização das travestis, corroborando com os estudos de Kulick (2008) e Pelúcio (2011; 2007; 2005).

Observou-se desde as mais jovens, ainda andróginas, que buscam o CRDD como espaço de socialização e para obter informações sobre este processo com outras travestis mais velhas, até aquelas que já se encontram em estágios mais avançados deste processo.

Notaram-se inúmeras conversas equivocadas sobre hormonioterapia e relatos dos efeitos colaterais, resultados da automedicação. Também foi possível observar alguns relatos de hepatotoxicidade causadas pela utilização do silicone liquido e, em outros casos, a verificação da migração

deste material para outras regiões do corpo, causando deformidades irreversíveis.

Verificou-se que, apesar de existirem serviços de acompanhamento das mulheres transexuais no processo cirúrgico de readequação sexual, estes não dão conta da demanda reprimida. O longo tempo dispensado no acompanhamento destas pessoas por uma equipe multidisciplinar e, posteriormente, a longa espera nas filas estimula muitas mulheres transexuais a buscarem na prostituição fora do país os recursos financeiros necessários para a realização desta cirurgia no exterior.

Outras, impossibilitadas financeiramente, recorrem a profissionais não habilitados que realizam estas cirurgias em ambientes ambulatoriais sem nenhum acompanhamento pós-operatório, acomodadas em hotéis e entregues à própria sorte, como relatado por duas mulheres transexuais que participaram desta pesquisa.

Contaram que após a primeira cirurgia de readequação sexual realizada nessas condições, obtiveram resultado insatisfatório e foram convencidas a realizar outras inúmeras intervenções que culminaram em deformações e inutilização de seus órgãos genitais, comprometendo a sua saúde física e mental.

Segundo Kulick (2008), no caso das travestis, a origem deste processo encontra-se ainda na infância quando sentem atração sexual por homens. A partir da primeira experiência sexual, na pré-adolescência, ao permitirem ser penetradas numa relação anal, é que ocorreria a percepção da travestilidade, focado no desejo homossexual como força motriz de sua autorrealização como travesti.

Esta percepção, segundo Parker (1991) advém da cultura sexual brasileira, binária e heteronormativa que associa a feminilidade ao indivíduo que permite ser penetrado numa relação anal, enquanto reconhece a masculinidade daquele que no ato sexual penetra o seu parceiro. A

combinação do desejo homossexual à incorporação do comportamento afeminado é o que leva as travestis a assumirem o papel passivo nas relações sexuais.

Desta forma, Kulick (2008), Fernández (2004), Parker (1991) afirmaram que, diferentemente do que ocorre em outros países, a construção identitária das travestis no Brasil está embasada na sexualidade e não no gênero, em oposição ao que ocorre entre as mulheres transexuais.

Segundo Pelúcio (2005), o processo de “ser travesti” pode ser dividido em etapas e a primeira delas é quando se assumem gays perante familiares e círculo social.

A fase seguinte é quando adotam um nome feminino, deixam os cabelos e as unhas crescerem, usam maquiagem e passam a incorporar características femininas na sua forma de vestir e de comportar-se.

Este comportamento é ocasional e furtivo, associado a momentos de prazer e ocorrem geralmente à noite e longe de seus familiares, na companhia de outros homossexuais. Sendo assim, a experiência travesti ocorre na clandestinidade, resultado da compreensão de que não serão aceitas pelos membros da família.

É na terceira fase que ocorre a transformação, indicando o momento da ingestão de hormônios, ainda que seus resultados não sejam aparentes, depilação dos pelos do corpo, delineamento das sobrancelhas, permanecendo mais tempo vestidas como mulheres do que como homens.

Em relação à ingestão de hormônios, foi observado que 84,7% do total das entrevistadas realizaram hormonioterapia, valor inferior ao encontrado por Lobato (2008). Mas o que chamou a atenção foi que 58,9% realizaram este procedimento sem acompanhamento médico, demonstrando alto risco de hepatotoxicidades e outras consequências pela ingestão de altas doses , conforme observado no campo da pesquisa.

A próxima etapa é quando os efeitos da hormonioterapia tornam-se visíveis e então passam a vestir-se o tempo todo com roupas femininas, sobretudo peças íntimas, e planejam a injeção de silicone nos quadris e nádegas.

É geralmente nesta última fase que a violência e a pressão familiar aumentam e a maioria das travestis abandona ou são expulsas de casa, em geral, de forma violenta (PELÚCIO, 2005).

Neste momento elas abandonam também a escola, ambiente de *bullying,* e ganham as ruas, onde constroem suas redes sociais e vivenciam a liberdade para seguir o processo contínuo e interminável na construção do feminino em seus corpos masculinos (PELÚCIO, 2011; BOHN, 2009; KULICK; 2008; 2007; 2005).

Na continuidade do seu processo de feminilização, posteriormente aplicam também o silicone nos seios e, se tiverem condições financeiras, seguem adiante com outras intervenções cirúrgicas mais radicais, como a plástica do nariz, remoção do pomo de adão, redução da testa, preenchimento das maçãs do rosto e colocação de prótese de silicone nos seios (PELÚCIO, 2005).

O processo de feminilização entre as trans mostra um percurso paralelo às travestis, porém com algumas nuances. Diferentemente destas, as trans não se autorreferem homossexuais, mas sim como mulheres e identificam-se como heterossexuais. Desde a infância convivem com o sentimento de não pertencerem ao sexo anatômico, assumindo a identidade de gênero oposta ao sexo biológico (FERREIRA JR S et al., 2017; SANTOS 2012; BIANCARELLI, 2010).

Este fato pode ser observado nos resultados desta pesquisa (**Tabela 3**) quando um grupo de mulheres transexuais referiu ter iniciado seu processo de feminilização antes dos 10 anos de idade, por já se sentirem

mulheres desde a infância, desejando brinquedos de meninas e roupas femininas.

Santos (2012) e Biancarelli (2010) referiram que transexuais possuem o desejo incansável de transformação de seus corpos de forma a eliminar o desconforto com o sexo anatômico natural, vivenciando apenas o gênero com o qual se identificam.

Elas possuem demandas de terapias hormonais e cirúrgicas, focadas na readequação sexual e identidade civil, questões que não se encontram nas reivindicações emancipatórias das travestis (ARÁN et al.,2009; PERES, 2009; PICAZIO,2009; BRASIL, 2008a).

Outro fato observado no campo foi que, para as trans, as transformações almejadas referem-se à readequação de seus corpos com o objetivo de se sentirem confortáveis vivenciando o papel e as experiências do universo feminino.

Interessante foi observar a pouca importância dada ao prazer sexual pelas trans em comparação às travestis. Diferentemente dessas últimas, cujo interesse maior na transformação de seus corpos está em despertar o desejo sexual de homens que consideram masculinos, as trans, invariavelmente referiam sobre a ausência de interesse pelo sexo, causado pela hormonioterapia e a sublimação do prazer sexual em detrimento à satisfação proporcionada pela readequação sexual.

Desta forma, os resultados e observações desta pesquisa sugerem a ampliação da rede de ambulatórios destinados ao atendimento das pessoas travestis e transexuais. Nestes locais, equipes multidisciplinares compostas por profissionais da saúde poderiam oferecer atendimento especializado no acompanhamento do processo de transição das pessoas transgêneros.

Indicam ainda a urgência na desconsideração da transexualidade como uma patologia pela psiquiatria. Assim como o “homossexualismo” deixou de ser considerado uma doença nos anos 70, impactando

positivamente a vida de milhares de homossexuais, ampliando o acesso aos direitos humanos e possibilitando a inserção na sociedade; a despatologização da transexualidade também poderia mudar o destino dessas pessoas.

Este estudo possibilitou analisar o uso do preservativo entre as entrevistadas (**Tabela 4**). Verificou-se uso inconstante do preservativo, em ambos os grupos, com parceiros eventuais.

As observações de campo puderam associar este comportamento ao uso de álcool e drogas, que influenciam na percepção do risco, bem como quando há oferta de pagamento maior pelo sexo desprotegido, corroborando com Pelúcio (2005).

O uso eventual do preservativo com parceiro fixo também foi observado em ambos os grupos. Segundo Brian et al. (2014) e Nuttbrock (2010) este comportamento pode estar associado à violência de gênero, o que influencia na autoestima dos sujeitos.

No caso das transexuais, pode estar associado ao desejo de pertencimento ao gênero feminino imposto pelo modelo heteronormativo que coloca a mulher na situação de submissão ao homem, dificultando a negociação do uso do preservativo nas relações estáveis, corroborando com Pelúcio (2005).

Sobre o uso de álcool observou-se que 65,5% do total de entrevistadas fazem uso desta substância (**Tabela 5**), valor superior ao encontrado por Lobato, (2008) que foi de 47,5%.

Outros estudos encontraram alto consumo de álcool entre as travestis profissionais do sexo. Pelúcio (2007) referiu a preferência pelas bebidas destiladas, como o conhaque e a cachaça em razão ao menor custo e ao conforto térmico proporcionado durante as noites frias nas ruas, onde exibem seus corpos seminus. Rocha et al. (2013) verificou maior consumo

de bebidas fermentadas, em especial a cerveja e encontrou associação entre o consumo de álcool e drogas.

Algumas entrevistadas referiram o uso do álcool para suportarem as noites frias nas ruas, outras alegaram que o álcool também faz parte do processo de sedução dos clientes, corroborando com Pelúcio (2005).

Entre as drogas mais utilizadas pelas entrevistadas nesta pesquisa **(Tabela 5)**, destacou-se a cocaína, corroborando com Rocha et al. (2013) e Pelúcio (2005), porém, destoando dos resultados encontrados por Grandi (2001), onde a maconha foi a droga mais citada pelas participantes. Pode-se considerar haver nessa discrepância dos resultados uma alteração comportamental devido à facilidade com que se acessa a cocaína na atualidade.

O uso do crack não foi tão importante nos resultados obtidos, coincidindo com Grandi (2001), entretanto, durante o campo era comum a presença de travestis e trans sob o efeito dessa substância no CRDD-SP e no entorno do Largo do Arouche.

É possível que diante da presença destas, que conturbavam o serviço, as outras entrevistadas não se sentissem à vontade para relatar o uso do crack, omitindo este dado durante as entrevistas.

Historicamente, o consumo e a dependência de drogas acompanham o próprio registro da humanidade ao longo dos tempos, desde remotas épocas, presente em todas as culturas e religiões, decorrente da necessidade do homem em buscar formas de prolongar o seu prazer e reduzir o sofrimento (CARRANZA & PEDRÃO, 2005; MARTINS & CORRÊA, 2004).

Na atualidade, o uso abusivo de álcool e drogas lícitas e ilícitas tornou-se um fenômeno amplamente discutido e considerado um grave problema social e de saúde pública, implicando a necessidade de reflexões

sobre este acontecimento no contexto das concepções sobre saúde e doença.

As relações entre a saúde e a doença estão fortemente associadas aos fatores psicossociais, políticos, econômicos, ambientais e a influência direta que as condições inadequadas do meio exercem sobre a saúde de cada indivíduo, refletindo na sociedade em que habita (ROSA, CAVICCHIOLI & BRÊTAS, 2005).

Ao final do século XX, com o surgimento da epidemia do HIV/aids, estas relações e fatores tornaram-se evidentes e se cruzaram com o modelo preventivo da aids, saltando aos olhos as questões do uso abusivo de álcool e drogas no contexto em que vivem as travestis e mulheres transexuais profissionais do sexo no Brasil.

Tendo as ruas como cenário na construção de suas redes sociais e de campo de atuação na prostituição, as travestis possuem grande proximidade com usuários de drogas e traficantes, entre seus clientes e relacionamentos amorosos, tendo livre acesso a qualquer tipo de droga psicoativa (PELUCIO, 2005).

A utilização de substâncias psicoativas, também foi relatada em outros estudos. Pelúcio (2005) referiu o consumo de cocaína ser o mais preferido entre as travestis profissionais do sexo, coincidindo com os dados encontrados por Rocha et al. (2013), entretanto ambos destacaram o crescente uso do crack.

O ingresso do crack no mundo das drogas trouxe relevantes demandas de saúde pública em diversos países, inclusive no Brasil. O baixo custo da droga alterou significantemente o comércio das drogas, causando impacto na violência urbana, segurança pública e na economia relacionada ao tráfico de drogas.

Ouellet et al. (1993) referiram que este impacto refletiu na relação entre a prostituição e o uso de drogas, alterando significantemente a

dependência química e a relação entre o uso abusivo de drogas e profissionais do sexo.

Garcia (2008) encontrou maior uso desta substância entre travestis profissionais do sexo de baixa renda e associou a disseminação do crack em São Paulo como fator relevante para o aumento de roubos direcionados aos clientes. O autor ressaltou ainda as fortes evidências encontradas sobre a dependência química desta substância e a associação ao tráfico, envolvendo clientes e outros usuários.

A comercialização do sexo pelas drogas ou, das drogas pelo sexo, em especial a cocaína e o crack, representa alto risco na transmissão de DSTs e HIV/aids, considerando-se o uso inconstante do preservativo e a múltipla parceria sexual (ROSS et al., 1999; EDLIN et al., 1994; SIEGAL et al. 1992; ROLFS et al. 1990).

Na grande maioria dos casos o que leva um indivíduo a comercializar o sexo são as razões financeiras. Em geral exercem esta atividade para a própria subsistência e também de familiares, ou não acreditam que conseguirão dinheiro suficiente trabalhando formalmente. Para os profissionais do sexo usuários de crack, a dependência química representa a maior razão para comercialização do sexo pela droga, muito mais do que a própria sobrevivência (OUELLET et al.,1993; GOLDSTEIN et al., 1992).

Greenfield et al, (1993) e Maher (1996) encontraram características específicas na comercialização do crack entre profissionais do sexo dependentes desta droga. Embasados na teoria da oferta e procura, referiram que, quando a renda do consumidor de sexo aumenta, cresce a demanda por serviços sexuais mais caros, porque este consumidor possui mais dinheiro para gastar. Inversamente, quando sua renda diminui, cresce a procura por serviços sexuais mais baratos.

Em relação ao crack, esta elasticidade econômica não ocorre. Independentemente da oferta da droga, a sua procura é contínua e o usuário

levará à exaustão as suas economias para manter a dependência a qualquer preço.

Profissionais do sexo dependentes do crack poderão baixar o preço de seus serviços sexuais ou trocá-los pela droga, ilustrando o seu movimento frente ao desespero pelo uso das drogas (OUELLET et.al ,1993; MAHER, 1996).

Esta pesquisa não encontrou dados que associem a comercialização do sexo pelas drogas ou o inverso entre as entrevistadas, mas Elwood e Williams (1998) encontraram esta relação entre mulheres negras profissionais do sexo.

Considerando-se que 58,9% das participantes desta pesquisa referiram ser profissionais do sexo e pertencer à cor “não branca” e a realidade social em que vivem as travestis profissionais do sexo na cidade de São Paulo referida por Garcia (2008), estas e outras evidências observadas no campo sugerem que a comercialização do crack pelo sexo ou do sexo pela droga é uma atividade presente neste cenário.

Desta forma, supõe-se que, embasando-se nos resultados desta pesquisa, as entrevistadas apresentaram maior vulnerabilidade frente à dependência do álcool e drogas que pode estar associada à transmissão das DST e HIV/aids, corroborando com estudos de Baseman & Ross (1999).

Estas observações permitiram sugerir que os programas de prevenção ao álcool e drogas, bem como os serviços de saúde mental que lidam com essa questão, considerem as características psicossociais das pessoas transgêneros em seu planejamento de ações, em parceria com os programas de DST/HIV/aids e Hepatites Virais.

Neste presente estudo 29,0% das entrevistadas declararam ser soropositivas para o HIV/aids, sendo que deste total, 22,7% eram transexuais (**Tabela 7**), valor acima do encontrado por Lobato (2008). Estes dados remetem à reflexão sobre a vulnerabilidade desta população frente à

infecção pelo HIV no Brasil e no que se refere à ausência de dados oficiais sobre a prevalência do HIV e outras DST entre as pessoas transgêneros e transexuais nos boletins epidemiológicos (FERREIRA JR, S et al, 2017; BRASIL, 2014b; BRASIL 2013a, BRASIL 2012b).

Segundo a UNAIDS (2014), estima-se que 1,6 milhão de pessoas vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na América Latina, concentrando-se a maioria dos casos (75%) em cinco países – Argentina, Brasil, Colômbia, México e Venezuela.

A região teve queda de 3% em novas infecções entre 2005 e 2013, mas os índices variam de país para país. No Brasil, as novas infecções por HIV aumentaram 11% neste período, registrando 47% de todos os novos casos contabilizados na América Latina. (MARTINS et al., 2013; FARIAS et al.,2011; UNAIDS, 2008)

Calcula-se que na região ocorram dez novas infecções por HIV a cada hora, sendo os grupos mais vulneráveis: transgêneros; homens gays; homens que fazem sexo com homens; homens e mulheres que atuam como profissionais do sexo e seus clientes, e usuários de drogas (OPERARIO, et al. 2008; NEMOTO et al. 2004; VALDISSERI et al., 2003, GRANDI, 2001; BAQI et al., 1999; ESTEBANEZ et al., 1993).

Nos EUA, Clements-Nolle et al. (2001) e Simon et al., 2000 referiram que a prevalência do HIV entre transgêneros é de 48,5%. Baral et al. (2003) afirmaram que as chances de uma pessoa transgênero adquirir o HIV é de 48,8 vezes maior que as estimativas correspondentes a homens e mulheres em idade reprodutiva na população geral.

Neste sentido, evidências sugerem que as populações trans podem ser as mais afetadas pelo HIV no mundo (GRIENSVEN, 2013). O fracasso da resposta global ao HIV para atender às necessidades desse grupo em risco é em grande parte resultado do estigma, negligência e discriminação institucionalizada em larga escala (AMFAR, 2014).

Entre as 124 entrevistadas, 33,9% referiram tratamento de alguma DST, (**Tabela 6**) sendo que entre essas, 100% das trans e 80% das travestis relataram estar em tratamento ou já terem tratado de Sífilis (**Tabela 7**), corroborando com outro estudo entre as Hijdras no Paquistão (BAQUI, 2006).

Na América Latina e Caribe, Zoni et al. (2013) encontraram alta prevalência de sífilis entre homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e seus clientes.

Alguns estudos encontraram alta incidência da sífilis na América Latina (MOROSINI, 2011; FARIAS et.al, 2011) e Toibaro et.al (2009) referiram que a incidência de sífilis em pessoas transgêneros é 2,3 vezes maior quando comparadas às cisgêneros.

Não há dados oficiais sobre a incidência de sífilis entre travestis e trans, entretanto Grandi (2001) encontrou incidência da doença entre travestis na cidade de São Paulo e Calazans (2013) observou resultados significantes em um corte de homossexuais e bissexuais em Belo Horizonte, MG.

Pinto et al. (2014) encontrou alta prevalência do HIV entre moradores de rua na cidade de São Paulo. Neste presente estudo, 20,2% das entrevistadas referiram viver em situação de rua.

Maerrawi, (2012) verificou alta prevalência de sífilis na população carcerária do Estado de São Paulo. Neste estudo 51,8% das participantes declararam ter passagem pelo sistema prisional.

Silveira et al. (2009) referiu alta prevalência da doença entre profissionais do sexo masculinos, incluindo-se travestis na cidade de Pelotas, RS e Grandi (2001) referiu ser esta a DST mais comum entre travestis no município de São Paulo.

Diversos autores atribuíram essa vulnerabilidade às múltiplas parcerias, ao uso inconstante do preservativo nas relações sexuais e ao uso abusivo de álcool e drogas como os maiores fatores de risco para a transmissão das DST entre transgêneros (CHEMNASIRI, et al, 2010; LAGA et al., 1993; WASSERHEIT et. al., 1992).

Nuttbrock et al., (2014a; 2014b;2013,2010;2009) e Nemoto et al. (2004) consideram relevantes alguns fatores transversais, associados às condições de violência e discriminação, escolaridade, acesso a serviços mais amplos compreendidos como “abuso de gênero”.

Ao conceito de abuso de gênero, pode-se associar a violência compreendida como homofobia e, em alguns casos como transfobia. Martins et al. (2013) referiu em seus estudos com transgêneros na cidade de Fortaleza, Brasil, que 61% das pessoas entrevistadas tinham sido vítimas de violência e 91% foram vítimas de homofobia.

Brian et al. (2014), Nuttbrock (2010) e Clements-Nolle et al. (2006) referiram que as consequências do abuso de gênero influenciam na autoestima dos sujeitos, causando depressão, pensamento suicida e tentativas de suicídio entre as pessoas transgêneros.

A partir dos anos 80, com o surgimento do HIV/Aids a coinfecção TB/HIV tornou-se responsável pelo aumento da incidência, da prevalência e da mortalidade por TB (CHAISSON & MARTINSSON, 2008).

Neste presente estudo 25,9% das travestis e 9,1% das mulheres transexuais referiram tratamento de tuberculose e 12,9% das participantes, declararam ter tosse com expectoração há mais de duas semanas no momento da entrevista **(Tabela 8).** Segundo o Manual de recomendações para o controle da Tuberculose (BRASIL, 2011b), é esperado que 1% da população brasileira, aproximadamente dois milhões de pessoas, sejam sintomáticas respiratórias para TB, portanto é possível afirmar que este

grupo apresenta alto risco de infecção e adoecimento por TB, exigindo maior atenção dos serviços de saúde.

Outro dado importante neste estudo foi que 36,2% das travestis e 22,7% das trans eram soropositivas para o HIV (**Tabela 7**). São raros os estudos que abordam a coinfecção HIV/TB em travestis e mulheres transexuais, entretanto numa investigação realizada em 1998 pelo departamento de controle da tuberculose de Baltimore, nos Estados Unidos da América, foi encontrada a associação entre homossexuais masculinos que se relacionam sexualmente com travestis ou mulheres transexuais e a transmissão da tuberculose entre seus comunicantes (MMWR, 2000).

No estudo realizado por Greenberg et al. (1994) nas radiografias de tórax em doentes de aids foram encontradas apresentações compatíveis com TB em até 14% dos casos.

Sabe-se que o conhecimento coletivo sobre o manejo clínico e epidemiológico das doenças transmissíveis pode influenciar as práticas e atitudes em relação à prevenção (LAUNIALA e HONKASALO, 2007).

Neste estudo 51,7% das travestis e 39,4% das trans não receberam informações sobre a TB e foi encontrado um considerável número de respostas erradas sobre os sintomas e as formas de transmissão e prevenção da doença (), resultados semelhantes a outro estudo realizado no contexto prisional e serviços de saúde (FERREIRA-JR et al., 2013).

Também é de conhecimento público que a consciência sobre os mecanismos de transmissão e o controle terapêutico da tuberculose, bem como atitudes e comportamentos, opiniões e percepções a respeito da doença podem intervir no processo de saúde, adoecimento e cura (AGUILERA et al., 2000; ALVAREZ GORDILHO et al., 2000).

Foi possível observar que a fonte de informação mais acessada em ambos os grupos foram os profissionais de saúde por meio de palestras e aulas (**Tabela 9**). Em geral os enfermeiros do PSF são os profissionais de

saúde responsáveis pelas ações de educação em saúde (AES), cabendo-lhes a responsabilidade de transformar o ato de cuidar em educar.

Segundo Petty et. al (1981), atitude é um termo usado para referir os sentimentos que um indivíduo possui sobre um objeto, assunto ou pessoa. Pelto e Pelto (1997) descreveram que atitudes causais ou equivocadas podem ser consideradas como produto de crenças ou do conhecimento.

Sobre os custos do tratamento da TB (**Tabela 9**), menos da metade das travestis (44,8%) tinham conhecimento da gratuidade dos medicamentos disponíveis. Este dado ilustra que este desconhecimento pode interferir no acesso e adesão ao tratamento e aponta a necessidade de maior divulgação da distribuição gratuita dos medicamentos.

Neste estudo ambos os grupos foram unânimes em perceber o risco de infecção e adoecimento pela tuberculose (**Tabela 10**) por sentirem-se expostas à contaminação e transmissão da doença, apesar dos equívocos encontrados no conhecimento sobre a transmissão da doença, resultados semelhantes aos encontrados em outro estudo que abordou a população prisional e os profissionais da saúde (FERREIRA-JR, 2013).

O roteiro KAP propicia conhecer o sentimento despertado pela doença ao indagar-se às entrevistadas “o que sentiria se tivesse TB” (WHO, 2006). Entre as participantes desta pesquisa, o sentimento de medo seguido pela tristeza foram os mais referidos (**Tabela 11**), resultados semelhantes aos observados no sistema prisional por Ferreira-Jr et al. (2013).

O sentimento de medo é a maior causa associada ao estigma da tuberculose, tornando o doente de TB indesejável ou desvalorizado pelas outras pessoas (COURTWRIGHT e TURNER, 2010).

Ascuntar et al. (2010) referiram que este sentimento, associado à possibilidade de infecção por TB pode interferir negativamente nas relações interpessoais do doente, gerando estigma e discriminação.

Acosta et al. (2010) afirmaram que o estigma da TB pode influenciar na adesão ao tratamento. No caso das entrevistadas, os estigmas: homossexualidade, travestilidade ou transexualidade, sobrepostos à condição de adoecimento de TB, podem ainda aumentar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e influenciar na sua relação com os profissionais envolvidos no atendimento, comprometendo seu tratamento e cura.

Ao serem indagadas se falariam sobre a doença 34,5% (**Tabela 11**) das travestis e 18,2% das trans responderam negativamente à pergunta. Esta atitude pode estar associada ao receio da associação sobreposta dos estigmas referentes à tuberculose e HIV/aids, fatores que podem comprometer financeiramente o exercício da prostituição e consequentemente a sua sobrevivência.

Os resultados revelaram que a maior parte das entrevistadas procuraria um serviço de saúde logo ao perceberem os sintomas da TB e são semelhantes aos encontrados em outro estudo (FERREIRA-JR et al. 2013). Contudo esta atitude é questionável ao observarem-se os resultados sobre os sinais e sintomas da doença.

Launiala (2009) referiu que as atitudes estão associadas ao conhecimento, crenças, emoções e valores que podem ser positivos ou negativos. Pelto e Pelto (1997) descreveram que atitudes causais ou equivocadas podem ser consideradas como produto de crenças ou do conhecimento.

Hausman et al. (2003) e Cleland (1973) afirmaram que muitas das pesquisas que utilizam o questionário *KAP* não apresentam os resultados sobre as atitudes devido ao risco substancial de falsamente generalizar-se as opiniões e sentimentos de um determinado grupo populacional.

O ato de mensurar atitudes ou sentimentos através de pesquisas tem sido criticado por vários motivos. Os entrevistados tendem a dar respostas

que acreditam serem corretas, aceitas ou apreciadas e os temas delicados são particularmente exigentes, podendo haver influência do contexto na entrevista (HAUSMAN ET AL.,2003; PELTO & PELTO, 1997).

Esta situação ocorreu durante a aplicação do questionário *KAP.* Percebia-se certo mal estar entre as participantes quando confrontadas com alguma pergunta delicada e tendiam a responder algo sobre o que acreditavam ser correto, aceito ou apreciado.

Este comportamento foi observado entre as entrevistadas, referente às perguntas: “Qual o sentimento que você tem sobre as pessoas doentes de TB” e “Como uma pessoa que tem TB é considerada pelas outras pessoas” (**Tabela 12**).

Durante o trabalho de campo foi possível observar que, em ambos os grupos, a solidariedade é um fator presente quando há riscos que possam comprometer a segurança e a sobrevivência coletiva.

O elevado número de respostas, “solidária e desejo ajudar” levou a crer que esta seria uma afirmação que as participantes acreditaram ser valorizada no contexto da entrevista, mas que poderia não refletir a sua real atitude.

Na segunda pergunta as entrevistadas responderam que “muitos são rejeitados” e poderiam estar desinformadas sobre o assunto e considerarem estranha a pergunta, tendo respondido aquilo que julgaram ser adequado no momento da entrevista, não expressando a verdade, mas mesmo assim, o instrumento de pesquisa permitiu que as atitudes fossem mensuradas.

Ao perguntar-se “como um doente de TB é considerado pelas outras pessoas” 72,4% das travestis e 65,2% das trans responderam que muitos rejeitam. Percebe-se que a sobreposição do estigma da tuberculose e a identidade de gênero, assumida pelas entrevistadas, muito associada ao HIV/aids no consciente coletivo, pode ainda intensificar o preconceito e a discriminação em ambos os grupos.

Avaliou-se na observação destes resultados, que rejeição e discriminação são sentimentos fortemente presentes no cotidiano das entrevistadas.

Quando indagadas sobre “qual a maior preocupação quando pensa em tuberculose”, observou-se que, entre as tratadas (22,4%) e não tratadas (12,1%) referiram tratamento/internação/cura, estes dados podem estar associados com a aparência e impossibilidade de exercer a prostituição ou outra atividade, remunerada, comprometendo a sua sobrevivência.

Sob o foco do conceito de vulnerabilidade individual, social e programática, proposta por Ayres (2002), as observações de campo e os resultados deste estudo indicam que a população transgênero no Brasil é extremamente vulnerável nas questões de saúde, como consequência de sua invisibilidade frente às instituições governamentais e dados oficiais de saúde.

Este estudo também possibilitou realizar comparações entre as participantes com antecedentes de tratamento da doença, com aquelas não tratadas de tuberculose.

Observou-se na **Tabela 13** que, em relação à identidade de gênero entre as tratadas houve um maior percentual de travestis (71,4%) em comparação às trans (37,9) e estas revelaram maior participação em relação à passagem pelo sistema prisional (47,6%) em relação às trans (20,4%).

Estes dados revelam a vulnerabilidade ampliada deste grupo frente à infecção por TB, considerando-se que as prisões representam alto risco para a infecção por tuberculose (NOGUEIRA & ABRAHÃO, 2009).

As análises comparativas das variáveis entre as tratadas chamaram a atenção sobre os equívocos referentes ao conhecimento da doença, seus sintomas**,** tratamento e cura (**Tabela 14**) e também sobre as formas incorretas de transmissão e prevenção da tuberculose entre as tratadas (**Tabela 15**). O mesmo ocorreu ao observarem-se as atitudes e

comportamentos equivocados na **Tabela 16** e em relação às atitudes e estigma da TB na **Tabela 17**.

Estes resultados provocaram grande inquietação, pois se esperavam melhores resultados entre as que receberam o tratamento para TB, uma vez que passaram por médicos e enfermeiros durante as consultas e o tratamento da doença nos postos de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o desenvolvimento da estratégia *Stop TB partnership* através de várias ações focadas no controle da TB, com ênfase na Atenção Primária em Saúde (APS) (WHO, 2015). No Brasil, desde a década de 1990 a atenção primária está inserida no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em seu âmbito, a ESF realiza ações de educação em saúde (AES), comunicação e mobilização social, visando o fortalecimento da capacidade de enfrentamento dos problemas ligados ao processo saúde doença e cuidado no contexto da TB (BRASIL, 2002c).

Desta forma, as práticas de educação em saúde são desenvolvidas pelos profissionais mais próximos do processo saúde doença das populações em seu cotidiano e, portanto, delegada às equipes de ESF a responsabilidade das ações educativas no controle da TB (ALVES, 2005).

As discussões em torno da AES nas últimas décadas ampliou o entendimento do processo saúde doença como resultante da relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais, com destaque na influência de ideias do educador Paulo Freire, que enfatizam o aprendizado participativo e as experiências de empoderamento, necessárias para a transformação pessoal e construção de consciência critica (SMEKE e OLIVEIRA, 2001).

Todavia, Trigueiro et al. (2009) referiu que estas ações educativas em saúde limitam-se às palestras para os usuários em sala de espera e formação de grupos educativos, não abrangem todas as enfermidades e não são dirigidas especificamente ao controle da tuberculose.

As práticas educativas em saúde não são valorizadas no contexto assistencial e frequentemente os profissionais da saúde não reconhecem que sua atuação educativa está implícita em suas ações. Por outro lado, outros reproduzem as informações como mera transmissão de conhecimento de forma vertical e impessoal (ARAÚJO, 2004).

Em relação à fragilidade das AES destacam-se a inadequação dos espaços físicos das unidades de saúde, a dificuldade na obtenção de materiais didáticos e inexistência de capacitação adequada, que inviabilizam a participação dos usuários e atuação dos profissionais de saúde, comprometendo a efetividade e qualidade destas ações (ARAÚJO, 2004).

O controle da tuberculose entre travestis e trans pode ser considerado como uma ação de menor importância pela sociedade, uma vez que esta população é composta por indivíduos estigmatizados (COURTWRIGHT E TURNER, 2010). No entanto, o acesso à saúde é um direito universal e uma das diretrizes do SUS, cabendo ao poder público garantir este acesso.

Sobre a utilização do instrumento de pesquisa, o roteiro KAP mostrou-se eficiente na coleta de informações sobre conhecimento da tuberculose, dados sociodemográficos, antecedentes de saúde e condições de vida, entretanto mostrou-se frágil em relação às atitudes e práticas.

O ato de mensurar atitudes ou sentimentos através de pesquisas tem sido criticado por vários motivos: os entrevistados tendem a dar respostas que acreditam serem corretas, aceitas ou apreciadas e os temas delicados são particularmente exigentes, podendo haver influência do contexto na entrevista (HAUSMANN-MUELA, 2003).

Esta situação ocorreu durante a aplicação do questionário nesta pesquisa, percebia-se certo mal-estar entre as participantes quando confrontadas com alguma pergunta delicada, e tendiam a responder algo sobre o que acreditavam ser correto, aceito ou apreciado. Este comportamento foi observado referente às perguntas: “qual o sentimento

que você tem sobre as pessoas doentes com TB” e “como uma pessoa que tem TB é considerada pelas outras pessoas”.

Na primeira questão, o grande número de respostas “solidária e desejo ajudar” levou a crer que esta seria uma afirmação que a participante acreditou ser valorizada no contexto da entrevista, mas que poderia não refletir a sua real atitude.

Na segunda questão, responderam que “muitos são rejeitados”. As participantes poderiam estar desinformadas sobre o assunto e considerarem estranha a pergunta, tendo respondido aquilo que julgaram ser adequado no momento da entrevista, porém não expressando a verdade.

Apesar dessas limitações do roteiro KAP, a utilização do instrumento de pesquisa permitiu a comparação dos resultados com outros estudos realizados com diferentes populações no país e no exterior (FERREIRA-JR et al.,2013; PCI, 2010; SANCHEZ e BERTOLOZZI, 2004)

8 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste presente estudo permitiram concluir que a população de travestis e mulheres transexuais da cidade de São Paulo, não diferente de outras regiões do país, vivem em condições sociais desfavoráveis, causadas pela transgressão das normas sociais, impostas por uma sociedade heteronormativa que não permite a fluidez do gênero, estancado-o entre o masculino e o feminino, alimentando o preconceito e discriminação a este grupo.

Desta forma, concluiu-se que a maior parte dos transgêneros e transexuais entrevistados neste estudo sofre uma sequência de exclusões ao longo da vida. Inicialmente são expulsas do núcleo familiar ainda muito jovens e, consequentemente, não suportando o *buylling* que as expulsam das escolas. Sem formação e com baixa escolaridade, não são absorvidas pelo mercado de trabalho, restando-lhes as ruas como espaço de convivência e construção da identidade sexual, encontrando na prostituição a única forma de sobrevivência.

Estas condições, somadas à violência doméstica, à violência de gênero, ao uso abusivo de álcool e drogas, às infecções por doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids e aos efeitos colaterais do processo de transição de gênero sem acompanhamento médico, reduzem a expectativa de vida desta população e raríssimas são aquelas que chegam à idade de 50 anos ou mais.

Apesar de conhecidas estas condições de vida e saúde, trata-se de uma população invisível aos dados sociodemográficos e oficiais de saúde e, apesar dos esforços da sociedade civil organizada, poucos foram os avanços das políticas publicas que garantam seus direitos humanos, proporcionando impacto na melhoria das suas condições sociais.

Este estudo também permitiu concluir que parte deste grupo tem passagem pelas prisões, outras vivem em situação de rua ou permanência

em albergues sociais, situações associadas às outras condições de vida e saúde tornam este grupo vulnerável à infecção e adoecimento por tuberculose e coinfecção com o HIV/Aids.

Desta forma, os resultados das análises do conhecimento sobre a tuberculose entre travestis e mulheres transexuais, entrevistadas na cidade de São Paulo, mostrou-se modesto, permeado de equívocos associados aos sintomas da doença, suas formas de prevenção e transmissão, bem como o desconhecimento do manejo clínico epidemiológico da TB, que influenciaram suas respostas às atitudes e práticas relacionadas à doença, perpetuando o estigma da tuberculose neste grupo.

As análises comparativas entre indivíduos que receberam tratamento de TB e não tratados da doença, evidenciaram diversos equívocos em relação ao conhecimento dos sinais e sintomas, formas transmissíveis e preventivas da doença.

Seria de se esperar que no grupo das tratadas, pela proximidade aos serviços de saúde em decorrência do tratamento realizado,os resultados fossem diferentes aos encontrados, uma vez que fonte de informação sobre TB mais acessada e também a mais desejada, entre os que gostariam de receber mais informações sobre a doença, foram os profissionais de saúde, por meio de aulas e palestras.

Desta forma deduziu-se que a desinformação sobre a doença, entre aqueles com histórico de tratamento da TB, pode estar associada à baixa escolaridade, mas também à verticalidade no repasse de informações e na dificuldade de compreensão da linguagem técnica utilizada pelos profissionais de saúde, muitas vezes enviesado pelo preconceito e discriminação em relação aos transgêneros e transexuais, causando distanciamento em relação ao paciente.

Neste sentido, concluiu-se que, apesar dos esforços dos programas de controle da tuberculose, as ações de educação em saúde desenvolvidas

nos serviços públicos, voltadas à prevenção da TB, apresentam falhas e não atingem seus objetivos. Inferiu-se que as ações de educação em saúde, em especial aquelas voltadas para a prevenção da TB também não são valorizadas nas unidades de saúde, revelando a precariedade de recursos e espaços físicos para o seu desenvolvimento.

Portanto, recomenda-se a inclusão da categoria transgênero nas notificações compulsórias e levantamentos demográficos, dados importantes para a realização de análises mais profundas sobre morbidade e mortalidade, que poderiam servir de indicadores na construção de políticas públicas de saúde, reduzindo as inequidades e aumentando a expectativa de vida deste grupo.

Considerando-se as condições de vida e saúde desta população, agravadas pela sobreposição dos estigmas da TB, HIV/aids, homossexualidade e prostituição, recomenda-se ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose que inclua o quesito gênero e sexualidade como temática nas capacitações e planejamento de ações educativas em saúde, bem como a aproximação com as organizações não governamentais que representam esta população para que, em ações conjuntas possam obter melhores resultados no controle da tuberculose.

Estas ações também podem reduzir o preconceito e discriminação nas unidades de saúde, refletindo na ampliação do acesso deste grupo à informação e assistência à saúde, colaborando para o diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e cura da TB, bem como a redução da transmissão da doença.

Espera-se ainda que a desconsideração da transexualidade como patologia possa contribuir para diminuição das desigualdades e reduzir o preconceito e discriminação dos transgêneros na sociedade e também no âmbito da saúde pública, ampliando seu acesso aos direitos humanos na saúde.

Sobre a utilização do questionário KAP, apesar de suas limitações o instrumento mostrou-se eficiente para a coleta de informações sobre o conhecimento da TB, dados sociodemográficos e outros sobre antecedentes de saúde, entretanto mostrou-se pouco robusto para as atitudes e práticas, apesar disso, os resultados obtidos possibilitaram comparações com os resultados de outros estudos.

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu também concluir que a invisibilidade dos transgêneros nos dados oficiais de saúde inviabiliza quaisquer análises epidemiológicas mais aprofundadas sobre a tuberculose, bem como em outros agravos de saúde.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Acosta C, Boccia D, Montoya R, Onifade D, Forde CM, Franco J.Tuberculosis stigmatization is associated with diseases concealment and poor treatment adherence. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(11):S1-S387.

2- Adorno RC, Alvarenga AT, Vasconcellos MP. Quesito cor no sistema de informação em saúde. Estudos Avançados. 2004;18(50):119-123.

3- Aguilera AEC, Casas GM, Moreno ANC, Pérez LA, Cabrera OSA, Ochoa EG. .Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis. Rev Cubana Med Trop. 2000;52(2):110-4.

4- Aguinsky BG, Ferreira GG, Rodrigues MC. Travestis e segurança pública: as performances de gênero como experiências com o sistema e a política de segurança no Rio Grande do Sul. Texto Contexto Enferm.. 2013;12(1):47-54.

5- Aguinsky, BG. Ferreira GG & Cipriani, M. Vidas (hiper) precárias: Políticas públicas penais e de segurança face às condições e vida de travestis e transexuais no Rio Grande do Sul. Sistema Penal & Violência, 2014; 6(2):292-304. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia/article/view/18589

6- Alvarez-Gordilho GC, Alvarez-Gordilho FJ, Dorantes-Jiménez JE, Halperin-Frish D. Percepciones y prácticas relacionadas com la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Pública Méx. 2000;42(6):520-528.

7- Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface: comunicação, saúde, educação 2005;9(16):39-52.

8- Alves, AS; Lopes, MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. Rev Bras Enferm.2008;61(1):11-17.

9- Amaral DM. A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde. (Dissertação). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2007.

10- AMFAR. The foundation for AIDS Research. Trans populations and HIV time to end the neglect. 2014. Disponível em http://www.amfar.org/issue-brief-trans-populations-and-hiv-time-to-end-the-neglect/ [acessado em 03/02/2015].

11- ANTRA. Articulação Nacional de Travestis e Transexuais 2012. Disponível em: http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=1660 (Acessado em 20/12/2012).

12- Antunes PPS, Mercadante EF. Travestis, envelhecimento e velhice. Revista Kairós Gerontologia Temática, 2011:109-132. ISSN 2176-901X.

13- Antunes PPS. Travestis envelhecem? São Paulo: Annablume, 2013.

14- American Psichiatric Association APA DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth Edition.Disponível em: http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596 (Acessado em 20/07/2015).

15- Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. Ciênc. saúde coletiva 2009;14(4):1141-1149.

16- Arán M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. Ágora (Rio de Janeiro). 2006;10(1):49-63.

17- Araújo AC, Lotufo Neto F. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. Rev Bras Ter Comport Cogn 2014; XVI:67-82.

18- Araújo FM. Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas Unidades de Saúde da Família no Município de Campina Grande-PB. [Monografia].Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2004.

19- Ascuntar JM, Gaviria MB, Uribe L, Ochoa J. *Fear, infection and compassion: social representations of tuberculosis in Medellin, Colombia, 2007*. Int J Tuberc Lung Dis 2010;14(10):1323-1329.

20- Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 2002.

21- Balshem M. The diagnosis and management of fever at household level in the Greater Accra Region, Ghana. Acta Tropica.1993;58:317-330.

22- Baqi S, Shah SA, Baig MA, Mujeeb SA & Memon A. Seroprevalence of HIV, HBV and syphilis and associated risk behaviours in male transvestites (Hijras) in Karachi, Pakistan. Int J. STD & AIDS. 1999;10(5), 300-304.

23- Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE & Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. The Lancet infectious diseases, 2013;13(3):214-222.

24-Barnard M, Albert H, Coetzee G, O'Brien R, Bosman ME. Rapid molecular screening for multidrug-resistant tuberculosis in a high-volume public health laboratory in South Africa. Am J Respir Crit Care Med. 2008;177(7):787-92. Epub 2008 Jan 17.

25- Baseman J, Ross M, Williams M. Sale of sex for drugs and drugs for sex: an economic context of sexual risk behavior for STD. Sex Transm Dis. 1999;26(8)44-9.

26- Batista LE, Escuder MM, Pereira JC. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Rev Saúde Pública. 2004;38(5):630-6.

27- Batista LE. Mulheres e homens pretos: saúde, doença e morte [Tese de doutorado]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras; 2002.

28- Bayer, R. The dual epidemics of tuberculosis and AIDS: ethical and policy issues in screening and treatment. Am. J. Public Health, 83:649-54, 1993.

29- Belza MJ, Liácer A, Mora R, de la Fuente L, Castilla J, Noguer I et al. Características sociales y conductas de riesgo para el VIH em grupo de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle. Gac Sanit 2000;14(5):330-337.

30- Bem, S. L. Gender Schema Theory: a cognitive account of sex typing. Psychological Review. 1981; 88(4): 354-364

31- Benatar SR, Upshur R. *Tuberculosis and poverty: what could (and should) de done?* Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(10):1215-1221.

32- Benedetti MR. A batalha e o corpo: Breves reflexões sobre travestis e prostituição. Sexualidad, ciudadania y Derechos Humanos en América Latina 2004;(1):51-56.

33- Benedetti MR. Toda feita: o corpo e o gênero das travestis. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Fac. Antropologia Social; 2000.

34- Bento B. Brasil: País do transfeminicídio. Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos 2015 Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio_Berenice_Bento.pdf (Acessado em 24/02/2015).

35- Bárbara M, Fonseca F.Transexualidade: Androginia sob o Olhar da Historia da Arte. Princípios de Atenção Integral à Saúde. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda; 2012.

36- Berquó E. Sobre o sistema internacional de pesquisas em demografia e saúde reprodutiva. Rev. bras. epidemiol. 2008;11(1):72-89.

37- Bertolli CF. História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.

38- Biancarelli A. A diversidade revelada. Centro de referência da diversidade sexual (CRD Pela Vidda/SP) e ambulatório de saúde integral de travestis e transexuais (CRTDST/AIDS-SP). São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde, 2010.

39- Bick JA, Infection Control Jail and Prisons. Clin. Infect. Dis 2007;45:1047–1055.

40- Biondi K. Junto e Misturado: imanência e transcendência no PCC. [Dissertação de Mestrado]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas; 2009.

41- Birunji J, Luzze C, Bakanda C. *Community involvement is key in tuberculosis and HIV/AIDS care, treatment and adherence – TASO Jinja.* Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(11):S1-S387.

42- Blomm, B. R. Tuberculosis: back to a frightening future. Nature, 358:538-9, 1992.

43- Bohn MA. Os “monstros” e a escola: identidade e escolaridade dos sujeitos travestis. (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de pós-graduação em Educação; 2009.

44- Borba R e Ostermann AC. Gênero ilimitado: a construção discursiva da identidade travesti através da manipulação do sistema de gênero gramatical. Estudos Feministas (Florianópolis). 2008;16(2):409-432.

45- Borba R. Inter(sex)ualidade: A construção discursiva de identidades na prevenção de DST/AIDS entre travestis. Trab.Ling.Aplic. (Campinas). 2010;49(1):21-37.

46- Borges NM. A promoção do respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Revista dos direitos humanos da população LGBT. Brasília/DF: Presidência da República, Secretaria de Direitos Humanos; 2011. Edição Especial.

47- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016.

48- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, 2015;46(9)1-19.

49- BRASIL. Ministério da justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. INFOPEN, 2014a.

50- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. 2014b. ISSN: 1517-1159.

51- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores, 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2014c. Disponível em: http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?t=taxa-analfabetismo&vcodigo=PD384. (Acessado em 26/08/2015)

52- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. 2013a. ISSN: 1517-1159

53- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Brasília (DF), 2013b.

54- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 5002/2013 Lei João Nery, Lei de Identidade de Gênero, 2013c. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=43539FC34A5DAC29C906420DCF1C17C2.proposicoesWeb1?codteor=1059446&filename=PL+5002/2013 (acessado em 20/07/2015).

55- BRASIL. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento, CRTAIDS-SP, São Paulo, 2012a. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp (Acessado em 14/11/2014).

56- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília (DF), 2012b.

57- BRASIL. Ministério da Educação. Portaria no 1.612, de 18 de novembro de 2011. Brasília (DF), 2011a.

58- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose. Brasília (DF); 2011b.

59- BRASIL. Ministério de Estado e Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria nº. 233, de 18 de maio de 2010. Brasília (DF), 2010.

60- BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. CPI sistema carcerário. Brasília: Câmara dos Deputados. Edições Câmara, 2009.

61- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº. 457 de 19 de agosto de 2008b, que dispõe sobre a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de saúde - SUS: Brasília (DF), Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html (Acessado em 11/11/2014).

62- BRASIL. Presidência da Republica. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.

Anais da Conferencia Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT. Brasília, 2008b.

63- BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil sem Homofobia. Programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasília (DF), 2004.

64- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1652 de 06 de novembro de 2002, que Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo. Diário Oficial da União (Brasília), 02 dez, 2002a.

65- BRASIL. Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002 que institui o Código Civil. Diário Oficial da União. 01 nov 2002b.

66- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5ª. ed. Rio de Janeiro, 2002c.

67- BRASIL. Lei nº 9.708 de 18 de novembro de 1998. Altera o art. da Lei 6.015 de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre Registros Públicos para possibilitar a substituição do prenome por apelidos públicos notórios. Diário Oficial da União. 19 nov 1998;(1):9.

68- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1482/1997, dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e demais intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Brasília, 1997a.

69- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília, 1997b.

70- BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as diretrizes da Educação Nacional.

71- Brian A, Rood MA, Puckett JA, David W, Pantalone &Bradford JB. Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. LGBT Health 2014;(2);1-6.

72- Buratto ALO. Projetos de mobilização e capacitação em controle social. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 - 5 Nov. 2004. Disponível em: http://www.iij.derecho.ucr.ac.cr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/CLAD/CLAD%20IX/documentos/buratto.pdf (Acessado em 21/11/2014).

73- Butler J. Cuerpos que importan : sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. Buenos Aires/Barcelona/Mexico:Paidós; 2002.

74- Calazans JM. Incidência e fatores de risco para sífilis e gonorreia em uma coorte de homossexuais e bissexuais masculinos HIV negativos, Projeto Horizonte, 2013;1994-2010, 2013.

75- Caldas, JMP et al . Escuela y diversidad sexual: ¿que realidad?.Educ. rev. (Belo Horizonte). 2012;28(3)143-158.

76- Campos SH. Mycobacterium tuberculosis resistentes: de onde vem a resistência? Bol. de Pneumol. Sanit.1999;7(1):51-7.

77- Campuzano, G. Recuperação das historias travestis. In Cornwal, AJ, Jolly S (orgs). Questões da sexualidade: ensaios transculturais. Rio de Janeiro: ABIA, 2008.

78- Carranza DVV & Pedrão LJ. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2005;(13):836-844.

79- Carrara S, Vianna ARB. “Tá lá o corpo estendido no chão...”: a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva. 2006;16(20):233-249.

80- Carrara S; Vianna ARB. A violência letal contra homossexuais no município do Rio de Janeiro: características gerais. In: Cáceres CF et al. (Orgs). Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredita; 2004.

81- Carvalho, SR. Os múltiplos sentidos da categoria *"empowerment"* no projeto de Promoção à Saúde. Cad Saúde Pública 2004;20(4):1088-1095.

82- Casteleiro RP. O envelhecimento de trans jovens: falas, imagens e corpos. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISNN 2177-8248. Universidade Estadual de Londrina – PR. 2014.

83- Castelo Filho A, Kritski AL, Barreto AW, Lemos ACM, Ruffino AN, Guimarães AC. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: diretrizes brasileiras para tuberculose. J Bras Pneumol. 2004;30(1):57-86.

84- C.D.C. Center for disease Control. Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection: recommendations of Advisory Commitee for Elimination of Tuberculosis (ACET). MMWR, 38:236-50, 1989.

85- Chaisson RE, Martisson NA. Tuberculosis in Africa: combating an HIV-driven crisis. N Engl J Med. 2008; 358(11):1089-92.

86- Chemnasiri, Tareerat, et al. "Inconsistent condom use among young men who have sex with men, male sex workers, and transgenders in Thailand." AIDS Education & Prevention. 2010; 22(2): 100-109.

87- Chidiac & Oltromari. Ser e estar Drag queen: um estudo sobre a configuração da identidade queer. Estudos de Psicologia. 2004;9(3):471-478.

88- Cleland, J. A critique of KAP studies and some suggestions for their improvement. Studies in Family Planning 1973;4(2):42–47.

89- Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R & Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. American journal of public health, 2001;91(6):915-21.

90- Courtwright A & Turner NA. *Tuberculosis and Stigmatization: pathways and interventions*. Public Health Rep. 2010;125(4):34-42.

91- Cunha MCP. Ecos da Folia: uma história social do Carnaval carioca entre 1880 e 1920. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.

92- Cutuli M. Apuntes para el análisis de los cambios y las continuidades en las formas de organización social y política de travestis y transexuales en Argentina, 2010. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278290057_ARQUIVO_Cutuli,MSoledad-ST69.pdf

93- Dantas F. Onde estavam as travestis durante a ditadura? Revista Fórum. 2015,Abril. Disponível em: http://www.revistaforum.com.br/osentendidos/2015/04/05/onde-estavam-travestis-durante-ditadura/ (Acessado em 07/10/2015).

94- Day S. Prostitute women and the ideology of work in London. In: Feldman DA (ed) Culture and Aids. New York: Praeger, 1990.

95- Díaz-Morfa, J. Disforia de género. Sexología Integral, 2007;4(2): 83-88. Docter RF. Travestites and transsexuals: toward a theory of cross-gender behavior. New York: Plenum Press;1990.DOI 10.1007/s12160-013-9565-8.

107- Dubos R & Dubos J. The white plague: tuberculosis, man and society.2a.ed. News Brunswick: Rutgers University Press; 1992.

108- Duque T. Montagens e Desmontagens: vergonha, estigma e desejo na construção da travestilidade na adolescência. [Dissertação de

Mestrado].São Carlos/SP: Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Sociologia; 2009.

109- Edlin BR, Irwin K L, Faruque S, McCoy CB, Word C, Serrano Y et al.. Intersecting epidemics crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. New England Journal of Medicine, 1994;331(21):1422-1427.

110- Eliade, M. Mefistófeles e o Andrógino ou o mistério da totalidade. In: Elifson K.W, Boles J, Posey E, Sweat M, Darrow W, Elsea W. Male travestite prostitutes and HIV risk. Am J Public Health. 1993;83(2):S31-7.

111- Elifson K.W, Boles J, Posey E, Sweat M, Darrow W, Elsea W. Male travestite prostitutes and HIV risk. Am J Public Health. 1993;83(2):S31-7.

112- Ellner, J. J. et al. Tuberculosis symposium: emerging problems and promise. J. Infect. Dis., 168:537-51, 1993

113- Elwood WN, Williams M L. Sex, drugs, and situation: attitudes, drug use, and sexual risk behaviors among men who frequent bathhouses. Journal of Psychology & Human Sexuality, 1998;10(2), 23-44.

114- Estebanez P, Zunzunegui V. Aguillar D, Coloma C, Rua-Figueiroa M et al. A demographic and health survey of spanish female sex workers: HIV prevalence and associated risk factors. J Biosoc Sco.1998;30(3):365-79.

115- Estebanez, P, Fitch K & Nájera R. HIV and female sex workers. Bulletin of the World Health Organization, 1993;71(3-4):397.

116- Farías MSR, Garcia MN, Reynaga E, Romero M, Vaulet MLG et al. First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. International Journal of Infectious Diseases, 2011;15(9):635-640.

117- Farmer PE. Social scientists and new tuberculosis. Social Science and Medicine. 1997;44(3):347-358.

118- Fausto-Sterling, A. Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality. New York: Basic Books, 2000(1):32.

119- Fernandes E. A integração do negro na sociedade de classes. São Paulo: Ática; 1978.

120- Fernández J. Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género. Buenos Aires: Edhasa, 2004.

121- Ferraz EA, Souza CT, Sousa LM, Costa N. Travestis profissionais do sexo e HIV/AIDS: Conhecimento, opiniões e atitudes. Anais do XII Seminário sobre a Economia Mineira – Economia, História, Demografia e Políticas Públicas. UFMG: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional–CEDEPLAR–FACE; 2006.

122- Ferreira GG. Travestis e prisões: a experiência social e a materialidade do sexo e do gênero sob o lusco-fusco do cárcere [Dissertação Mestrado]. Porto Alegre/RS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social; 2014.

123- Ferreira Jr S, Francisco PMSB, Nogueira PA. Perfil de travestis e transgêneros: tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(6):410–17.

124- Ferreira Jr. S, Oliveira HB, Marin-Léon L. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose em prisões e no serviço público de saúde. Rev Bras Epidemiol 2013;16(1):100-13.

125- Fisk N. Gender dysphoria syndrome (the know, what and why of the disease). In Laub D, Gandy (eds) Proceeding of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome. Palo Alto: Stanford University Press; 1973;7-14.

126- Foucault, M. Os Anormais. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

127- Foucault, M. La historia de la sexualidad, Vol I. La Voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2002.

128- Freitas IM et al. Fatores associados ao conhecimento sobre tuberculose e atitudes das famílias de pacientes com a doença em Ribeirão Preto, São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2015;18(2):326-340

129- Furlani, J. Encarar o desafio da educação sexual na escola. Secretaria de Educação do Paraná. Superintendência de Educação. Departamento de Diversidade. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual. Sexualidade. Curitiba; 2009.

130- García B A. Tacones, siliconas, hormonas. Teoría feminista y experiencias trans en Bogotá. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia; 2010.

131- Garcia MRV. Alguns aspectos da construção do gênero entre travestis de baixa renda. Psicologia USP. 2009;20(4):597-618.

132- Garcia MRV. Prostituição e atividades ilícitas entre travestis de baixa renda. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. 2008;11(2):241-256.

133- Gaspar MD. Garotas de programa, prostituição em Copacabana e identidade Social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.

134- Gandhi NR, Moll A, Sturm AW, Pawinski R, Govender T, Lalloo U, et al. Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. Lancet. 2006;368(9547):1575-80.

135- Gil, CZV. Dois monólogos não fazem um diálogo: jovens e ensino médio. Educação & Realidade 2016;(41)1:175-192. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/2175-623655947

136- Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora LTC; 2008.

137- Goldstein PJ, Ouellet LJ, Fendrich M. From bag brides to skeezers: A historical perspective on sex-for-drugs behavior. Journal of psychoactive drugs. 1992;24(4):349-361.

138- Grandi JL. Coinfecção HIV, Sífilis e Hepatites B e C em travestis da cidade de São Paulo, 1992-2000. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem; 2001.

139- Green JN, Trindade R, Barbosa JF (organizadores). Homossexualismo em São Paulo e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP; 2005.

140- Green, JN. Além do Carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Editora UNESP; 2000.

141- Green R. Transexualism: mytologycal, historical and cross-cultural aspects. In: Denny, D. Current concepts in transgender identity. New York:Garland; 1998.

142- Green S.T, Goldberg DJ, Christie PR, Frisher M, Thomson A, Carr SV et al. Female street-worker-prostitutes in Glasgow: a descriptive study of their lifestyle. AIDS Care. 1993;5(3):321-35.

143- Greenberg SD, Frager D, Suster B, Walker S, Stavropoulos C, Rothpearl A. Active pulmonary tuberculosis in patients with AIDS: spectrum of radiographic findings (including a normal appearance). Radiology. 1994;193(1):115-9.

144- Greenfield H E.. Invisible, outlawed, and untaxed. Praeger, Westport, CT, 1993.

145- Griensven, F, Na Ayutthaya P P & Wilson E. HIV surveillance and prevention in transgender women. The Lancet Infectious Diseases. 2013;13(3):185-186.

146- Grossi MGR. A exclusão digital: o reflexo da desigualdade social no Brasil. Unesp. Nuances estudos sobre educação. 2013;24(2).

147- Guimarães ASA. Classes, raças e democracia. São Paulo: Editora 34; 2002.

148- Guimarães ASA. Racismo e anti-racismo no Brasil. São Paulo: Editora 34; 1999.

149- Guimarães, P. R. B. Métodos quantitativos estatísticos. Curitiba: IESDE Brasil S.A.;, 2008.

150- Gutiérrez MA. “La imagen del cuerpo. Una aproximación a las representaciones y prácticas en el cuidado y la atención de la salud”. In: Lohana Berkins y Josefina Fernández (coords.). La gesta del nombre próprio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina. Buenos Aires: Editorial Madres de Plaza de Mayo; 2005.

151- Habeenzu C, Miltarai S, Lubasi D, Mudenda V, Kantenga V, Kantenga T, et. al, Tuberculosis and multidrug resistance in Zambian prisons. Int J Tuberc Lung Dis. 2007;11(11):1216-1220.

152- Hasenbalg C & Silva NV. Educação e diferenças raciais na mobilidade ocupacional no Brasil. In: Cor e estratificação social (Hasenbalg C, Silva NV & Lima M, org.). Rio de Janeiro: Contracapa; 1999.

153- Hasenbalg C & Silva NV. Estrutura Social: mobilidade e raça. São Paulo: Vértice; 1988.

154- Hausmann-Muela S, Mela RJ, Nyamongo I. Health-seeking behavior and the health system’s response. DCPP Working Paper. 2003;14.

155- Hawkes G. A sociology of sex and sexuality. Buckinham: Open University Express; 1999.

156- Henriques R. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Rio de Janeiro: IPEA; 2001 (Texto para Discussão, 807). Disponível em: http://www.do.ufgd.edu.br/mariojunior/arquivos/desigualdade_racial_brasil.pdf (Acesso em 28/10/2015)

157- Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. Cad Saúde Pública. 2002;18(Suppl):S57-65.

158- Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(suppl.1):50-8.

159- Hiller R. Los cuerpos de la universalidad. Educación y travestismo/transexualismo. Lohana Berkins y Josefina Fernández (coords.). La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina. Buenos Aires: Editorial Madres de Plaza de Mayo, 2005.

160- Høigård & Finstad. Bakgatter: om prostitusjon, penger og kjaerlighet. Oslo: Pax; 1986.

161- Høigård, C. & Finstad, L. Backstreets: prostitution, money, and love. University Park, PA: Pennsylvania State University Press; 1992.

162- IBM. Statistical Package for Social Science for Windows, 2007. Disponível em: http://www-03.ibm.com/software/products/pt/spss-stats-base (Acessado em 25/05/2015).

163- Jayme JG. “Montar-se discutindo corpo e incorporação entre transgêneros”. Trabalho apresentado no GT “Sentidos do gênero” na IV Reunião de Antropologia do Mercosul. Mimeo; 2001.

164- Jesus J. Orientações sobre a população transgênero : conceitos e termos. 2012.disponível em: https://issuu.com/jaquelinejesus/docs/orienta__es_popula__o_trans (Acessado em 12/08/2014).

165- Jittimanee XS, Nateniyon S, Kittikraisak W, Burapat C, Akksilp S, Chumpathat N et AL. *Social stigma and knowledge of Tuberculosis and HIV among patients with both diseases in Thailand*. PLoS One. 2009;23:4(7).

166- Jones BE, Young SM, Antoniskis D, Davidson PT, Kramer F, Barnes PF. Relationship of the manifestations of tuberculosis to CD4 cell counts in patients with human immunodeficiency virus infection. Am Rev Respir Dis. 1993;148(5):1292-7.

167- Jones DL, Irwin KL, Inciardi J, Bowser B, Schilling R, Word C et al. The high-risk sexual practices of crack-smoking sex-workers recruited from the streets of three American cities. Sex Transm Dis.1998;25(4):187-93.

168- Kulick D. Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

169- Laga M, Manoka A, Kivuvu M, Malele B, Tuliza M, Nzila, N et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. Aids,1993;7(1):95-102.

170- Launiala A e Honkasalo ML. Ethnografic study of factors influencing compliance to intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy among Yao women in rural Malawi. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2007;101(10):980-989.

171- Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. Anthropology Matters 2009;11(1):1-13.

172- Lauritsen JM. (Ed.) EpiData data entry, data management and basic statistical analysis system. Odense Denmark, EpiData Association, 2000-2008. Disponível em: http://www.epidata.dk (acessado em 13/05/2015).

173- Lawn SD, Bekker LG, Wood R How effectively does HAART restore immune responses to Mycobacterium tuberculosis? Implications for tuberculosis control. AIDS. 2005;19(11):1113-24

174- Leite, S. Cartas dos primeiros jesuítas do Brasil. São Paulo: Comissão do IV Centenário; 1957.

175- Leite Jr., Jorge Nossos corpos também mudam: sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico. [Tese de doutorado].São Paulo/SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Sociais; 2008.

176- Lemos A C M . Editorial. J Bras Pneumol. 2008;34(10):753-755

177- Léon PC. La Crónica del Peru. Madrid. Calpe; 1922.

178- Levine SB, Lothstein L. Transexualism or gender dysphoria syndromes. J Sex Marital Ther. 1981;7(2):85-113.

179- Lobato MI, Koff WJ, Schestatsky SS, Chaves CPV, Petry A, Crestana T et al. Clinical characteristics, psychiatric commorbidities and sociodemographic profile of transsexual patients from an outpatient clinic in Brazil. International Journal of Transgenderism, 2008;10(2):69-77.

180- Lourenço A.N. Travesti: A construção do corpo feminino perfeito e suas implicações para a saúde. [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza/CE: Universidade de Fortaleza, Faculdade de Saúde Coletiva; 2009.

181- Louro, G.L. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes; 2004.

182- Maciel NLE, Seixas C, Moraes EP, Fregona G, Dietze R. O conhecimento de pacientes com tuberculose acerca de sua doença: um estudo de caso-controle. Cad Saúde Colet. 2005;13(3):593-604.

183- Maciel-Guerra AT, Guerra-Junior G (organizadores). Menino ou menina? – distúrbios da diferenciação do sexo. 2ª. edição. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.

184- Maerrawi IE. Estudo dos fatores de risco associados às infecções pelo HIV, hepatite B e C e sífilis e suas prevalências em população carcerária de São Paulo. [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Medicina Preventiva; 2012.

185- Maher D, Grzenska M, Coninx R, Reyes H, Crofton R, Sommaturga C. Guidelines for the control of tuberculosis in prisons. Geneva: World Health Organization; 1998.

186- Maher L. Hidden in the light: occupational norms among crack-using street-level sex workers. Journal of Drug Issues, 1996;(26):143-174.

187- Manderson L e Aaby P. An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research. Social Science & Medicine. 1992;35(7):839-50.

188- Marques A. Crime, proceder, convívio seguro: um experimento antropológico a partir das relações entre ladrões. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas; 2009.

189- Martins ER & Corrêa AK. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2004;(12):398-405.

190- Martins TA, Kerr LRF, Macena RH, Mota RS, Carneiro KL, Gondim RC et al.. Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: a respondent-driven sampling survey. AIDS Care. 2013;25(5), 606-612.

191- Martins TA, Kerr LRFS, Macena HMR, Mota RS, Carneiro KL , Gondim RC & Kendall C. Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: a respondent-driven sampling survey. AIDS Care. 2013;25(5):606-12. DOI: 10.1080/09540121.2012.726342

192- Maruza M, Ximenes RAA, Lacerda HR. Desfecho do tratamento e confirmação laboratorial do diagnóstico de tuberculose em pacientes com HIV/AIDS no Recife, Pernambuco, Brasil. J Bras Pneumol. 2008;34:394-403.

193- Masters REL. Eros and Evil. New York: Julian Press; 1962.

194- Mcnamara RP. The Times Square Hustler: male prostitution in New York City. Westport, London: Praeger; 1994.

195- Melo HP, Bandeira L. A pobreza e as políticas de gênero no Brasil. CEPAL; 2005. Disponível em: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5943/S055322.pdf?sequence=1 (Acesso em 15/10/2015).

196- Miller, J. People, Berdaches, and left-handed bears: Human variation in native America. Journal of Anthropological Research, 1982;274-287.

197- Missé M y Coll-Planas G. El género desordenado: críticas em torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Editorial EGALES 2010. ISBN: 978-84-92813-20-9.

198- Mohamed AI, Yousif MA, Ottoa P, Bayoumi A. Knowledge of Tuberculosis: a survey among tuberculosis patients in Omdurman, Sudan. Sudanese J Public Health. 2007;2(1)1-77.

199- Money J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.1955;96:253–264.

200- Money, J. Gender role, gender identity, core gender identity: usage and definition of terms. Journal of American Academy Psychoanalysis 1973;(1)397-402.

201- Morbidity and Mortality Weekly Report (*MMWR*) 2000;59(15):317-320

202- Morosini, E. VIH/SIDA y sífilis y factores de riesgo en población HSH. Estudio de seroprevalencia de vih/sida y sifilis, factores sociocomportamentales y estimación del tamaño de la población de hombres que tienen sexo con hombres en el Paraguay. 2011.

203- Mott L. Violação dos direitos humanos e assassinato de homossexuais no Brasil. Salvador:Grupo Gay da Bahia; 2000.

204- Narrain, S. Crystallising queer politics-The Naz Foundation Case and Its Implications for India's Transgender Communities. NUJS L.2009; 2: 455.

205- Nascimento DR. As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005;117-118.

206- Nemoto T, Luke D, Mamo L, Ching A & Patria J. HIV risk behaviours among male-to-female transgenders in comparison with homosexual or bisexual males and heterosexual females. AIDS Care. 1999;11(3):297-312.

207- Nemoto T, Operario D, Keatley J, Han L & Soma T. HIV risk behaviors among male-to-female transgender persons of color in San Francisco. American Journal of Public Health. 2004;94(7):1193-1199.

208- Ngamtrairai N, Jittimanee S, Chayatab B. Successful integration of tuberculosis and HIV care in prisons, Thailand. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(11):S1-S387.

209- Noeske J, Ndi N, Mbondi Mfondih S. Controlling TB in prisons against imprisonment conditions – a lost case? An experience from Cameroon. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(11):S1-S387.

210- Nogueira AP e Abrahão RMCM. A infecção tuberculosa e o tempo de prisão da população carcerária dos Distritos Policiais da zona oeste da cidade de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2009;12(1):30-8.

211- Nogueira, L. Travestis na escola: assujeitamento e resistência à ordem normativa. Rio de Janeiro: Metanoia, 2015.

212- Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, Becker J. Gender abuse and major depression among transgender women: a prospective study of vulnerability and resilience. American Journal of Public Health. 2014a;104(11):2191-2198.

213- Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, et al. Gender abuse and incident HIV/STI among transgender women in New York City: Buffering Effect of involvement in a transgender community. Aids Behav. 2014b DOI.10.1007/s10461-014-0977-7.

214- Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri, M & Becker J. Gender abuse, depressive symptoms, and HIV and other sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons: a three-year prospective study. American Journal of Public Health. 2013;103(2):300-307.

215- Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M et al. Lifetime risk factors for HIV/sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;52(3):417-21.

216- Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M., & Becker J. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. Journal of Sex Research. 2010;47(1):12-23.

217- O'Connel DJ. Prostitution and the contours of control. In: Weeks J & Holland J (Eds.) Sexual cultures, Communities, Values and Intimacy. New York: St. Martin's Press; 1996.

218- Okita, H. Homossexualidade: da opressão à libertação. São Paulo: Sundermann; 2007.

219- Oliveira HB, Cardoso JC. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2004;15(3):194-

220- Operario D, Soma T & Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2008;48(1):97-103.

221- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Direitos humanos, cidadania e tuberculose na perspectiva da legislação brasileira. Brasília, DF: OPAS; 2015. ISBN 978-85-7967-090-9.

222- Ottomani S, Obermeyer Z, Bencheik N, Mahjour J. Knowledge, attitudes and beliefs about tuberculosis in urban Morocco. East Mediterr Health J. 2008;14:298–304.

223- Ouellet LJ, Wiebel WW, Jimenez AD, Johnson WA. Crack cocaine and the transformation of prostitution in three Chicago neighborhoods. Crack

Pipe as Pimp: An Ethnographic Investigation of Sex-for-Drugs Exchanges. 1993:69-96.

224- Padovani NC. Perpétuas espirais: falas do poder e do prazer sexual em trinta anos na história da Penitenciária Feminina da Capital (1977-2009) [Dissertação de Mestrado].São Paulo: Universidade de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2010.

225- Parker RC. Bodies, pleasures, and passions: sexual culture in contemporary Brazil. Boston: Beacon Press; 1991.

226- Parra FV, Amado RC, Lambertucci JR, Rocha J, Antunes CM, Pena SD. Color and genomic ancestry in Brazilians. Proc Natl Acad Sc USA. 2003; 100(1):177-82.

227- Passos ADC e Figueiredo JFC. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP). Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2004;16(2):95-101.

228- Passos AGS. Uma ala para travestis, gays e seus maridos: pedagogias institucionais da sobrevivência no presídio central de Porto Alegre. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação; 2014.

229- Paterman C. The Sexual Contract. Cambridge: Polity Press; 1988.

230- PCI Project Concern International Household Survey Findings Report. From Cought to Cure. Knowledge, Attitudes and Practices in Mexico, 2010. Disponível em: http://www.coregroup.org/storage/TB/pci%20tb%20hh%20survey%20from%20cough%20to%20cure%20mex%202010.pdf (Acessado em 19/08/2015)

231- Pedroso CP. Utopias penitenciárias. Projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil. Jus Navigandi. 2008;8:333. Disponível em:

http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5300 (Acessado em 21/10/2014).

232- Pelto JP & Pelto GH. Studying knowledge, culture, and behavior in applied medical anthropology. Medical Anthropology Quarterly 1997;11(2):147-163.

233- Pelúcio L. Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids. São Paulo: Annalume, 2009.

234- Pelúcio L. Na noite nem todos os gatos são pardos. Cadernos Pagu. 2005;(25):217-248.

235- Pelúcio L. Três casamentos e algumas reflexões: notas sobre conjugalidade envolvendo travestis que se prostituem. Estudos Feministas 2006;14(2):522-534.

236- Pelúcio, L. Nos Nervos, na Carne, na Pele uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS. [Tese de Doutorado]. São Carlos/SP: Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais; 2007.

237- Peres WS, Silva FAB, Silva PA. Paradigmas das relações familiares e a população LGBT: dos paradoxos às possibilidades. Revista de Psicologia da UNESP. 2009;8(2):47-53.

238- Peres WS. Biossociabilidade contemporânea e a expressão travesti. Revista de Psicologia da UNESP. 2002;1(1):8-17.

239- Peres WS. Subjetividade das travestis brasileiras: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania. [Tese doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2005.

240- Perlongher N. O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo. São Paulo: Brasiliense; 1987.

241- Person ES, Oversey L. The transexual syndrome in males: secondary transsexualism (1974). In: Person ES. The transsexual century. New York: Yale University Press; 1999:127-45.

242- Petry AR, Meyer DE. Transexualidade e Heteronormatividade: algumas questões para pesquisa. Textos & Contextos. 2011; 10(1):193-198.

243- Petty, Richard E., John T. Cacioppo, and Rachel Goldman. Personal involvement as a determinant of argument-based persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology* .1981;41(5):847.

244- Picazio C. Sexo secreto: temas polêmicos da sexualidade. São Paulo: Edições GLS; 1999.

245- Pinto IVM, Tancredi MV, De AlencarI HDR, Camolesi E, Holcman M M GreccoIII J P et al.. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. Rev Bras Epidemiol. 2014:341- 354.

246- Piscitelli A, Assis GO, Olivar JMN (organizadores). Gênero, sexo, amor e dinheiro: mobilidades transacionais envolvendo o Brasil. Campinas, SP:UNICAMP/PAGU; 2011.

247- Pollak M. Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia. São Paulo: Estação Liberdade; 1990.

248- Porter, J. D. H. & Macadam, K. P. W. J. The reemergence of tuberculosis. Annu. Rev. Public Health, 15:303-23, 1994

249- Pôrto A & Nascimento DR. Tuberculosos e seus itinerários. Hist Cienc Saúde- Manguinhos. 1995;1(2):129-41.

250- Pôrto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. Rev Saúde Pública. 2007;41(Supl.1):43-49.

251- Preciado B. El manifiesto contra-sexual. Prácticas subversivas de identidad sexual. Madrid: Editorial Opera Prima; 2002.

252- Preciado, B. Pornotopía: arquitectura y sexualidad en «Playboy» durante la guerra fría. Barcelona: Anagrama; 2010.

253- Rani, S. An eye on the challenges faced by third gender-equality and truth. International Journal of Research in Management & Social Science. 2015;3(2):34-38.

254- REDTRANS BRASIL. Rede de pessoas Trans. 2012 Disponível em: http://www.gesperanza.com.br/ (acessado em 14/12/2014).

255- Reichman, I. B. The U-shape curve of concern. Am. Rev. Respir. Dis., 144:741-2, 1991.

256- Reidel, M. A pedagogia do salto alto: histórias de professoras transexuais e travestis na educação brasileira. [Dissertação]. Porto Alegre/RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação; 2013.

257- Rocha RMG, Pereira DL, Dias TM. O contexto do uso de drogas entre travestis profissionais do sexo. Saúde Soc. 2013;22(2):554-565.

258- Rodrigues JLC, Fiegenbaum M, Martins AF. Prevalência de coinfecção tuberculose/HIV em pacientes do Centro de Saúde Modelo de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Scientia Medica. 2010;20:212-217.

259- Rolfs RT, Goldberg M, Sharrar RG. Risk factors for syphilis: cocaine use and prostitution. American Journal of Public Health. 1990;80(7):853-857.

260- Romano VF. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. Saúde Soc. 2008;17(2):211-219.

261- Rosa A S, Cavicchioli MGS & Bretãs ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005;(13):576-582.

262- Rosemberg J. Tuberculose: Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. Bol Pneumol Sanit.1999;7(2):5-29.

263- Ross MW, Hwang LY, Leonard L, Teng M & Duncan L.. Sexual behaviour, STDs and drug use in a crack house population. International Journal of STD & AIDS. 1999;10(4):224-230.

264- Roy A, Abubakar I, Yates S, Chapman A, Lipman M, Monk P et al. Evolution knowledge gain from TB leaflets for prison and homeless sector staff: The National Knowledge Service TB (pilot). Eur J Public Health. 2008:1-4.

265- Saadeh A. Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.

266- Sampaio, LLP, Coelho MTA D. A transexualidade na atualidade: discurso científico, político e histórias de vida. In: III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, 2013. Disponível em: http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/15770 (Acessado em 13/04/2014)

267- Sanchez AI e Bertolozzi MR. Conhecimento sobre a tuberculose por estudantes universitários. Bol. Pneumol. Sanit. 2004;12(1):19-26.

268- Santos Filho ET, Gomes ZM. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):111-116.

269- Santos PR. Travestis: corpos ambíguos, gêneros em cheque. Simpósio Temático 16. Sexualidades, corporalidades e transgêneros: narrativas fora da ordem. 2012. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/P/Paulo_Reis_Santos_16.pdf (Acessado em 29/07/2014).

270- SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Coordenadoria de Politicas Publicas LGBT. Centro de Cidadania LGBT. 2015b Disponível em

http://www.ebc.com.br/cidadania/2015/03/centro-de-referencia-lgbt-e-inaugurado-em-sao-paulo. (Acessado em 12/10/2015)

271- SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo. Projeto Reinserção Social e Transcidadania, 2015a. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/trabalho/cursos/operacao_trabalho/index.php?p=170430 (acessado em 03/08/2015)

272- SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Programa Transcidadania. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 03/07/2014: 34. Disponível em: http://www.jusbrasil.com.br/diarios/72551714/dosp-cidade-03-07-2014-pg-34 (Acessado em 03/08/2015)

273- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Masculinidades e Prevenção às DST/AIDS. ISBN: 78-85-99792-16-2. Disponível em: https://issuu.com/crtdstaidsspcrtaids/docs/masculinidade (Acessado em 06/05/2015).

274- Savicevic AJ, Popovic-Grle S, Milovac S, Ivcevic I, Vukasovic M, Viali V et al. Tuberculosis knowledge among patients in out-patient settings in split, Croatia. Int J Tuberc Lung Dis. 2008;12(7):780-785.

275- Sheppard, M; Mayo Jr, JB. The social construction of gender and sexuality: learning from Two Spirit traditions. The Social Studies. 2013;104(6): 259-270.

276- Sichalwe P, Simwinga M, Muyoyeta M, Schaap A. *Social mobilization: a means to increase TB case finding.* Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(11):S1-S387.

277- Siegal HA, Carlson RG, Falck R, WANG J & LI L. High-risk behaviors for transmission of syphilis and human immunodeficiency virus among crack cocaine-using women: a case study from the Midwest. Sexually Transmitted Diseases. 1992;19(5):266-271.

278- Silva EA. Transexualidade – Princípios de Atenção Integral à Saúde. Livraria Santos Ed. São Paulo; 2012.

279- Silva HRS & Florentino CO. A sociedade dos travestis: espelhos, papéis e interpretações. In: Parker R & Barbosa RM (orgs.). Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumar; 1996.

280- Silva, HRS. Travesti e invenção do feminino. Rio de Janeiro: Dumará; 1993.

281- Silva-Santisteban A, Raymond HF, Salazar X, Villayzan J, Leon S, McFarland W, Cáceres CF. Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. AIDS Behav. 2012;16(4):872-81.

282- Silveira MF, Teixeira AMFB, Stephan LS, Rosenthal RM, Alves CL, Brum VMA & Stauffert D. Conhecimento sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas, Brasil. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2009;21(1):27-33.

283- Simmel G. The Philosophy of Money. [1907] Edited by David Frisby, translated by Tom Bottomore and David Frisby. London, New York: Routledge; 1990.

284- Simões JA, França IL, Macedo M. Jeitos de cor/raça, gênero, sexualidade e sociabilidade juvenil. Cadernos Pagu. 2010;35:37-78.

285- Simon PA, Reback CJ & Bemis CC. HIV prevalence and incidence among male-to-female transsexuals receiving HIV prevention services in Los Angeles County. Aids. 2000;14(18):2953-2955.

286- Singh S, Prasad R, Mohanty A. High prevalence of sexually transmitted and bloodborne infections amongst the inmates of a district jail Northern India. Int J DST AIDS. 1999;10(7):475-8.

287- Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, editor. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 115-36.

288- Snider, D. E. & La Montagne, J. R. The neglected global tuberculosis problem: a report of the 1992 World Congress on Tuberculosis. J. Infect. Dis., 169:1189-96, 1994.

289- Soares LE & Guindani M. A violência do Estado e da Sociedade no Brasil contemporâneo. Nueva Sociedad. 2007;(208): 56-72.

290- Sousa PJ, Ferreira LOC, Sá JB. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2013;18(8):2239-51.

291- Souza VC. Mefistófeles e o Andrógino: comportamentos religiosos e valores espirituais não europeus. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999:77-129

292- Sridhar M & Plummer-R R The prevention of tuberculosis in prison staff. J Occup Med. 2000;50(8):614-615.

293- Stoller R. A contribution to the study of gender identity. Presented at the 23rd International Psycho-Analytical Congress, Stockolm, July-August 1963.

294- Stoller, R. Sex and Gender: On the development of masculinity and femininity. New York City: Science House; (1968)

295- Stryker S. Transgender History. Berkeley: Seal Press; 2008

296- Tariq M. KAP – Survey of Knowledge, Attitudes and Practices enhanced response to TB ACSM. 2008, National TB Control Programme (NTP), Ministry of Health. Cairo, Egypt.

297- Toibaro JJ, Ebensrtejin JF, Parlante A, Burgoa P, Freyre A, Romero M et al. Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales. Medicina. 2009;69:327-330.

298- Transgender Europe. Alarming figures: Transgender Europe's Trans Murder Monitoring project unveils interactive map of more than 1,500 reported murders of trans people since January 2008. TGU, 2014.

299- Travassos C, Barros FC, Halpern R, Menezes AM, Horta BL, Tomasi E et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. Rev Saúde Publica. 2004;20(3):660-78.

300- Trevisan JS. Devassos no paraíso: (a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade) de João Silvério Trevisan. Ed. Revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Record; 2000.

301- Trigo LGG. Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008;24(9):2195-2196.

302- Trigueiro JVS, Silva ACO, Gois GAS, Almeida SA, Nogueira JA, Sá LD. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. Ciênc Cuid Saúde. 2009;8(4):660-666.

303- Trindade CM. A Casa de prisão com trabalho da Bahia [Tese de Mestrado]. Salvador/BA: Universidade Federal da Bahia; 2007.

304- UNAIDS. *Joint United Nations Program on HIV/AID*S. Guidelines on construction of core indicators. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. 2008. Disponível em: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1126-constrcoreindic-ungass_en.pdf (Acessado em 22/03/2014).

305- UNAIDS. The Gap report 2014. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/06_Sexworkers.pdf (Acessado em 21/10/2015).

306- UNESCO. *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*. Declaração Universal Sobre Genoma Humano e Direitos Humanos; 1997; Paris.

307- UNICEF. Advocacy: People's Power and Participation Guide, 2009. Disponível em: http://www.advocate-for-children.org/advocacy/start (Acessado em 21/01/2015).

308- Valdiserri RO, Ogden LL & McCray E. Accomplishments in HIV prevention science: implications for stemming the epidemic. Nature Medicine. 2003;9(7):881-886.

309- Vencato AP. Confusões e estereótipos: o ocultamento de diferenças na ênfase de semelhanças entre transgêneros. Cadernos AEL. 2003;10(18-19):187-215.

310- Vieira RT, Paiva LAS. Identidade sexual e transexualidade. São Paulo: Roca; 2009.

311- Wasserheit JN. Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sexually Transmitted Diseases. 1992;19(2):61-77.

312- Welzer-Lang D. Prostitution: les uns, les unes et les autres. Paris: Métailié; 1994.

313- West D. Male prostitution. Binghamton, NY: Hayworth.1993

314- WHO Relatorio mundial de saúde 2008. Cuidados de saúde primários. Geneva; 2008

315- WHO. Global tuberculosis report 2016. Geneva; 2016

316- WHO. The global plan of stop TB 2011-2015. Geneva; 2011.

317- WHO. Global tuberculosis Reporting 2013. Geneva; 2013.

318- WHO. World Health Organization, 2006. Advocacy, communication and social mobilization for TB Control. A Guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. WHO Stop TB partnership; 2006.

319- Wiessing LG, van Roosmalen MS, Koedijk P, Bieleman B & Houweling, H. Silicones, hormones and HIV in transgender street prostitutes. AIDS, 1999;13(16): 2315-2316.

320- Wilde O. The soul of man under socialism The Fortnightly Review. 1891, p.292.

321- Williams, WL.“The Berdache Tradition”. In: constructing categories of difference. Framework Essay, 2011. Disponível em: http://crl.ucsd.edu/~elman/Courses/HDP1/2000/LectureNotes/williams.pdf (Acessado em 23/04/2014).

322- Winick C & Kinsie P. The lively commerce: prostitution in the United States. Chicago: Quadrangle Books; 1971.

323- Woith WM, Volchenkov G, Larson JL. Russian health care workers’ knowledge of tuberculosis and infection control. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(11):1489-1492.

324- Yasbek, MC. Serviço Social e pobreza. Revista Katálysis. 2010;13(2):153-354.

325- Zamboni M. Políticas de saúde e direitos de travestis e transexuais privadas de liberdade no Estado de São Paulo. 2014. Disponível em: http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/ZAMBONI_Paper-Enlac%CC%A7ando1.pdf (Acessado em 26/09/2015).

326- Zoni, A. C., González, M. A., & Sjögren, H. W. Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *International Journal of Infectious Diseases*. 2013;17(2):84-92.

ANEXO 1

Consentimento Livre e Esclarecido

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Você foi convidada a participar da pesquisa: “Conhecimento, Atitudes e Práticas sobre tuberculose entre travestis e mulheres transexuais na Cidade de São Paulo”. Se você decidir participar, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa. **Objetivo:** O objetivo desta pesquisa é analisar o conhecimento, atitudes e práticas, sobre tuberculose e entre travestis e mulheres transexuais da cidade de São Paulo. **Justificativa:** Este estudo justifica-se pela elevada incidência de HIV/AIDS e Tuberculose na população de travestis e transexuais e pelas dificuldades encontradas em seu controle e os seus reflexos na saúde pública. **Procedimentos:** Entendo que, durante este estudo serei informada sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinarei este termo de consentimento livre e esclarecido. Responderei as 51 questões do questionário que abordam: a) Variáveis sociodemográficas e antecedentes de saúde, b) Conhecimento da tuberculose, c) Atitudes e comportamento sobre a TB, d) Atitudes e Estigma em relação à TB e) Consciência e informação da TB). **Riscos e desconfortos:** Eu entendo que corro risco mínimo na participação deste projeto, sendo este, apenas o desconforto em responder as perguntas do questionário aplicado. **Benefícios:** Eu entendo que a minha participação neste projeto não me trará nenhuma despesa financeira e que não receberei nenhum pagamento pela mesma. No entanto, entendo que serei beneficiada, através de minha participação, recebendo orientações sobre a prevenção do HIV/AIDS e da tuberculose. **Caráter Confidencial dos Registros:** Estou ciente que todas as informações coletadas neste estudo são confidenciais e que meu nome não será

divulgado em momento algum. Ainda assim, entendo que toda e qualquer informação será utilizada para fins acadêmicos e científicos. **Participação:** Estou ciente que minha participação nesta pesquisa é voluntária e que a qualquer momento poderei interrompê-la, não ocorrendo nenhum tipo de represália ou quaisquer facilidades por parte das instituições envolvidas ou da instituição de pesquisa. Para obter informações adicionais, estou ciente de que, se assim eu desejar, o responsável pela pesquisa fornecerá os resultados da minha participação em outra oportunidade e a qualquer momento. **Declaração:** Eu declaro que tenho mais que 18 anos de idade e que aceito participar deste projeto de pesquisa, orientado pelo Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira, e desenvolvido pelo cirurgião dentista, mestre em Saúde Coletiva Sérgio Ferreira Junior, aluno de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, situada à Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo - SP - Brasil - CEP - 01246-904.

Nome completo:_____

Nome Social:_____

Endereço:_____

Idade:_____anos.R.G._____Órgão xpedidor:_____

São Paulo,_____de._____ de 2014

Assinatura:_____

Responsáveis pela pesquisa: **Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira** péricles@usp.br Av. Dr. Arnaldo, 715 CEP: 01246-904 – São Paulo – SP. Telefones: (11) 3061-7779 /7742 e **Sérgio Ferreira Junior**. Rua da Gloria 611 Campinas SP. Fone (19)32911190 sfjunior_2406@usp.br. **Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Saúde Pública USP:** Av. Dr. Arnaldo, 715 CEP: 01246-904 – São Paulo – SP. Telefones: (11) 3061-7779 /7742 e-mail: coep@fsp.usp.br site www.fsp.usp.br. **Comitê de Ética em Pesquisa CRTDST/AIDS-SP** cep@crt.saude.sp.gov.br Rua Santa Cruz, 81 – São Paulo. (011)50879911.

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO

Questionário No. _____ Data: _____/_____/_____

1. Local da pesquisa:_____

2. Idade: _____ anos. 2.1 Data de nascimento: _____/_____/_____

3. Cor:

3.1 Branca ( )

3.2 Não Branca ( )

4. Você se identifica como travesti ou transexual?

4.1 Travesti ( )

4.2 Mulher transexual ( )

5. Qual a sua escolaridade?_____

6. Você já passou pelo sistema prisional?

6.1 Sim ( )

6.2 Não ( )

7. E ou já foi profissional do sexo?

7.1 Sim ( ) 7.1a Se sim, há quanto tempo? ____anos_____meses

7.2 Não ( ) 7.2a Qual sua profissão?_____

8. Com que idade iniciou seu processo de transição?

_____ anos _____meses.

9. Fez uso de silicone industrial

9.1 Sim ( )

9.2 Não ( )

10. Usa prótese mamária?

10.1 Sim ( )

10.2 Não ( )

11.Toma ou já tomou hormônios?

11.1 Sim ( ) 11.1.a Se sim, com acompanhamento médico?

11.2 Não ( )

12. Faz uso do preservativo masculino no sexo oral?

12.1 Sim ( )

12.2 Não ( )

12.3 Eventualmente ( )

13. Faz uso do preservativo com parceiro fixo?

13.1 Sim ( )

13.2 Não ( )

13.3 Eventualmente ( )

13.4 Não tem parceiro fixo ( )

14. Faz uso do preservativo com parceiro eventual?

14.1 Sim ( )

14.2 Não ( )

14.3 Eventualmente ( )

14.4 Não têm parceiro eventual ( )

15. Você já fez ou faz uso de álcool?

15.1 Sim ( )

15.2 Não ( )

16. Você já fez ou faz uso de drogas?

16.1 Sim ( ) 16.1 Quais?_____

16.2 Não ( )

17. Já tratou ou trata de alguma DST?

17.1 Sim ( ) 17.1Quais?_____

17.2 Não ( )

18. É soropositiva para HIV ?

18.1 Sim ( )

18.2 Não ( )

19. Convive ou já conviveu com algum doente de TB?

19.1 Sim( )

19.2 Não ( )

19.3 Não sabe( )

20. Você tem tosse com catarro?

20.1 Sim ( )

20.2 Não ( )

21. Já tratou ou está em tratamento de TB ?

21.1 Sim ( ) 21.1a. Há quanto tempo?_____

21.2 Não ( )

22. Você já recebeu alguma orientação sobre TB?

22.1 Sim ( )

22.2 Não ( ) (pule para a questão 24)

23. Se sim, recebeu, foi através de:

23.1 Folhetos ( )

23.2 T.V. ( )

23.3 Internet ( )

23.4 Rádio ( )

23.5 Palestras ( )

23.6 Outros. ( ).. Quais?_____

24. Em sua opinião, a TB é uma doença:

24.1 Muito grave ( )

24.2 Grave ( )

24.3 Não grave( )

24.4 Não sabe ( )

25. Quais os sinais e os sintomas da TB que você conhece?

25.1 Tosse seca ( )

25.2 Tosse com Catarro. ( )

25.3 Tosse com sangue ( )

25.4 Tosse + 7 dias ( )

25.5 Tosse há mais de duas semanas ( )

25.6 Febre sem causa há mais de 7 dias. ( )

25.7 Febre. ( )

25.8 Dor de cabeça

25.9 Cansaço ( )

25.10 Náusea ( )

25.11 Dor no peito ( )

25.12 Perda de Peso ( )

25.13 Falta de ar ( )

25.14 Não sabe ( )

25.15 Outros. ( ) Quais?_____

26. Como se pega Tuberculose?

26.1 Através de aperto de mão.( )

26.2 Compartilhando pratos e talheres ( )

26.3 Através do ar, quando uma pessoa com TB tosse ou espirra. ( )

26.4 Comendo no prato a mesma refeição ( )

26.5 Tocando em maçanetas, corrimãos e apoios de ônibus ( )

26.6 Não sabe ( )

26.7 Outros.( ) Quais?_____

27. Como uma pessoa pode prevenir a TB?

27.1 Evitar cumprimentar outras pessoas com as mãos ( )

27.2 Fechar as janelas. ( )

27.3 Cobrir a boca e o nariz quando espirrar ou tossir. ( )

27.4 Alimentar-se bem ( )

27.5 Evitar compartilhar pratos e talheres. ( )

27.6 Rezar, Orar, Benzer-se ( )

27.7 Lavar as mãos após ( )

27.8 Não sabe ( )

27.9 Outros. ( ) Quais?_____

28. Em sua opinião, quem pode pegar com TB?

28.1 Qualquer pessoa ( )

28.2 Apenas pessoas pobres ( )

28.3 Apenas alcoólatras ( )

28.4 Apenas moradores de rua ( )

28.5 Apenas usuários de drogas ( )

28.6 Apenas pessoas com HIV/AIDS ( )

28.7 Apenas pessoas que vivem nas prisões ( )

28.8 Não sabe ( )

28.9 Outros. ( ) Quais?_____

29. A tuberculose tem cura?

29.1 Sim. ( )

29.2 Não ( )

29.3 Não sabe ( )

30. Como uma pessoa com TB pode ser curada?

30.1 Através de tratamento com ervas medicinais. ( )

30.2 Com repouso, sem remédios. ( )

30.3.Através de orações, benzimentos ( )

30.4 Através de tratamento no posto de saúde. ( )

30.5 Através de medicação com supervisão médica. ( )

30.6 Não sabe ( )

30.7 Outros.( ) Quais?_____

31. Você pode pegar TB?

31.1 Sim ( ) 31.1.a Por quê? _____

31.2 Não ( ) 31.2.a Por quê?_____

31.3 Não sabe ( )

32. O que você sentiria se soubesse que tem TB?

32.1 Medo. ( )

32.2 Surpresa. ( )

32.3 Vergonha ( )

32.4 Constrangimento ( )

32.5 Desespero ( )

32.6 Tristeza ( )

32.7 Nenhum ( )

32.8 Não sabe( )

32.9 Outros ( ) Quais?_____

33. Você falaria sobre a sua doença, se tivesse TB?

33.1 Sim ( )

33.2 Não ( ) (pule para a questão 36)

33.3 Não sabe ( )

34. Para quem você falaria se tivesse TB?

34.1 Médico ou outro profissional da saúde

34.2 Parceiro fixo ( )

34.3 Pais ( )

34.4 Parentes

34.5 Amigo próximo ( )

34.6 Amigo próximo ( )

34.7 Colegas de Trabalho ( )

34.8 Não sabe ( )

34.9 Outros.( ) Quais?_____

35. O que você faria se pensasse que está com os sinais e sintomas da TB?

35.1 Procuraria o posto de saúde/ ambulatório ( )

35.2 Procuraria o padre, pastor, benzedeiro(a) ( )

35.3 Procuraria a farmácia ( )

35.4 Faria um tratamento próprio. ( )

35.5 Tomaria remédios de outra pessoa ( )

35.6 Não sabe ( )

35.7 Outros. ( ) Quais?_____

36. Se você tivesse os sinais e sintomas da TB, em que ponto você procuraria um serviço de saúde?

36.1 Quando meu tratamento por conta não funcionasse ( )
(pule para a questão 38).

36.2 Quando os sinais/sintomas da TB persistirem por mais de 2 semanas
( ) (pule para a questão 38).

36.3 Logo que perceber que os sinais/ sintomas podem estar relacionados com a TB ( ) (pule para a questão 38)

36.4 Eu não iria ao médico ( ) (siga para a questão 37)

36.5 Não sabe ( )

36.6 Outras. ( ) Quais?_____

37. Qual o motivo de você não ir ao médico?

37.1 Não sei aonde ir ( )

37.2 Não quero saber se estou doente.( )

37.3 Não acredito nos profissionais de saúde ( )

37.4 Não gosto da atitude dos profissionais de saúde. ( )

37.5 Outros ( )Quais?_____

38. Quanto você acha que custa o diagnóstico e tratamento da TB para o doente?

38.1 É de graça ( )

38.2 É muito caro ( )

38.3 É razoavelmente caro ( )

38.4 É caro ( )

38.5 Não sabe ( )

39. Você conhece alguém que teve ou tem TB?

39.1 Sim ( )

39.2 Não ( )

39.3 Não sabe ( )

40. Qual a sua atitude para com as pessoas doentes de TB?

40.1 É solidária e deseja ajuda ( )r

40.2 Não pega TB e isso é um problema deles. ( )

40.3 É solidária, mas prefere ficar longe dessas pessoas ( )

40.4 Tem medo porque eles podem infectar você( )

40.5 Nenhum sentimento.( )

40.6 Outros. ( ) Quais?_____

41. Como uma pessoa que tem TB é geralmente considerada pelas outras pessoas na sua comunidade?

41.1 Muitas pessoas a rejeitam ( )

41.2 As pessoas na maior parte ajudam

41.3 Muitas pessoas são amigáveis, mas geralmente tentam evitá-la.( )

41.4 Não sabe ( )

41.5 Outros. Quais?_____

42. Para você, uma pessoa com HIV pode também ter TB?

42.1 Sim ( ) 42.1.a Por quê?_____

42.2 Não ( ) 42.2.a Por quê? _____

42.3 Não sabe ( )

43. Você sente que está bem informada sobre a TB?

43.1 Sim ( )

43.2 Não.( )

44. Você desejaria receber mais informações sobre a TB?

44.1 Sim ( )

44.2 Não ( )

45. Como você gostaria de receber mais informações a respeito da TB?

45.1 Jornais e Revistas ( )

45.2 Radio ( )

45.3 T.V.( )

45.4 Quadro de avisos ( )

45.5 Espaços religiosos ( )

45.6 Escolas ( )

45.7 Internet ( )

45.8 Profissionais de saúde ( )

45.9 Conversas ( )

45.10 Folhetos, cartazes ( )

45.11 Outros.( ) Quais?_____

46. Qual a sua maior preocupação quando você pensa em tuberculose?

_____

ANEXO 3

Manual do Questionário 1

1. Introdução

Este é um projeto de doutorado desenvolvido pelo cirurgião dentista e Mestre em Saúde Coletiva Sérgio Ferreira Junior, sob a orientação do Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP.

O objetivo desta pesquisa é analisar o conhecimento, práticas e atitudes das travestis e mulheres transexuais da cidade de São Paulo sobre tuberculose (TB).

Um questionário contendo 46 perguntas que abordam variáveis sociodemográficos; conhecimento sobre a tuberculose; atitudes e comportamento em relação à tuberculose; atitudes e estigma em relação à TB e será aplicado em travestis e transexuais vinculadas ao CRT/AIDS-SP, CRDD-SP e outros possíveis locais que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta pesquisa conta com a autorização dos comitês de ética da Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo e do CRT/AIDS-SP.

As entrevistadas que responderem afirmativamente às perguntas 20 e 20a do questionário I serão encaminhadas às unidades de saúde.

2. Instruções Gerais

Estas instruções visam orientar o entrevistador no trabalho de campo, auxiliando-os na correta aplicação do questionário, de maneira a garantir a fidelidade e a precisão dos dados coletados.

O êxito desta pesquisa depende fundamentalmente do trabalho do entrevistador, da sua consciência do alcance social deste projeto, de sua seriedade na execução da tarefa que lhe foi atribuída, de seu desempenho junto aos entrevistados, para que cooperem e forneçam as informações solicitadas e da sua plena compreensão do questionário por meio do qual as informações são coletadas.

É fundamental que o entrevistador tenham pleno entendimento dos objetivos deste trabalho bem como das repercussões dos resultados na saúde da população.

- ✓ Este entendimento garantirá a motivação necessária a todos os participantes do trabalho de campo permitindo por meio de seu desempenho pessoal, convencer as travestis e mulheres transexuais a participarem desta pesquisa.
- ✓ Fazer as perguntas como formuladas no questionário, esforçando-se para obter respostas precisas.

Algumas recomendações são necessárias ao entrevistador:

- ✓ Procurar estabelecer um clima de cordialidade durante a entrevista.
- ✓ Evitar qualquer assunto controvertido e alheio ao questionário;
- ✓ Deixar a entrevistada expressar as respostas em sua própria linguagem, sem corrigi-la, mas evitar que a entrevista se desvie do roteiro;
- ✓ Evitar que a entrevistada tenha contato direto com o questionário para não sugestioná-la;
- ✓ Realizar a entrevista no local, não deixando, em hipótese alguma, o questionário para que a entrevistada o preencha posteriormente.

- ✓ Abster-se de fazer quaisquer comentários quanto à situação da entrevistada ou quanto às respostas dadas por ela, e não intimidá-la para fornecer as respostas;
- ✓ Realizar as entrevistas pessoalmente, não sendo permitido delegar as tarefas, procurar ajuda ou estar acompanhado, neste trabalho, por pessoas não autorizadas pela supervisão geral.

O entrevistador deve, antes de sair para o trabalho de campo, verificar se esta com todo o material necessário à correta aplicação dos questionários:

- ✓ Caneta
- ✓ Prancheta
- ✓ Questionários em quantidade suficiente
- ✓ Cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em quantidade suficiente
- ✓ Manual de instruções do questionário.

Ao recepcionar a entrevistada, o entrevistador deve apresentar-se dizendo, por exemplo: “Eu me chamo (nome e algum dado) e sou entrevistador de uma pesquisa que aborda o conhecimento práticas e atitudes sobre tuberculose e HIV/AIDS entre travestis e mulheres transexuais na cidade de São Paulo, organizada pelo cirurgião-dentista e Mestre em Saúde Coletiva, Sérgio Ferreira Júnior, aluno do curso de doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade Estadual de São Paulo – USP e você foi convidada a participar desta pesquisa.

Para que sua participação seja validada, necessito que você assine o TLCE e preencha todos os dados solicitados em duas vias. A primeira via fica com o entrevistador e a segunda via com o entrevistado. Após a sua apresentação e a coleta das assinaturas do TCLE, o entrevistador deve iniciar a aplicação do questionário propriamente dito.

- ✓ Deve procurar despertar na entrevistada o interesse em fornecer os dados requeridos, esclarecendo a importância das informações para a avaliação do conhecimento das travestis e mulheres transexuais

sobre tuberculose e HIV/AIDS. Naturalmente o entrevistador deve adaptar seu discurso de apresentação ao nível da entrevistada;

- ✓ Deixar bem claro, durante a apresentação, que a entrevista é de caráter sigiloso e que as suas informações são absolutamente confidenciais. Isto é, em nenhum caso as informações serão individualizadas. Isto significa que nomes e endereços não serão identificados na análise e divulgação dos resultados e não serão digitados no banco de dados da análise. Para reforçar a confiabilidade de sua atitude, o entrevistador deve, portanto, evitar fazer qualquer comentário a respeito de entrevistas já realizadas. Este procedimento deve ser evitado mesmo com um colega da pesquisa. Os comentários, desde que se refiram às dúvidas e problemas surgidos durante a aplicação do questionário devem ser feitos apenas fora do presídio com o supervisor;
- ✓ Esclarecer à entrevistada que algumas perguntas da entrevista podem parecer inadequadas para ele, especificamente. Mas que para o bom êxito da pesquisa, os questionários devem ser aplicados integralmente a todas as pessoas selecionadas;
- ✓ Podem acontecer casos de recusa por várias razões. O entrevistador deve manter a atitude cortes e conciliadora, procurando conquistar a confiança do entrevistado;
- ✓ Deve dizer que o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP e do CRTDST/AIDS-SP e que, portanto, por norma dos comitês, solicitará a ele que assine o TCLE para confirmar que aceitou dar a entrevista. E que ela poderá interromper a entrevista se quiser ou precisar sem qualquer tipo de retaliação.

3. Aplicação do Questionário

Quanto à aplicação do questionário, o entrevistador deve observar as seguintes instruções:

- ✓ Estar preparado para responder a quaisquer perguntas relativas aos objetos da pesquisa e ao questionário;
- ✓ Demonstrar segurança no manuseio do questionário e dos assuntos que dele constam, o que implica estudo prévio e detalhado do mesmo, eliminando a princípio, quaisquer dúvidas;
- ✓ Não confiar na memória, deixando informações para anotações posteriores, efetuar todos os registros diretamente no questionário, no ato da entrevista;
- ✓ Evitar omissões, improvisações e alterações das perguntas, pois o eixo de uma pesquisa depende em grande parte da forma como são formuladas. Se a entrevistada não entender a pergunta, o entrevistador deve tentar esclarecê-la sem, no entanto, mudar o sentido da mesma;
- ✓ Não alterar, em hipótese alguma, a ordem das questões. Esta deverá ser sempre respeitada para evitar distorções, uma vez que esta ordem foi exaustivamente estudada e planejada para obter resultados desejados;
- ✓ Não sugerir, jamais, resposta a qualquer questão, induzi-las ou antecipá-las, por mais tempo que o entrevistado requeira para entender e/ou responder à pergunta. A sugestão, indução ou antecipação de respostas constitui uma das causas mais frequentes de erro;
- ✓ Não fazer nenhum comentário sobre o significado das questões, isto é, sobre o que se pretende obter através das respostas;
- ✓ Seguir as instruções recebidas durante o treinamento e contidas neste manual, sempre que tiver alguma dúvida a respeito das perguntas;
- ✓ Tentar conduzir a entrevista alguns metros longe de outras pessoas, possibilitando que a entrevistada possa responder às questões livremente. O entrevistador e a entrevistada devem estar se possível sentados e relaxados.
- ✓ Explicar à entrevistada que você utilizará em algumas questões, a abreviação da palavra tuberculose, como TB.

Término da entrevista:

- ✓ Quando terminar a aplicação de cada questionário, o entrevistador deve fazer uma revisão para verificar se houve alguma omissão, falha ou inconsistência. Este procedimento poderá evitar sua volta para alguma correção. E checar o termo de consentimento livre e esclarecido assinado em duas vias.
- ✓ Solicitações das entrevistadas sobre problemas sociais, de saúde ou outros, deverão ser encaminhados para a supervisão.

4. Composição do Questionário

VI- Variáveis sociodemográficas e antecedentes de saúde
VII- - Conhecimento sobre a tuberculose;
VIII- Atitudes e comportamento em relação à tuberculose;
IX- Atitudes e Estigma em relação à tuberculose;
X- Consciência e informação sobre a tuberculose;

5. Instruções para o preenchimento do questionário

Este questionário é composto por questões abertas e fechadas. Algumas questões fechadas poderão ter mais de uma resposta. Algumas questões deverão ser lidas as alternativas.

5.1. Questões abertas: Deve-se ouvir com atenção a resposta da entrevistada e anotar o que for relatado, com as mesmas palavras que ela usar.

5.2. Questões fechadas: Deve-se fazer um “X” na alternativa que corresponde à resposta dada pela entrevistada. A maioria das questões fechadas possui uma alternativa que corresponde a “não sabe”. Assinale esta alternativa sempre que o entrevistado não souber dar uma resposta à pergunta formulada ou quando ele não quiser responder àquela questão.

Usualmente, para a maioria das questões, deve ser assinalada apenas uma resposta e as alternativas não devem ser lidas. Mas em alguns casos pode ser assinalada mais de uma alternativa. Em outros casos as alternativas devem ser lidas.

5.3. Questão cujas alternativas devem ser lidas:

24. Em sua opinião a tuberculose é uma doença:

    24.1 Muito grave

    24.2 Grave

    24.3 Não grave

    24.4 Não sabe

5.4. Outros detalhes devem ser notados:

Em quaisquer questões, havendo dúvidas quanto ao preenchimento ou ao encaixe da resposta dada pela entrevistada nesta ou naquela alternativa, anotar o mais cuidadosa e detalhadamente possível tudo o que foi dito e, posteriormente, levar a dúvida para a supervisão.

Quando a entrevistada der uma resposta que não seja exatamente igual a uma das alternativas, mas parecida, o entrevistador deve repetir a alternativa como está escrita no questionário, e aguardar pela confirmação da entrevistada.

Em algumas questões, o entrevistador precisará fazer alguma pergunta adicional para chegar a uma das alternativas definidas. No geral, deve-se confirmar a resposta da entrevistada, evitando ao máximo fazer suposições ou aproximações por conta própria.

Em todas as questões abertas, o entrevistador deve procurar obter a resposta o mais completa possível do entrevistado.

O entrevistador deve apresentar os blocos para a entrevistada, antes de iniciar as perguntas. Por exemplo: “Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre HIV/AIDS”. Esta introdução inicial visa preparar o entrevistado para as perguntas que se seguirão, e deixá-lo a par dos assuntos que serão abordados.

6. Como preencher o cabeçalho do questionário

a. Número do questionário**:** este número será preenchido pela supervisão.
b. Data: preencher com a data da aplicação do questionário.
c. Nome: anotar o nome que consta no registro de identidade (opcional)
d. Nome social: anotar o nome social, caso a entrevistada utilize-o.

6.1 Blocos do Questionário:

Bloco I – Variáveis sociodemográficas:

Este bloco refere-se aos dados pessoais da entrevistada.

1. Local: Registrar onde a entrevista foi realizada.
2. Idade: Perguntar a idade da entrevistada e registrar no campo correspondente
3. Cor:

Perguntar se a entrevistada considera-se da cor branca ou não branca e anotar a resposta no campo correspondente.

4.Identidade sexual:

Perguntar à entrevistada como ela se autorrefere, Travesti ou Mulher Transexual e registrar no campo correspondente.

5.Escolaridade:

Esta pergunta refere-se há quantos anos de estudo a entrevistada possui. Até o ensino fundamental completo conta-se oito anos, até o ensino médio completo conta-se 11 anos de estudo, de12 a 16 anos, nível universitário e após este período pós graduação.

6.Já passou pelo sistema prisional?

Registrar a resposta no campo correspondente

7.Você é ou já foi profissional do sexo? Assinalar a alternativa e em caso positivo, registrar o tempo de serviço. Em caso negativo, registrar a profissão da entrevistada.

8-Com que idade iniciou o seu processo transexualizador?

Anotar a resposta da entrevistada no campo correspondente.

9Fez uso de silicone industrial?

Registrar a resposta na alternativa correspondente.

10 Usa prótese mamária?

Registrar a resposta no campo correspondente.

11.Toma ou já tomou hormônios?

Registrar no campo correspondente a resposta. Se a resposta for afirmativa, anotar se teve acompanhamento médico.

12.Faz uso do preservativo no sexo oral?

Registrar a resposta na alternativa correspondente.

13. Faz uso do preservativo com parceiro fixo?

Registrar a resposta na alternativa correspondente.

14. Faz uso do preservativo com parceiro eventual?

Registrar a resposta na alternativa correspondente.

15. Faz uso de álcool?

Registrar a resposta no campo correspondente.

16. Você já fez ou faz uso de drogas ilícitas?

Registrar a resposta no campo correspondente e caso seja afirmativa anotar quais drogas ela usa ou já usou.

Bloco II – Antecedentes de Saúde:

Este bloco refere-se aos antecedentes de saúde da entrevistada

17. Já tratou ou está em tratamento de alguma doença sexualmente transmissível?

Registrar a resposta na alternativa correspondente e em caso positivo anotar quais doenças trata ou já tratou.

18. É soropositiva para o HIV?

Registrar a resposta na alternativa correspondente.

19. Convive ou já conviveu com doente de TB?

Registrar a resposta na alternativa correspondente.

20. Você tem tosse com catarro?

Registrar a resposta na alternativa correspondente e anotar no campo correspondente e se a reposta for afirmativa perguntar “ha quanto tempo?” e anotar no campo 20.a.

21. Já tratou ou trata de TB?

Registrar a resposta na alternativa correspondente. Se a resposta for afirmativa perguntar “há quanto tempo” e anotar no campo 21a.

Bloco III- Conhecimento da Tuberculose:

Este bloco refere-se ao que a entrevistada conhece sobre a tuberculose.

22. Você recebeu alguma orientação sobre TB?

Registrar a resposta na alternativa correspondente.

23. Se sim foi através de:

Registrar no campo correspondente quais as fontes de informação acessadas.

24. Em sua opinião, a TB é uma doença:

Registrar a resposta na alternativa correspondente após ler as alternativas para a entrevistada.

25. Quais os sinais e os sintomas da TB que você conhece?

Registrar as respostas nas alternativas correspondentes.

26. Como se pega Tuberculose?

Registrar as respostas nas alternativas correspondentes.

27. Como uma pessoa pode prevenir a TB?

Registrar as respostas nas alternativas correspondentes.

28. Em sua opinião, quem pode pegar com TB?

Registrar as respostas nas alternativas correspondentes.

29. A tuberculose tem cura?

Registrar a resposta na alternativa correspondente.

30. Como uma pessoa com TB pode ser curada?

Registrar a resposta nas alternativas correspondentes

Bloco IV- Atitudes e comportamentos sobre a TB:

Este bloco refere-se às atitudes da entrevistada referentes ao adoecimento por Tuberculose.

31. Você pode pegar TB?
Registrar a resposta na alternativa correspondente e anotar perguntar por quê? Registre a resposta no campo ao lado.
32. O que você sentiria se soubesse que tem TB?
Registrar as respostas nas alternativas correspondentes.
33. Você falaria sobre a sua doença, se tivesse TB?
Registrar a resposta na alternativa correspondente.
34. Para quem você falaria se tivesse TB?
Registrar as respostas nas alternativas correspondentes.
35. O que você faria se pensasse que está com os sinais e sintomas da TB?
Registrar a resposta nas alternativas correspondentes
36. Se você tivesse os sinais e sintomas da TB, em que ponto você procuraria um serviço de saúde?
Registrar a resposta nas alternativas correspondentes e se a entrevistada responder que não procuraria o médico seguir com o questionário, se não, pule para a pergunta numero 40.
37. Se você não for ao médico, qual o motivo?
Registrar a resposta nas alternativas correspondentes.
38.Quanto você acha que custa o diagnóstico e tratamento da TB?
Registrar a resposta nas alternativas correspondentes.

Bloco V- Atitudes e estigma em relação à TB:

Este bloco refere-se às atitudes da entrevistada em relação á TB

39. Você conhece alguém que teve ou tem TB?
Registrar a resposta nas alternativas correspondentes.
40. Qual a sua atitude sobre as pessoas doentes de TB?

Registrar a resposta nas alternativas correspondentes.

41. Como uma pessoa que tem TB é geralmente considerada pelas outras pessoas na sua comunidade?

Registrar a resposta nas alternativas correspondentes.

42. Para você, uma pessoa com HIV pode também ter TB?

Registrar a resposta nas alternativas correspondentes.

Bloco VI- Consciência e informação sobre a TB:

Este bloco refere-se à consciência e informação da entrevistada sobre tuberculose.

43. Você sente que está bem informado (a) sobre a TB?

Registrar a resposta nas alternativas correspondentes.

44. Você desejaria obter mais informações sobre a TB?

Registrar a resposta nas alternativas correspondentes.

45. Como você gostaria de receber mais informações a respeito da TB?

Registrar as respostas nas alternativas correspondentes.

46. Qual a sua maior preocupação quando você pensa em TB?

Anotar a resposta no campo correspondente.

Finalizar o questionário, dizendo: “Muito obrigado pela sua participação”

ANEXO 4

CARTA DE ENCAMINHAMENTO

Ao

Serviço de Saúde

Nome:_____

Nome social:_____

Encaminho o paciente acima para realização dos exames:

( ) Baciloscopia

( ) Raio-X Tórax

Atenciosamente,

Prof. Dr. Péricles Alves Nogueira

Área de Tisiologia

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo