

Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil

Descriptive study of homophobia and vulnerability to HIV/Aids of the transvestites in the Metropolitan Region of Recife, Brazil

Patricia Juliana de Sousa¹
Luiz Oscar Cardoso Ferreira²
Janilson Barros de Sá²

Abstract *This study sought to ascertain the vulnerabilities to HIV/Aids of transvestites of the Metropolitan Region of Recife. The Respondent-Driven Sampling (RDS) method was selected for data collection. Among the 110 transvestites, high indices of homophobia were found in locations such as: security services, work facilities, family and religious environments, neighborhood, school, stores, leisure spaces, and healthcare services. Among the situations of violence experienced, the predominant cases involved verbal aggression (81.8%) and physical aggression (68.2%). The HIV test carried out at some stage in their lives was reported by 84.4% of the subjects. A high level of knowledge of the forms of HIV prevention and transmission was detected. The majority of the transvestites began their sexual activity before 15 years of age without condom use. It was seen that in the context of the HIV/Aids epidemic, the strategies for health promotion can only be effective if factors for enhancing the understanding of the vulnerability to HIV/Aids, such as homophobia, are considered.*
Key words *Prejudice, HIV, Vulnerability, Health promotion, Transvestites*

Resumo *O estudo buscou conhecer as vulnerabilidades ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife. Optou-se por utilizar o método amostral conduzido pelo entrevistado, conhecido por **Respondent Driven Sampling** (RDS). Entre as 110 travestis foram encontrados altos índices de homofobia em locais como: serviços de segurança, locais de trabalho, ambiente familiar e religioso, vizinhança, escola, comércio, locais de lazer e nos serviços de saúde. Entre as situações de violência sofridas destacam-se a agressão verbal (81,8%) e física (68,2%). O teste de HIV realizado alguma vez na vida foi observado em 84,4%. Encontrou-se um alto nível de conhecimento sobre as formas de prevenção e transmissão da infecção pelo HIV. A maioria iniciou a vida sexual antes dos 15 anos e sem o uso do preservativo. No contexto da epidemia do HIV/Aids observa-se que as estratégias de promoção da saúde só poderão ser eficazes se forem considerados fatores que ampliam a compreensão da vulnerabilidade ao HIV/Aids, como a homofobia.*

Palavras-chave *Preconceito, HIV, Vulnerabilidade, Promoção da saúde, Travestis*

¹ Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco. R. Arnóbio Marques 310, Santo Amaro. 50.100-130 Recife PE. paju_sousa@hotmail.com

² Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco.

Introdução

O conceito de promoção da saúde emergiu nos países desenvolvidos, nos anos 70, a partir da necessidade de superar o modelo biomédico hegemônico e propor um novo modelo de atenção que considerasse a determinação social, econômica e cultural do processo saúde-doença-cuidado, contribuindo, assim, para a construção de uma concepção não centrada, apenas, na doença^{1,2}. Assim, “o moderno conceito de promoção da saúde reconhece que, para o entendimento, o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde, é necessária uma abordagem que articule diversos saberes tanto técnicos como populares, além de uma mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados”¹.

No Brasil, a vigilância da saúde, ao articular-se com o movimento de promoção da saúde, tem buscado contemplar necessidades sociais e determinantes socioambientais dos problemas de saúde, favorecendo a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, suscitando propostas de intervenção mais amplas que alcancem diversas situações e não, apenas, os fatores de risco, como tem ocorrido em algumas abordagens no campo da saúde³.

Na construção social e histórica da epidemia da Aids, por exemplo, as primeiras discussões acerca do seu controle estiveram voltadas para a identificação dos fatores de risco, um conceito que entrou em decadência por resultar na estigmatização de grupos, tais como os homossexuais, sendo então, substituído pelo conceito de comportamentos de risco, que, por sua vez, induziu à culpabilização e responsabilização da população pelos insucessos diante da prevenção do HIV/Aids⁴. Assim, essas abordagens mostraram-se ineficientes e desfavoráveis ao enfrentamento da epidemia, por não considerarem a influência dos determinantes sociais, culturais e contextuais.

A epidemia da Aids, considerada inicialmente como “câncer gay”, teve como efeito um renovar da homofobia existente na sociedade, intensificando a discriminação e o estigma das pessoas com essa síndrome⁵. Essa discriminação pode ser compreendida como uma associação de diferentes fontes de estigmatização, como sexismo, machismo, homofobia, racismo e pobreza, podendo resultar em prejuízos de direitos, como saúde, trabalho, entre outros^{6,7}. Para Parker e Aggleton⁶, através do processo de estigmatização, grupos dominantes têm legitimado a transformação de algumas diferenças, baseadas em classe, gênero, raça e sexualidade, em desigualdade social.

Nesse sentido, verifica-se que a construção da resposta ao HIV/Aids tem sido marcada por uma história de resistência social, organizada contra discriminação⁷, que resultou, por exemplo, no programa *Brasil Sem Homofobia*, implantado, em 2004, pelo governo federal⁸. Em 2007, em consonância com as diretrizes desse programa, formulou-se o *Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis*, que reconhece a homofobia como um dos elementos estruturantes da vulnerabilidade às IST/Aids e sinaliza para a valorização dos diferentes contextos de vulnerabilidade individual, social e programática que tornam gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis mais suscetíveis às IST/Aids⁹. As diversas modalidades de preconceito e discriminação, a exclusão social, a violência e a homofobia sofrida por HSH e, em especial em travestis, têm contribuído para que esse segmento se transforme em um dos mais vulneráveis ao HIV/Aids.

Já a utilização do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é recente e vislumbra superar práticas preventivas apoiadas no conceito de risco¹⁰. Esse conceito foi proposto por Mann e Tarantola¹¹ e, depois, ampliado por Ayres *et al.*⁴, que compreendem a vulnerabilidade “como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos”⁴.

Assim sendo, para a área da Promoção da Saúde, esse conceito possibilita reconhecer diferentes contextos de vulnerabilidade da epidemia do HIV/Aids, vivenciados pela diversidade sexual, impondo novos desafios para as estratégias de promoção da saúde⁹, que, baseadas na identificação de vulnerabilidades específicas, podem favorecer o empoderamento de grupos vulneráveis, como as travestis, através do reconhecimento destas como sujeitos sociais, vislumbrando a necessidade de intervenções estruturais, do ativismo político, da organização comunitária e da construção da cidadania¹².

Com relação à epidemia do HIV/Aids em grupos específicos, observa-se que, no Brasil, são escassos os dados epidemiológicos que identifiquem o perfil e a tendência da epidemia com relação ao segmento das travestis⁹. Nesse sentido, este artigo buscou conhecer as vulnerabilidades ao HIV/Aids às quais as travestis da Região Metropolitana do

Recife estão expostas, visando, dessa forma, produzir conhecimento, suscitar novas hipóteses e direcionar políticas públicas mais efetivas.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de cunho epidemiológico, descritiva, observacional, tipo corte transversal, estruturada a partir de um recorte do Projeto Homofobia, realizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE) e financiado pelo Ministério da Saúde.

O projeto foi desenvolvido no Recife, capital do estado de Pernambuco, que é núcleo da Região Metropolitana do Recife (RMR), formada por mais 13 cidades localizadas no seu entorno, com cerca de 3,7 milhões de habitantes segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³.

A população do estudo foi constituída de travestis, consideradas como uma pessoa do sexo masculino com características secundárias de mulher, conseguidas mediante hormônios, cirurgias estéticas ou de indumentária feminina. O critério de inclusão utilizado foi o de residir na RMR e ser maior de 18 anos de idade.

Optou-se por uma alternativa metodológica de amostra probabilística conhecida como RDS (*Respondent Driven Sampling*), desenvolvida por Douglas Heckathorn¹⁴ para a realização de estudos em usuários de drogas injetáveis, cujo recrutamento dos sujeitos é conduzido pelo entrevistado. Essa alternativa vem sendo utilizada em pesquisas sobre comportamento e sorologia em grupos de difícil acesso, tais como travestis, HSH¹⁵.

Um formulário elaborado para a pesquisa foi preenchido mediante uma entrevista face a face por entrevistador previamente capacitado. A coleta de dados ocorreu de junho de 2008 a maio de 2009, em uma ONG do Recife que trabalha com pacientes soros positivos para HIV.

As variáveis estudadas foram escolhidas, segundo o quadro conceitual da vulnerabilidade⁴. A *vulnerabilidade social* foi composta por: faixa etária; religião; raça/cor; escolaridade; classe econômica; serviço de apoio social; homofobia; violência. A *vulnerabilidade programática* foi composta por: variáveis sobre testagem para HIV; variáveis sobre grupo de apoio e participação social e acesso aos serviços de saúde. A *vulnerabilidade individual* foi composta por: estado civil; com quem compartilha residência; variáveis sobre conhecimento correto acerca das formas de prevenção e transmissão do HIV; variáveis sobre comportamento sexual.

As variáveis utilizadas para o conhecimento sobre prevenção e transmissão do HIV foram as seguintes: uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus do HIV; o risco de transmissão do HIV pode ser reduzido, se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro fiel e não infectado; o uso do preservativo é a melhor maneira de evitar transmissão do HIV durante relação sexual; não pode ser transmitido HIV por picada de mosquito; não pode ser transmitido HIV pelo compartilhamento de talheres, copos ou refeições; pode haver transmissão do HIV ao compartilhar seringa; pode haver transmissão do HIV em assento ou cadeira. Verificou-se o percentual de travestis com conhecimento correto sobre as formas de prevenção e transmissão do HIV, estabelecido pelo acerto das cinco últimas questões anteriores.

Com relação ao comportamento sexual, foram utilizados os seguintes itens: idade da 1ª relação sexual, utilizando 15 anos como ponto de referência; uso do preservativo na 1ª relação sexual; orientação sexual; parceiros fixos; relação sexual nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias em troca de dinheiro ou outro bem (prostituição); práticas sexuais protegidas com clientes e reação das travestis na última vez que um cliente sugeriu fazer sexo sem preservativo.

Para a variável classe socioeconômica, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil¹⁶. O componente raça/cor foi estabelecido a partir da autodefinição das travestis.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco. Os dados foram coletados em sala de uma ONG que trabalha com pessoas HIV + e que alberga em sua sede uma associação de travestis conhecida como: Articulação e Movimento para Travestis e Transexuais de Pernambuco (AMOTRANS). O termo de consentimento, o questionário e o entrevistador foram previamente apresentados às lideranças da AMOTRANS. O termo de consentimento com as informações sobre riscos e benefícios foi lido e assinado pelas travestis, tendo sido entregue uma segunda via. Garantiu-se o sigilo individual e do grupo. Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico-epidemiológico Epi-Info.

Resultados

Foram entrevistadas 110 travestis, sendo 49,1% residentes em Recife, e 43,6% em Olinda. A média de idade foi de 28,4 anos (DP = 6,9). A traves-

ti mais jovem tinha 18,0 anos, e a mais velha, 51,0 anos. Conforme a Tabela 1, mais da metade (58,2%) das travestis tinha menos de 30 anos;

Tabela 1. Caracterização da amostra das 110 travestis segundo alguns componentes da vulnerabilidade social ao HIV/Aids. 2008-2009.

Características	n*	%
Faixa etária		
15 – 19	14	12,7
20 – 24	23	20,9
25 – 29	27	24,5
30 – 34	26	23,6
35 – 39	14	12,7
40 – 44	4	3,6
45 – 49	1	0,9
50 – 54	1	0,9
Raça/cor		
Branca	24	21,8
Parda	74	67,3
Negra	12	10,9
Religião		
Católica	47	42,7
Evangélica	3	2,7
Espírita	27	24,5
Afro-brasileira	2	1,8
Outras	13	11,8
Não tem	18	16,4
Escolaridade		
Analfabeto/Até 3ª. Série fundamental	19	17,4
Até 4ª. Série fundamental	30	27,5
Fundamental completo	33	30,3
Médio completo	25	22,9
Superior completo	2	1,8
Sabe ler e escrever (alfabetizada)		
Sim	99	90,8
Não	10	9,2
Classe econômica		
E	16	14,7
D	38	34,9
C2	27	24,8
C1	19	17,4
B2	7	6,4
B1	2	1,8
Possui seguro de saúde		
Sim	4	3,6
Não	106	96,4
Recebe benefício social		
Sim	20	18,2
Não	90	81,8
Você está pagando a previdência social		
Não	104	94,5
Sim	5	4,5
Outros	1	0,9

*números podem diferir para cada variável por conta da não resposta.

78,2% foram classificadas como negras e pardas, e 42,7% referiram pertencer à religião católica, 2,7%, à evangélica, e 16,4% afirmaram não ter religião. Observou-se que a taxa de analfabetismo das travestis foi de 9,2%. A taxa de analfabetismo funcional (< 4 anos de estudo) foi de 17,4%, e 44,9% não concluíram o ensino fundamental completo.

Na classe econômica E, a menos favorecida, observou-se 14,7%. Quase a metade (49,6%) pertencia à classe econômica D e E, e apenas 8,2% conseguiram alcançar a classe econômica B. Verificou-se que apenas 3,6% das travestis possuíam seguro de saúde, 18,2% recebiam benefício social, e 4,5% estavam contribuindo com a previdência social.

Quando perguntado se, devido a sua opção de travesti, elas já haviam vivenciado algumas das situações apresentadas na Tabela 2, os resultados mostraram que 56,4% já tinham deixado de ser selecionadas para emprego ou haviam sido demitidas alguma vez na vida. Observou-se ainda que 56,4% das travestis já tinham sido maltratadas por policiais ou mal atendidas em delegacias. Detectou-se que, em ambiente escolar, 48,2% informaram que já tinham sido maltratadas por colegas ou professores. Ainda, com relação à escola, das travestis que abandonaram os estudos, 32,2% referiram que o motivo se deveu ao fato de ser travesti. No ambiente religioso, 50,9% referiram discriminação nesses locais. E no comércio e em locais de lazer, o mesmo percentual de entrevistadas referiu que já havia recebido tratamento diferenciado ou sido impedidas de frequentar algum desses locais. Constatou-se a discriminação em ambiente familiar em 47,3% das entrevistadas e também em grupos de amigos e vizinhos. O menor percentual de discriminação, 31,8%, foi observado nos serviços ou por profissionais de saúde. Na Tabela 2, destaca-se, ainda, que 81,8% das entrevistadas referiram que já tinham sofrido algum tipo de agressão verbal, e 68,2%, agressão física. Os homens apresentaram mais reação de hostilidade contra as travestis.

Verificou-se que 32,7% (36/110) responderam que já tinham sido presas alguma vez na vida. Além disso, das 84 travestis que saíram de casa alguma vez na vida, 53 relataram que isso ocorreu devido a sua opção sexual, isto é, 63,1% (53/84). Dessas 53 travestis, 79,2% (42/53) tinham menos de 18 anos de idade, quando deixaram suas famílias pela primeira vez. Observou-se também que dessas 53 travestis, 75,5% (40/53) assumiram identidade sexual de travesti com menos de 18 anos.

Sobre a testagem para HIV, na Tabela 3, observa-se que 84,4% das travestis já haviam feito o teste para HIV alguma vez na vida, e 47,3% o tinham realizado nos últimos 12 meses. Mais da metade das travestis realizou o último teste na

rede pública de saúde. Apenas 34,5% das travestis conhecem alguma ONG que trabalha com HIV/Aids. A participação das travestis nos grupos de apoio e organizações governamentais e não governamentais foi baixa, com exceção do

Tabela 2. Distribuição de reações homofóbicas e situações de violência vivenciadas por 110 travestis na RMR. Recife, 2008-2009.

Variáveis	n	%
Não ter sido selecionada para emprego ou ter sido demitida do emprego		
Sim	62	56,4
Não	48	43,6
Ter sido maltratada por policiais ou mal atendida em delegacias		
Sim	62	56,4
Não	48	43,6
Ter sido marginalizada por professores ou colegas na escola/faculdade		
Sim	53	48,2
Não	57	51,8
Ter deixado de estudar*		
Teve a ver com ser travesti	29	32,2
Não teve a ver com ser travesti	61	67,8
Ter sido excluída ou marginalizada em ambiente religioso		
Sim	56	50,9
Não	54	49,1
Ter recebido tratamento diferenciado ou impedida de entrar em comercio/locais de lazer		
Sim	56	50,9
Não	54	49,1
Ter sido excluída ou marginalizada em ambiente familiar		
Sim	52	47,3
Não	58	52,7
Ter sido excluída ou marginalizada de grupo de vizinhos		
Sim	52	47,3
Não	58	52,7
Ter sido mal atendida em serviços de saúde ou por profissionais da saúde		
Sim	35	31,8
Não	75	68,2
Agressão verbal		
Sim	90	81,8
Não	20	18,2
Agressão física		
Sim	75	68,2
Não	35	31,8
Maltratada por clientes		
Sim	58	52,7
Não	52	47,3
Violência sexual		
Sim	54	49,1
Não	56	50,9
Chantagem ou extorsão		
Sim	37	33,6
Não	73	66,4
Quem apresenta mais reação de hostilidade		
Homens	96	87,3
Mulheres	13	11,8
Ambos	1	0,9

* apenas os que pararam de estudar.

Tabela 3. Caracterização da amostra das 110 travestis segundo alguns componentes da vulnerabilidade programática ao HIV/Aids. Recife, 2008-2009.

Variáveis	n*	%
Já fez o teste para HIV alguma vez na vida		
Sim	92	84,4
Não	17	15,6
Fez teste de HIV nos últimos 12 meses		
Sim	43	47,3
Não	48	52,7
Local de realização do último teste		
CTA/COAS	36	39,1
Rede Pública de Saúde (exceto CTA/COAS)	47	51,1
Particulares (Laboratórios)	9	9,8
Conhece algum serviço onde o teste é feito gratuitamente excluindo locais para doação de sangue		
Sim	94	89,5
Não	11	10,5
Conhece ONG que trabalhe com HIV/aids		
Sim	38	34,5
Não	72	65,5
Você se sente apoiado por alguma delas		
Sim	16	42,1
Não	22	57,9
Participa ou participou de ONG		
Sim	25	22,7
Não	85	77,3
Participou nos últimos 12 meses de atividades ou recebeu benefícios de organização governamental		
Sim	6	5,5
Não	104	94,5
Participa ou participou de associação de moradores		
Sim	32	29,1
Não	78	70,9
Participa ou participou de sindicato		
Sim	2	1,8
Não	108	98,2
Participa ou participou de partido político		
Sim	21	19,1
Não	89	80,9
Participa ou participou de grupo religioso		
Sim	35	31,8
Não	75	68,2
Participa ou participou de movimento estudantil		
Sim	17	15,5
Não	93	84,5
Participa ou participou de movimento homossexual		
Sim	44	40,0
Não	66	60,0
Última vez que foi a um serviço de saúde		
< 6 meses	68	61,8
6-12 meses	15	13,6
> 12 meses	27	24,5

*Números podem diferir para cada variável por conta da não-resposta ou não se aplica

movimento homossexual em que 40,0% das entrevistadas referiram que participaram ou já participaram desse movimento. Por outro lado, sobre o acesso das travestis aos serviços de saúde, verificou-se que 24,5% relataram que não haviam frequentado um serviço público de saúde nos últimos 12 meses, e a prevalência de HIV referida pelas travestis foi de 12,7%.

Com relação ao estado civil, 97,2% das travestis declararam ser solteiras. Observou-se também que 33,6% das travestis referiram que moravam sozinhas, 42,8%, com familiares ou parentes, e 12,7%, com companheiro conjugal.

Observou-se que 97,3% travestis concordaram que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV, e 63,6% concordaram que ter parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão do HIV. O uso do preservativo foi considerado como a melhor maneira de evitar a transmissão pelo HIV por 97,3% das entrevistadas. Cerca de 80,0% concordaram que não pode haver transmissão do HIV por picadas de insetos, 93,6% sabem que o HIV não pode ser transmitido pelo compartilhamento de talheres, copos ou refeições, 99,1% sabem que HIV pode ser transmitido ao compartilhar seringas, e 98,2% não concordam que pode haver transmissão do HIV, utilizando-se assento de banheiro ou cadeiras. Considerando o indicador de conhecimento correto, verifica-se que 83 (75,5%) das travestis acertaram as cinco questões sobre a forma de transmissão (Tabela 4).

Na Tabela 5, verificou-se que 82,7% das entrevistadas referiram que tiveram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade. A média de idade da 1ª relação sexual foi 12 anos de idade ($Dp = 2,7$). A travesti que teve a 1ª relação sexual com mais idade possuía 19 anos, e a mais precoce, 7 anos. Apenas 12,7% (14/110) fizeram uso de preservativo na 1ª relação sexual. Com relação à orientação sexual, 90,0% das travestis declararam que são homossexuais, e as outras, bissexuais. Cerca de 60,2% das travestis não têm parceiros fixos atualmente. Observou-se que 71,8% tiveram relações sexuais comerciais nos últimos 12 meses, e destas 82,3%, nos últimos 30 dias. Também foi perguntado qual tinha sido a reação na última vez que um cliente sugeriu fazer sexo sem preservativo: 89,6% disseram não ter aceitado fazer sexo sem o preservativo, 8,9% aceitaram, e 1,5% foram forçadas a fazer sexo sem preservativo. Outro fator que merece ser registrado foi a frequência de práticas sexuais protegidas com clientes nos últimos 12 meses. Cerca de 91,0% das entrevistadas referem que sempre

usam preservativo na relação anal ativa, e 91,3%, na reação anal passiva.

Discussão

Pesquisas realizadas com travestis profissionais do sexo no Brasil têm detectado uma população de jovens, resultados também encontrados aqui na RMR, mesmo considerando que se estudaram, apenas, travestis com mais de 18 anos¹⁷⁻¹⁹. Apenas 5,4% possuíam idade superior a 40 anos. Alguns estudos sugerem que a existência de poucas travestis nessa faixa etária deve-se ao fato de muitas delas morrerem ainda jovens devido à aids e à violência^{17,19,20}. Outra possibilidade aqui levantada diz respeito às dificuldades para se assumir a condição de travesti em décadas anteriores, comparando-se com os dias atuais.

Tabela 4. Conhecimento correto das 110 travestis sobre formas de prevenção e transmissão da infecção pelo HIV. Recife, 2008-2009.

Variáveis	n	%
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectado pelo HIV		
Sim	107	97,3
Não	3	2,7
Ter parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão do HIV		
Sim	70	63,6
Não	40	36,4
O uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a transmissão do HIV		
Sim	107	97,3
Não	3	2,7
Não pode ser transmitido HIV ao ser picado por mosquito		
Sim	88	80,0
Não	12	10,9
Não sabe responder	10	9,1
Não pode ser transmitido HIV pelo compartilhamento de talheres, copos ou refeições		
Sim	103	93,6
Não	7	6,4
Pode haver transmissão do HIV ao compartilhar seringas		
Sim	109	99,1
Não	1	0,9
Pode haver transmissão do HIV através de assento ou cadeira		
Sim	3	2,7
Não	105	98,2
Não sabe responder	2	100,0

Sobre o componente raça/cor, 78,2% das travestis pertencem à condição negra e parda. Dados epidemiológicos nacionais disponíveis ainda são considerados frágeis e insuficientes para sustentar uma suposta associação entre a epidemia e a população negra²¹. Assim, pretende-se considerar raça/cor como uma “categoria interpretativa que atravessa o social na busca de iniquidades”²², observando-se as interações sociais entre raça e outros determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado e alertando os serviços de saúde acerca da necessidade do planejamento de ações e intervenções de prevenção e promoção da saúde, considerando particularidades étnico/raciais das travestis bem como compreendendo que possíveis interações entre racismo, homofobia e pobreza podem ser produtoras de vulnerabilidade para o segmento.

Sobre a religiosidade das travestis, constatase que 16,4% não referiram adesão a nenhuma religião, um percentual maior que o encontrado na população brasileira (7,4%), segundo IBGE²³. No entanto, enquanto o número de adeptos da religião evangélica vem aumentando no Brasil, totalizando 15,4 % de brasileiros em 2000, apenas 2,7% das travestis referiram ser evangélicas.

Comparando-se os indicadores do nível de escolaridade das travestis com os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD)²⁴, em 2009, observou-se aqui uma taxa de analfabetismo de 9,2%, ficando abaixo das taxas da população brasileira e nordestina, 9,7% e 18,7%, respectivamente. A taxa de analfabetismo funcional das travestis de 17,4% também ficou abaixo da média nacional, 20,3%, e da região Nordeste, 30,8%¹⁷. Apesar de as taxas de analfabetismo terem ficado abaixo da média nacional, a situação educacional das travestis não deve ser considerada satisfatória, considerando que 44,9% não conseguiram completar o ensino fundamental completo.

A baixa escolaridade das travestis é um fator que contribui para o aumento da vulnerabilidade ao HIV/Aids e outras IST, considerando-se que o acesso à informação facilita não só a adoção de práticas preventivas mas também pode aumentar as chances de inclusão a partir de melhores oportunidades de empregos e, consequentemente, melhores condições de vida.

O predomínio de travestis nas classes sociais mais baixas, E (14,7%) e D (34,9%), evidencia uma condição socioeconômica precária. Em 2008, apenas 1,6% da população brasileira fazia parte do extrato social E¹⁶. Na RMR, esse valor foi de 4,3%. Quando se analisa a classe D e E em conjunto, o

Tabela 5. Práticas sexuais das 110 travestis da RMR. Recife, 2008-2009.

Variáveis	n*	%
Primeira relação sexual antes dos 15 anos		
Sim	91	82,7
Não	19	17,3
Uso do preservativo na primeira relação sexual		
Sim	14	12,7
Não	96	87,3
Com quem você tem relações sexuais		
Só com homem (homossexual)	99	90,0
Habitualmente com homem, mas às vezes com mulher (Bissexual)	11	10,0
Relação com parceiros fixos		
Sim	43	31,8
Não	40	37,0
Tive, não tenho mais	25	23,2
Nos últimos 12 meses você recebeu dinheiro ou outro bem em troca de sexo		
Sim	79	71,8
Não	31	28,2
Nos últimos 30 dias você recebeu dinheiro ou outro bem em troca de sexo		
Sim	65	82,3
Não	14	17,7
Qual foi a sua reação na última vez que cliente sugeriu fazer sexo sem preservativo		
Aceitei fazer s/ preservativo	6	8,9
Fui Forçada a fazer sem o preservativo	1	1,5
Não aceitei e ele foi embora	13	19,4
Não aceitei e ele concordou em usar o preservativo.	47	70,2
Usa preservativo com o cliente quando faz sexo anal ativamente		
Sempre	50	91,0
Às vezes	5	9,0
Usa preservativo com o cliente quando faz sexo anal passivamente		
Sempre	63	91,3
Às vezes	6	8,7

* números podem diferir para cada variável por conta da não resposta.

valor encontrado na população do estudo (49,6%) também foi superior ao encontrado na população brasileira e da RMR respectivamente, com os valores de 19,5% e 32,4%. Nenhuma travesti deste estudo conseguiu alcançar o estrato social A, o mais elevado. Apenas 8,2% alcançaram o estrato social B, enquanto, na população brasileira e na da RMR, os valores foram 24,1% e 16,7%, respectivamente¹⁶. Observa-se que travestis em situação socioeconômica precária e oriundas de classes populares mais desfavorecidas têm sido encontradas em outros estudos^{17,19,20}.

As travestis também possuem menor poder aquisitivo que HSH. Kerr¹⁵ encontrou 26,9% de HSH pertencentes à classe econômica A/B em pesquisa realizada em 10 cidades brasileiras, maior três vezes que o índice aqui encontrado. Além disso, apenas 23,3% dos HSH pertenciam à classe econômica D/E, enquanto, para as travestis, o índice encontrado foi de 49,6%¹⁵.

A situação de vida das travestis é mais precária, pois a maioria não tinha acesso a serviços de apoio, como plano de saúde ou benefício social. Apenas 4,5% das entrevistadas estavam contribuindo com a previdência social, enquanto, na população brasileira com ocupação em 2009, esse percentual foi 53,5%²⁴, podendo sugerir o reflexo da exclusão das travestis no mercado de trabalho formal.

Outro fator de vulnerabilidade observado foi que as travestis da RMR saem de casa precocemente, devido a razões relacionadas à sua opção sexual. Das travestis que saíram de casa devido à opção sexual, 79,2% (42/53) saíram pela primeira vez antes de completar 18 anos de idade. Em pesquisa etnográfica com travestis em Porto Alegre, Benedetti¹⁷ observou que quase todas elas saíram de casa entre 11 e 14 anos, vivenciando experiências no mundo da rua como dormir no relento, mendigar, participar de brigas, violência,

confrontos com a polícia e descoberta de novos espaços e práticas.

Uma das modalidades de discriminação homofóbica mais frequente nos relatos das travestis da RMR foi a relacionada ao emprego; 56,4% relataram que deixaram de ser selecionadas ou foram demitidas de seus empregos pelo fato de serem travestis. Esse resultado foi maior do que o encontrado para as travestis (43,5%) participantes da parada de orgulho LGBT de Pernambuco²⁵.

A baixa qualificação educacional aliada ao estigma e à discriminação dificulta a entrada das travestis no mercado de trabalho formal, podendo ser evidenciada pelo envolvimento das travestis em atividades de prostituição, em que 71,8% receberam dinheiro em troca de sexo nos últimos 12 meses. A vida fora do ambiente familiar aliada a pouca qualificação profissional faz com que a prostituição seja, muitas vezes, a principal fonte de renda das travestis²⁶. Consequentemente, a experiência de viver na rua deixa esse segmento mais susceptível ao envolvimento com o mundo das drogas, marginalidade e confrontos com a polícia^{26, 27}.

Observou-se que 56,4% das travestis já foram maltratadas por policiais ou mal atendidas em delegacias. Um resultado superior aos achados de estudos realizados com a população de Transgêneros (transexuais e travestis) de Pernambuco (38,9%)²⁵ e de São Paulo (46,8%)²⁸. Além disso, 32,7% (36/110) das entrevistadas já foram presas alguma vez na vida. Na literatura, antecedentes de prisão têm sido apontados como fator de risco para DST²⁹.

Em um estudo qualitativo realizado na Sérvia com profissionais do sexo (travestis e mulheres), verificou-se que a violência, incluindo a policial, favoreceu o sexo desprotegido e a diminuição na capacidade de evitar práticas sexuais de risco³⁰. Observaram-se, ainda, relatos de sexo forçado com policiais em troca de favores, como não serem presas ou não pagarem multas. As práticas discriminatórias de policiamento ocorreram tanto por meio da violência física quanto não física, no entanto, com relação às travestis, essa violência ocorreu especialmente por meio de extrema violência física e, muitas vezes, brutal³⁰. Sendo assim, medidas de prevenção do HIV exigem profundas mudanças estruturais, relacionadas à qualidade de vida e a diversas instituições sociais, como a justiça criminal³⁰.

Outras formas de homofobia apareceram nos relatos: ter recebido tratamento diferenciado ou ser impedida de entrar em comércio e em locais de lazer e ter sido excluída ou marginaliza-

da em ambientes religiosos. O impedimento do ingresso das travestis em estabelecimentos comerciais e locais de lazer também ocorre em espaços de consumo homossexual^{31,32}. Este espaço é bastante segmentado e marcado por relações de poder que excluem pessoas de menor poder aquisitivo, negros, velhos, gordos, travestis³². Por exemplo, algumas saunas têm reproduzido a lógica de divisão dos sexos, justificando a exclusão das travestis apesar de estas reconhecerem estes locais como ambiente de sociabilidade comum do público homossexual³¹.

A homofobia religiosa, caracterizada por um conjunto heterogêneo de práticas e discursos, baseados em valores religiosos que utilizam variadas táticas de desqualificação e controle da diversidade sexual, tem incitado medos coletivos, associando diversidade sexual à pedofilia, à corrupção de valores cristãos e à propagação de IST/Aids³³. Ainda mais, o discurso religioso da sexualidade apenas para procriação dificulta o combate e a prevenção das IST/Aids.

Já a baixa escolaridade das travestis pode ser um reflexo da reprodução homofóbica no contexto escolar, visto que um percentual elevado das entrevistadas, 48,2%, refere que já sofreram discriminações por parte dos professores ou colegas. Dentre aquelas que pararam de estudar, 33,2% alegaram que foi devido ao fato de serem travestis. A escola, que deveria ser um espaço de formação e inclusão social para a comunidade travesti, tem sido apontada como um local de reprodução da homofobia, perpetuada por professores, alunos, pais e funcionários. As discriminações são tão intensas que podem resultar em abandono dos estudos e expulsões da escola, contribuindo para a falta de profissionalização e marginalização do segmento³⁴.

As experiências de discriminação no ambiente familiar e no grupo de vizinhos aparecem em 47,3% dos relatos das travestis. Essas modalidades de discriminação que ocorrem em contextos de maior intimidade ou proximidade são frequentemente registradas em pesquisas com a população LGBT e são experiências de marginalização e exclusão complexas e de difícil solução²⁷. O resultado chama a atenção por ser mais alto do que a média para população trans das pesquisas realizadas nas paradas LGBT de Pernambuco (27,8%) e São Paulo (22,5%)^{25,28}.

Assim como foi observado em outros estudos com a população trans^{25,28}, os serviços de saúde foram os espaços menos referidos pelas travestis como homofóbicos. Mesmo assim, o fato de 31,8% terem referido maus atendimen-

tos em serviços de saúde ou por profissionais da saúde, demonstra que existe uma necessidade e um compromisso ético de se trabalharem melhores estratégias de acolhimento a esse público nesses serviços, respeitando, assim, os direitos humanos das travestis e os princípios do SUS de universalidade, integralidade e, principalmente, equidade da assistência em saúde³⁵.

Os resultados mostraram que a violência não é uma situação de exceção, mas, um achado comum da rotina do segmento³⁶. As situações de violência mais vivenciadas pelas travestis foram as agressões verbais (81,8%) e físicas (68,2%). Em outras formas de preconceito, como o racismo, a punição nos casos de agressões ocorre de forma mais rápida devido à existência de um suporte jurídico eficiente. O mesmo não acontece com a homofobia, em que, por influência de uma cultura heterossexista, esse tipo de discriminação pode ser visto com naturalidade, justificando-se a impunidade e lentidão diante da resolução dos casos^{37,38}. Carrara e Vianna³⁸ observaram, em seu estudo, que os crimes letais contra as travestis foram apurados com pouco empenho pela polícia e por agentes da justiça, tendo os casos, na maioria das vezes, sido arquivados.

Grande parte das reações de hostilidade direcionadas contra as travestis partiu dos homens. Influenciado pela sociedade androcêntrica, o homem nordestino é conhecido pelo seu caráter machista, e, nesse sentido, observa-se que o paradigma naturalista da dominação masculina confere privilégios aos homens à custa das mulheres, conseqüentemente as travestis sofrerão mais com a homofobia, justamente por recusarem os valores de virilidade masculina³⁹.

Os resultados mostraram que as travestis realizaram mais o teste para HIV do que a população brasileira⁴⁰ e os HSH¹⁵. Observou-se que 84,4% e 47,3%, respectivamente, já realizaram o teste alguma vez na vida e nos últimos 12 meses. Entretanto, na população brasileira de 15 a 64 anos em 2008, observou-se 36,5% e 14%, e entre os HSH, 54% e 23,5%^{15,40}. A maioria das travestis (90,2%) utilizou a rede pública para fazer o teste, um resultado maior do que o encontrado entre HSH que foi de 66,7%¹⁵. A prevalência de HIV referida pelas travestis foi 12,7%, resultado semelhante ao encontrado entre HSH (10,5%)¹⁵. Em termos de cobertura do teste de HIV, os resultados aqui apresentados sugerem que a disponibilidade de acesso gratuito do teste na rede pública tem conseguido alcançar resultados positivos para esse segmento.

Considerando a importância dos fatores programáticos para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, a integração e a participação social das travestis em grupos de apoio, ONG e Organizações governamentais ainda pouco colaboram para mudar esse cenário, indicando que existe uma necessidade de ampliar as estratégias que favoreçam a inclusão das travestis nesses ambientes. O maior percentual de adesão das travestis foi ao movimento homossexual, apesar de algumas evidências demonstrarem que, dentro do movimento LGBT, também existe preconceito e discriminação contra as elas^{31,32}.

Verificou-se que a maioria das travestis não vive com companheiros conjugais; resultado semelhante também foi encontrado em outros estudos realizados com travestis¹⁸ e HSH¹⁵. Já o percentual de travestis morando sozinhas (33,6%) foi maior do que a média encontrada na população brasileira (12%), em 2009²⁴.

Em relação ao conhecimento correto sobre as formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, os resultados mostram que as travestis assim como a população geral brasileira possuem um elevado grau de conhecimento⁴⁰. O percentual de travestis (97,3%) que concordam com a afirmação que o uso do preservativo é a melhor maneira de se evitar infecção pelo HIV foi semelhante ao percentual encontrado na população brasileira entre 15 e 64 anos de idade (96,6%), indicando que os esforços dos programas de prevenção de HIV/Aids em âmbito nacional e regional também estão apresentando bons resultados⁴⁰.

A maioria (90%) das travestis declarou ser só homossexual. Observou-se ainda que 82,7% das travestis iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos de idade, e apenas 12,7% usaram preservativos na primeira relação sexual, o que demonstra que a vulnerabilidade ao HIV/Aids começa precocemente. Em 2009, na população brasileira sexualmente ativa durante a vida, apenas 26,8% referiram relações sexuais antes dos 15 anos de idade⁴⁰. Cerca de 60,2% das travestis não têm parceiro fixo, resultado menor do que o encontrado em travestis de Uberlândia-MG (71%)¹⁸. As travestis também estão usando (90%) o preservativo nas relações sexuais com os clientes, não importando se a relação sexual anal é passiva ou ativa. Além disso, elas demonstraram capacidade de negociar o uso do preservativo com os clientes, considerando que, na última relação, 89,6% das entrevistadas recusaram-se a fazer sexo sem preservativo.

Considerações finais

A vida das travestis da RMR tem sido marcada por um processo de exclusão, violência, preconceito e discriminação. Neste contexto, o risco de contrair o HIV parece ser apenas mais um diante da complexidade dos problemas que as travestis têm que enfrentar em seu cotidiano³⁶. As estratégias implantadas para o combate da epidemia do HIV/Aids, como acesso à informação, aos serviços públicos para diagnóstico precoce, foram consideradas positivas, mas precisam ser ampliadas diante das especificidades das travestis.

Os altos índices de homofobia encontrados no estudo são um fator de extrema relevância no contexto da epidemia, pois têm provocado situações de sofrimento e exclusão, deixando-as mais vulneráveis à exposição do HIV. Ainda jovens, as travestis da RMR convivem com o preconceito e a discriminação em diversos contextos, como família, vizinhos, escola, locais de comércio, de laser, em serviços de segurança e saúde.

Do ponto de vista institucional, a homofobia em escolas e serviços de segurança exige estratégias de combate a curto, médio e longo prazo. A homofobia na escola contribui para a evasão escolar e suscita a necessidade de pesquisas que investiguem a homofobia, dada a relevância da escola para a formação profissional e intelectual e como formadora de opinião. Já os serviços de segurança na RMR merecem atenção, pois estes deveriam servir de referência para as travestis

contra a própria violência e não, como ambiente reprodutor da violência estabelecida, sendo, portanto, imprescindível investir na qualificação institucional e comportamental, visando ao combate à homofobia.

A partir do conhecimento das vulnerabilidades específicas das travestis no contexto da epidemia do HIV/Aids, é possível afirmar que as estratégias de promoção da saúde planejadas pelas diversas áreas do conhecimento, como Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Psicologia entre outras, só poderão ser eficazes, se forem considerados fatores que ampliam a compreensão dessa vulnerabilidade, como as diferentes formas de preconceito e discriminação, em especial a homofobia.

A promoção da qualidade de vida para as travestis requer urgentemente o planejamento e a implementação de abordagens intersetoriais que mobilizem saúde, educação, segurança, serviço social e outros da iniciativa pública e privada e a população no combate à homofobia. É preciso, ainda, incentivar a participação social e o ativismo político das travestis no processo de tomada de decisão de programas e estratégias que estejam relacionados com a sua saúde e qualidade de vida.

As travestis estão entre os grupos mais discriminados e excluídos da sociedade. A privação de direitos que vivenciam não deve ser enfrentada somente como um problema de saúde pública mas também como um compromisso ético de toda a sociedade em respeito à dignidade humana.

Colaboradores

PJ Sousa, LOC Ferreira e JB Sá participaram da elaboração do artigo, definindo os critérios metodológicos, a estrutura e o conteúdo. PJ Sousa foi responsável pela redação do texto e análise dos dados. LOC Ferreira foi responsável pela elaboração do projeto, pela coordenação da coleta de dados, análise estatística e redação do texto. JB Sá foi responsável pela organização e digitação de dados e análise estatística. Todos os autores foram responsáveis pela aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE), cujo artigo foi oriundo da dissertação “Homofobia e vulnerabilidade das travestis ao HIV/Aids: enfermagem em promoção da saúde” Ao Ministério da Saúde pelo financiamento do Projeto Homofobia e à Faculdade de Ciências Médicas da UPE. Ao apoio da Articulação e Movimento para Travestis e Transexuais de Pernambuco (AMOTRANS) e do Grupo de Trabalho em Prevenção Positivo (GTP+) de Pernambuco.

Referências

1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
2. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(4):1088-1095.
3. Paim JS. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 165-181.
4. Ayres JRCM, França Jr-I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 121-143.
5. Louro GL. Teoria Queer- uma política pós-identitária para educação. *Revista de Estudos Feministas* 2001; 9(2):541-553.
6. Parker R, Aggleton P. HIV and HIV Related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Med Science* 2003; 57(1):13-24.
7. Paiva V. Prevenção positiva? A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: Raxach JC, Maksurd I, Pimenta MC, Terto Júnior V, organizadores. *Prevenção positiva: estado da arte*. Rio de Janeiro: ABIA; 2009. p. 33-49.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: MS; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano nacional de enfrentamento da epidemia de aids e das DST entre gays, HSH e travestis*. Brasília: MS; 2007.
10. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1335-1342.
11. Mann J, Tarantola D, editors. *AIDS in the world II: global dimensions, social roots, and responses*. New York: Oxford University Press; 1996.
12. Junges JR. Vulnerabilidade e Saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética, Vulnerabilidade e Saúde*. São Paulo: Idéias & Letras; 2007. p. 110-135.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. [página na Internet]. [acessado 2010 dez 5]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
14. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997; 44(2):174-199.
15. Kerr L. *Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras*. [página na Internet] 2009. Ministério da Saúde (MS). Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. [acessado 2013 jun 16]. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/ct/projetos/redes_pesquisa4.asp?ano=2007&numero=234
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil, 2010*. [página na Internet]. [acessado 2010 dez 5]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>
17. Benedetti M. *Toda Feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária; 2005.
18. Ferraz EA, Souza CT, Souza LM, Costa N. Travestis profissionais do sexo: vulnerabilidade a partir de comportamentos sexuais. In: *Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais - Desafios e Oportunidades do Crescimento Zero* [documento da Internet]. 2006 set [acessado 2010 dez 10]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_508.pdf
19. Kulick D. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
20. Garcia MRV. ‘Dragões’: gênero, corpo, trabalho e violência na formação da identidade entre travestis de baixa renda [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
21. Fry PH, Monteiro S, Maio MC, Bastos FI, Santos RV. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(3):497-523.
22. Ayres, J RCM. Debate sobre o artigo de Fry et al. *Cad Saude Publica* 2007; 23(3):519-520.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2000: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo*. [página na Internet]. [acessado 2013 jun 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores, 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

25. Carrara S, Ramos S, Lacerda P, Medrado B, Vieira N. *Política, direito, violência e homossexualidade: Pesquisa 5ª Parada do Orgulho GLBT-Pernambuco* 2006. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
26. Peres WS. Violência estrutural e AIDS na comunidade Travesti Brasileira. *Rev Psicologia da UNESP* 2004 [acessado 2010 dez 23]; 3(1):21-31. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/24/43>
27. Garcia MRV. Prostituição e atividades ilícitas entre travestis de baixa renda. *Cad. psicol. soc. trab* 2008 dez [acessado 2010 dez 22]; 1(2):241-256. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1516-37172008000200008&script=sci_arttext
28. Carrara S, Facchini R, Simões J, Ramos S. *Política, direitos, violência e homossexualidade: Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT - São Paulo - 2005*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
29. Passos ADC, 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.
30. Rhodes T, Simic M, Baros S, Platt L, Zikic B. Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *BMJ* 2008; 337: a811.
31. França IL. “Cada macaco no seu galho?”: arranjos de poder, políticas identitárias e segmentação de mercado no movimento homossexual. *Rev Brasileira de Ciências Sociais* 2006; 21(60):103-115.
32. França IL. Sobre “guetos” e “rótulos”: tensões no mercado GLS, na cidade de São Paulo. *Cadernos Pagu* 2007; 28(jan-jun):227-256.
33. Natividade MT, Oliveira L. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Rev Latinoamericana* 2009; 2:121-161.
34. Peres WS. Cenas de Exclusões Anunciadas: travestis, transexuais, transgêneros e a escola brasileira. In: Junqueira RD, organizador. *Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO; 2009. p. 235-323.
35. Sousa PJ, Silva MF, Costa AM, Ferreira LOC. Humanization on the embracement of lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals in primary care: bioethical thoughts for nursing (Resumo). *Rev Enferm UFPE On Line* 2011 [acessado 2013 jun 16]; 5(4): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1355>
36. Pelúcio L, Miskolci R. A prevenção do desvio: o dispositivo da Aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana* 2009; 1:125-157.
37. Rios RR. O conceito de homofobia na perspectiva dos direitos humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito e discriminação. In: Rios RR, organizador. *Em defesa dos direitos sexuais*. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado; 2007.
38. Carrara S, Vianna ABR. “Tá lá um corpo estendido no chão...”: a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. *Physis* 2006; 16(2):233-249.
39. Welzer-Lang D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Rev Estudos Feministas* 2001; 9(2):460-482.
40. Pascom ARP, Ferraz DAS, Arruda MR, Brito I. Conhecimento e práticas sexuais de risco associados ao HIV na população brasileira de 15 a 64 anos, 2008. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva* 2010; 4(2):89-100.

Artigo apresentado em 09/06/2012

Aprovado em 21/07/2012

Versão final apresentada em 28/07/2012

