

Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática

Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review

Estigma y discriminación relacionados con la identidad de género y la vulnerabilidad al VIH/SIDA entre mujeres transgénero: revisión sistemática

Laio Magno ^{1,2}
Luis Augusto Vasconcelos da Silva ³
Maria Amélia Veras ⁴
Marcos Pereira-Santos ⁵
Ines Dourado ²

doi: 10.1590/0102-311X00112718

Resumo

A prevalência de HIV entre mulheres transgênero é desproporcional quando comparamos com a população geral em vários países. O estigma e a discriminação, por conta da identidade de gênero, têm sido comumente associados à vulnerabilidade ao HIV/aids. O objetivo foi realizar uma revisão sistemática da literatura para analisar a relação entre o estigma e a discriminação relacionados à identidade de gênero de mulheres transgênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids. Revisão sistemática da literatura, que envolveu as etapas de identificação, fichamento, análise e interpretação de resultados de estudos valendo-se da seleção em cinco bases: PubMed, Scopus, Web of Science, Science Direct e LILACS. Não houve estabelecimento de período de tempo a priori para essa revisão. Os estudos foram avaliados de acordo com critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos artigos em inglês, português ou espanhol, que relacionavam o estigma e a discriminação com a vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV. Foram encontrados 41 artigos, majoritariamente qualitativos, publicados no período entre 2004 e 2018, e categorizados em três dimensões do estigma: nível individual, interpessoal e estrutural. Os dados permitem destacar que os efeitos do estigma relacionado à identidade de gênero, como a violência, a discriminação e a transfobia, são elementos estruturantes no processo da vulnerabilidade da população de mulheres transgênero ao HIV/aids. Os trabalhos mostraram relação entre estigma e discriminação com a vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids e apontaram para a necessidade de políticas públicas que combatam a discriminação na sociedade.

Estigma Social; Discriminação Social; Pessoas Transgênero; HIV;
Revisão Sistemática

Correspondência

L. Magno
Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia.
Rua Silveira Martins 2555, Salvador, BA 41000-150, Brasil.
laiomagnoss@gmail.com

¹ Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Brasil.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

³ Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

⁴ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁵ Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Brasil.



Introdução

A prevalência de HIV entre mulheres transgênero é desproporcional quando comparamos com a população geral ^{1,2,3}. Um estudo de metanálise estimou uma prevalência de 19,1% para 15 países, que é 48,8 vezes maior quando comparada com aquela entre adultos em idade reprodutiva da população dos mesmos países ².

Essa desproporcionalidade tem sido explicada em diversos trabalhos por uma diversidade de complexos fatores individuais que incluem: biológico (por exemplo: sexo anal desprotegido) e comportamentais (por exemplo: não utilização do preservativo, uso de substâncias psicoativas etc.), juntamente com fatores estruturais, tais como o estigma e a discriminação, que também têm um papel importante, podendo influenciar os comportamentos, práticas e atitudes em relação ao HIV, e que atuam limitando o acesso a recursos socioeconômicos, em especial educacionais, laborais, bem como o acesso a serviços de prevenção ^{2,3,4}. Assim, pesquisadores, ativistas e profissionais de saúde têm considerado o estigma e a discriminação como dois dos principais fatores associados às altas prevalências de infecção pelo HIV ^{5,6,7,8,9}.

As performances de gênero das mulheres transgênero são vistas como uma insubordinação ao poder estabelecido pela sociedade heteronormativa sobre os corpos e relações sociais ^{10,11}. Como consequência, as mulheres transgênero enfrentam intensa estigmatização em função da expressão de suas identidades de gênero, em sociedades predominantemente patriarcais e machistas ^{3,10}. Quando se comparam homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transgênero, observa-se que elas vivenciam mais estigma e discriminação ⁷, mais eventos psicossociais estressores do que os HSH, revelando a existência de discriminação mesmo dentro da comunidade LGBT ¹². Também apresentam maiores prevalências de HIV do que os HSH ¹³.

O estigma e a discriminação em função da identidade de gênero estão relacionados comumente a um contexto social, econômico e psicológico desfavorável às mulheres transgênero ¹⁴, que implica muitas vezes o seu envolvimento com o sexo comercial, em geral em decorrência das opções limitadas do acesso ao mercado formal de trabalho ^{2,3,4,15}. Apesar disso, a atual resposta à epidemia do HIV/aids tem enfatizado mais as medidas biomédicas do que as questões estruturais, o que inclui o papel dos ativistas e dos membros das populações mais afetadas pela epidemia ¹⁶. Desse modo, o presente artigo pretende realizar uma revisão sistemática da literatura para analisar a relação entre o estigma e a discriminação relacionados à identidade de gênero de mulheres transgênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids.

Metodologia

Trata-se uma revisão sistemática da literatura sobre estigma, discriminação e vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids, que envolveu as etapas de identificação, fichamento, análise e interpretação de resultados de estudos selecionados. Essa revisão seguiu as recomendações da PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), um guia que descreve as exigências específicas para estudos de revisões sistemáticas e metanálises ¹⁷.

Estratégias de busca e fontes de informações

Revisores independentes (L. M., M. P.-S.) realizaram a busca de trabalhos nas bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science, Science Direct e LILACS, utilizando as seguintes combinações de palavras-chave: “*discrimination*”, “*HIV*”, “*social stigma*” ou “*stigma*” “*transgender persons*” ou “*transgender*” ou “*travesti*” (Material Suplementar, Tabela S1: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/suppl-e00112718portugues_3826.pdf). Adicionalmente, foram examinadas as listas de referências bibliográficas dos estudos relevantes, a fim de identificar aqueles potencialmente elegíveis.

No Brasil e na América Latina, os termos “travesti” e “mulher transexual” são mais comumente usados pelas próprias comunidades do que “mulher transgênero”. Essas diferenças podem marcar identidades políticas e/ou subjetivas, que são fluidas a depender do contexto ¹⁸. Esses termos transmitem diferentes níveis de performances como mulher e reivindicam a legitimidade de sua identi-

dade para além dos parâmetros binários masculino e feminino, adequação de sua imagem física e de seus corpos por meio de terapia hormonal, uso de silicone, dentre outras modificações corporais, e desejam ser tratadas no feminino e pelo nome com o qual elas se identificam. Destaca-se que há um trânsito entre essas identidades, não sendo categorias fixas ou isoladas, mas sempre em disputa, negociação, em constante interação e movimento^{19,20,21}. Neste trabalho, empregou-se o termo mulheres transgênero (*transgender women*) tendo em vista que boa parte da literatura contemplada na revisão foi publicada em inglês, e é um termo guarda-chuva usado para representar um amplo espectro de identidades transfemininas que borram as fronteiras de sexo-gênero, embora o termo travesti também tenha sido incluído como termo de estratégia de busca.

As publicações foram gerenciadas no aplicativo Mendeley (<https://www.mendeley.com/>) para a remoção das duplicatas. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017, sendo atualizada em junho de 2018. Não houve estabelecimento de período de tempo *a priori* para esta revisão.

Critérios de elegibilidade

Adotou-se como critério de inclusão os estudos que abordavam a relação entre o estigma e a discriminação devido à identidade de gênero e à vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids. Não houve exclusão *a priori* de nenhuma abordagem metodológica, tendo sido incluídos tanto artigos qualitativos quanto quantitativos. O estudo incluiu artigos escritos em inglês, português e espanhol. Não foram excluídos artigos com base na localização geográfica e temporal, e nem no termo utilizado para a definição de mulheres transgênero (travesti, mulher transexual, *aravanis*, *hijras*, *metis* etc.).

Extração dos dados

Iniciou-se a seleção dos estudos por meio da leitura dos títulos e dos resumos, observando-se os critérios de inclusão. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Após a avaliação, os trabalhos foram selecionados para integrar o *corpus* desta revisão. Foi estruturada uma planilha do Excel (<https://products.office.com/>) contendo os seguintes termos: autores, ano de publicação, país do estudo, desenho do estudo/metodologia, número de pessoas investigadas, objetivos, população estudada e principais resultados.

Avaliação do risco de viés (quantitativos) e rigor metodológico (qualitativos)

Em um segundo momento, a qualidade metodológica foi avaliada de acordo com a natureza do estudo. Nas pesquisas com abordagem quantitativa foi utilizada a escala do *Research Triangle Institute Item Bank* (RTI-Item Bank), que avalia o risco de viés²². O RTI-Item Bank contém 29 itens para avaliação de estudos, dos quais seis foram aplicados aos trabalhos incluídos nesta revisão (Material Suplementar, Quadro S1: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/suppl-e00112718portugues_3826.pdf): (i) critérios de inclusão e exclusão claramente definidos; (ii) uso de medidas válidas e confiáveis para avaliar critérios de inclusão e exclusão; (iii) estratégia padronizada de recrutamento de participantes do estudo em todos os grupos; (iv) seleção apropriada da amostra; (v) resultados avaliados usando medidas válidas e confiáveis, implementadas consistentemente a todos os participantes do estudo; (vi) variáveis de confundimento e modificadoras de efeito consideradas no desenho e/ou análise de dados²². O risco de viés foi avaliado e classificado usando-se a resposta dos estudos aos itens descritos anteriormente e foram classificados da seguinte maneira: alto risco de viés – quando o trabalho teve uma ou mais respostas negativas aos itens; risco moderado de viés – quando um ou mais itens foram considerados “parcialmente” ou “não pode ser determinado”; baixo risco de viés – quando todos os itens da escala registraram uma resposta positiva²².

Para a avaliação dos estudos qualitativos foi utilizado o instrumento proposto pelo *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP), empregado na análise crítica de relatos de pesquisas qualitativas. Esse instrumento apresenta dez questões que conduzem o avaliador a pensar de forma sistemática sobre o rigor, credibilidade e relevância do estudo, considerando: (i) objetivo claro e justificado; (ii) desenho metodológico apropriado aos objetivos; (iii) procedimentos metodológicos apresentados e discutidos;

(iv) seleção da amostra; (v) coleta de dados descrita, instrumentos e processo de saturação explicitados; (vi) explicitação da relação entre pesquisador e pesquisado; (vii) cuidados éticos; (viii) análise densa e fundamentada; (ix) resultados apresentados e discutidos, apontando o aspecto da credibilidade e uso da triangulação; (x) descrição sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações²³. Os estudos qualitativos foram classificados em duas categorias: na A foram classificados os trabalhos com alto rigor metodológico, uma vez que preencheram ao menos 9 dos 10 itens; na categoria B foram classificados aqueles com moderado rigor metodológico, quando pelo menos 5 dos 10 itens foram atendidos^{23,24}.

Análise de dados

A análise foi norteada pelos referenciais teóricos dos conceitos de estigma, discriminação e vulnerabilidade. Foi utilizado o conceito de vulnerabilidade aplicado ao campo da saúde, especificamente à discussão sobre a epidemia de HIV/aids. Esse conceito pode ser compreendido pela análise de três componentes inter-relacionados: (i) vulnerabilidade individual – com o objetivo de identificar os fatores físicos, mentais ou comportamentais por meio de avaliações de risco e/ou de outras abordagens; (ii) vulnerabilidade social – analisa as dimensões da cultura, religião, moral, política, economia e os fatores institucionais, os quais podem determinar os meios de exposição a doenças e/ou agravos; (iii) vulnerabilidade programática – examina as formas pelas quais as políticas, os programas e os serviços interferem nas situações sociais e individuais das pessoas^{25,26,27,28}. A vulnerabilidade traz uma ênfase na responsabilidade das ações dos governos e das políticas públicas como parte integrante dos determinantes do processo de saúde/doença^{25,26}. Neste artigo, a compreensão teórico-conceitual desse constructo fez ampliar o escopo de análise dos artigos para além das questões comportamentais e individuais relacionadas ao risco, incluindo estudos que relacionavam o estigma e a discriminação com as barreiras de acesso aos serviços de saúde.

O estigma se refere a um atributo profundamente depreciativo de uma pessoa, que é percebido como tal por intermédio da interação social. A presença desse atributo pode confirmar ou reafirmar a “normalidade” de pessoas ou grupos específicos. O estigma destaca um traço específico do indivíduo e o sujeita à impossibilidade de atenção social para outros de seus atributos, imputando-lhes um grande descrédito²⁹. Recentemente, Hatzenbuehler & Link³⁰ enfatizaram a necessidade de se avançar na conceitualização e mensuração do estigma como um fenômeno social com raízes nas estruturas sociais. Esses autores definem o estigma estrutural como condições do nível social mais amplo, normas culturais e políticas institucionais que constroem as oportunidades, recursos e bem-estar de pessoas estigmatizadas. Os autores chamam a atenção para a intensa interação entre o nível micro-social, o lócus das relações interpessoais e o nível macroestrutural. As estruturas referidas não seriam unidirecionais e estáticas, mas sim moldadas pelas interações interpessoais e pelos fatores individuais.

A discriminação pode ser entendida como um resultado prático do estigma, como definido por revisão conceitual³¹ (p. 34): o estigma seria um profundo atributo de descrédito, uma “*marca*” ou “*identidade desvalorizada socialmente*”; a estigmatização estaria relacionada a um processo social que produz desvalorização por meio de rótulos e estereótipos; o rótulo seria um termo sancionado oficialmente e aplicado a condições, indivíduos, grupos, lugares, organizações, instituições ou outras entidades sociais, já o estereótipo estaria relacionado a atitudes e crenças negativas direcionadas às entidades sociais rotuladas; o preconceito como um endossamento de crenças e atitudes negativas relacionadas ao estereótipo; e a discriminação seriam as ações direcionadas ao endossamento e reforço dos estereótipos para trazer desvantagem às pessoas rotuladas. Desse modo, neste artigo consideramos os trabalhos sobre a discriminação e o estigma relacionados à identidade de gênero de mulheres transexuais. Como a literatura sobre esse tema não é consensual³², usaremos “estigma e discriminação” ao longo do texto de maneira pouco rígida, mas entendendo que existem especificidades teórico-conceituais importantes³³.

A proposta da análise focada e constante foi usada para a metassíntese. Nesta análise, investigamos as questões metodológicas dos estudos analisados e também foram estabelecidos elementos-chave que constituíram unidades temáticas³⁴. Foram encontrados 65 elementos-chave com base na leitura dos artigos, e estes foram categorizados, com o auxílio de uma planilha no software Excel, de acordo com três unidades temáticas do conceito de estigma apontado por Hatzenbuehler & Link³⁰ e

White-Hughto et al.¹⁴: nível individual (questões psicológicas, como o autoestigma), interpessoal (a discriminação pessoa a pessoa) e estrutural (nível de políticas estatais que podem promover exclusão social).

Resultados

Características dos estudos selecionados

Identificaram-se 791 artigos nas bases de dados, dos quais 41 foram incluídos na revisão. As estratégias de busca estão apresentadas na Figura 1. Os motivos para a exclusão dos artigos foram a ausência da análise sobre estigma, discriminação, vulnerabilidade e HIV (Material Suplementar, Quadro S2: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/suppl-e00112718portugues_3826.pdf).

A maioria dos artigos usou exclusivamente métodos qualitativos (27/41) (Tabela 1), houve dois artigos com métodos mistos e 12 exclusivamente quantitativos (Tabela 2). Todos foram publicados entre 2004 e 2018. Observou-se um crescimento no número de publicações nos últimos anos, com um pico em 2016 (11/41). Os Estados Unidos foram o país com o maior número de publicações (13/41), seguidos por Índia (5/41), México (3/41) e Brasil (3/41).

Mensuração da discriminação e do estigma nos estudos quantitativos

Para identificar como os trabalhos lidaram com a construção da variável de estigma ou discriminação, foram analisados 12 artigos exclusivamente quantitativos e dois com métodos mistos. Identificamos que oito deles trataram o fenômeno como “discriminação” (experiência, percepção etc.)^{21,35,36,37,38,39,40,41}, três artigos analisaram “estigma” (experiência, percepção etc.)^{6,7,9}, um estudo tratou o fenômeno de “homofobia”⁴², um como “transfobia”⁸ e um dos artigos com métodos mistos não utilizou o método quantitativo para avaliar a discriminação e o estigma⁴³. Muitos desses trabalhos não trouxeram reflexão teórica sobre a diferenciação do conceito de estigma e discriminação.

No que se refere ao risco de viés, observou-se que a maioria dos estudos (54%) apresentou risco elevado de viés^{8,35,37,39,40,41} e apenas 31% foram classificados como baixo risco de viés^{6,7,9,21}. A seleção da amostra inadequada e a avaliação do desfecho dos estudos com critérios válidos foram os itens que mais contribuíram para a pontuação de viés nos trabalhos analisados. Em um estudo não foi possível aplicar a escala de viés, pois não apresentou elementos metodológicos quantitativos para a avaliação⁴³ (Figura 2) (Material Suplementar, Tabela S2: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/site/public_site/arquivo/suppl-e00112718portugues_3826.pdf).

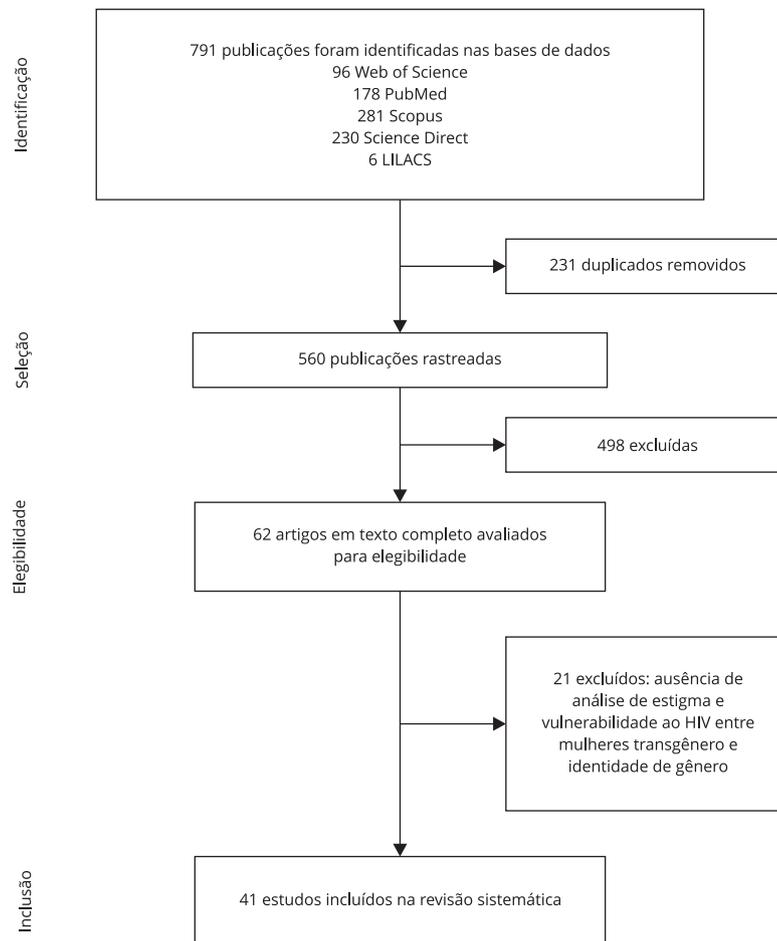
As variáveis relacionadas ao estigma e à discriminação foram construídas com base em itens de escalas não validadas para a população de mulheres transgênero, algumas inspiradas em escalas anteriores de discriminação racial⁴⁰, percepção de estigma entre HSH⁶ e homofobia^{8,9}, e outras foram criadas baseando-se em estudos anteriores com esta população ou valendo-se de revisão da literatura^{7,21,35,36,41}. Poucos estudos utilizaram apenas uma ou duas perguntas de percepção de discriminação^{37,39} e um não detalhou⁴². Entre os trabalhos que usaram itens para avaliar a discriminação ou o estigma, a maioria utilizou o coeficiente alfa de Cronbach para estimar o grau de confiabilidade do questionário^{6,8,9,40}, um utilizou o coeficiente de Kuder-Richardson⁴¹, um usou análise fatorial confirmatória⁹, um utilizou análise fatorial exploratória⁷ e outro, a análise de classes latentes²¹. Alguns não realizaram nenhuma dessas análises^{35,36,38}.

Técnicas e análise de dados nos estudos qualitativos

As técnicas de produção e análise de dados utilizadas nas pesquisas qualitativas foram variadas. As entrevistas (semiestruturada ou em profundidade) foram as mais empregadas^{44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56}, seguidas pela combinação de grupos focais com entrevistas^{15,57,58,59,60,61,62}. Predominou a utilização da análise temática como técnica de análise de dados qualitativos^{5,15,44,46,48,50,52,55,62,63,64,65} (Tabela 1).

Figura 1

Fluxograma para o processo sistemático de seleção dos artigos.



A avaliação do rigor metodológico, segundo os critérios CASP, foi classificada como B (moderado rigor metodológico) em quatro estudos ^{52,54,65,66}. A análise de dados não rigorosa, os procedimentos éticos em pesquisa não explicitados na metodologia do estudo e a ausência de explicitação da interação entre pesquisador e os participantes em campo formam os itens que pontuaram negativamente e contribuíram para o moderado rigor metodológico (Tabela 1).

Estigma, discriminação e vulnerabilidade ao HIV

Observou-se com base na revisão que o estigma produz discriminação e violência em diferentes níveis: estrutural, interpessoal e individual, que podem ter um papel no quadro de vulnerabilidade individual, social e programática das mulheres transgênero ao HIV (Figura 3).

Tabela 1

Características da produção de conhecimento em estudos qualitativos sobre a relação entre estigma, discriminação e vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/aids, 2004-2018.

Referência (ano)	País	Método/ Desenho do estudo	Abrangência do estudo	Objetivos	População estudada	Ano do estudo	Score CASP
Nemoto et al. ⁵ (2004)	Estados Unidos	Qualitativo/ Grupos focais	48 mulheres transgênero	Explorar o contexto social do uso de drogas e os comportamentos sexuais que colocam mulheres transgênero em risco para a infecção pelo HIV	Mulheres transgênero	1999-2000	9-A
Melendez & Pinto ⁴⁴ (2007)	Estados Unidos	Qualitativo/ Entrevista em profundidade	20 mulheres transgênero	Examinar como o estigma e a discriminação interagem com papéis de gênero para colocar as mulheres transgênero em uma posição de risco de infecção pelo HIV	Mulheres transgênero	2003	7-A
Koken et al. ⁴⁵ (2009)	Estados Unidos	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	20 mulheres transgênero	Explorar as experiências das mulheres transgênero com seus pais e familiares próximos e a relação com sua identidade de gênero	Mulheres transgênero negras	2007-2008	8-A
Infante et al. ¹² (2009)	México	Qualitativo/ Observação participante e entrevistas em profundidade	13 travestis, mulheres transgênero e mulheres transexuais profissionais do sexo	Descrever o contexto social em que vivem as/os trabalhadoras/es do sexo, focalizando suas identidades sexuais, práticas sexuais e vulnerabilidade ao HIV	Travestis, mulheres transgênero, mulheres transexuais e HSH profissionais do sexo	2006-2007	7-A
Estrada-Montoya & García-Becerra ⁴⁹ (2010)	Colômbia	Qualitativo/ Entrevista	18 mulheres transgênero	Identificar as formas mais representativas para representar e imaginar a sexualidade dentro da comunidade transgênero	Mulheres transgênero	Não informa	8-A
Chakrapani et al. ⁵⁷ (2011)	Índia	Qualitativo/ Grupos focais e entrevista	17 mulheres transgênero (<i>aravanis</i>)	Identificar e entender as barreiras no acesso gratuito aos antirretrovirais e aos centros de tratamento governamentais	Mulheres transgênero (<i>aravanis</i>) e HSH	2007	8-A
Wilson et al. ⁵⁰ (2011)	Nepal	Qualitativo/ Entrevista em profundidade	14 mulheres transgênero (<i>metis</i>)	Explorar o contexto social de estigma entre <i>metis</i> no Nepal para melhor entender o risco de infecção por HIV	Mulheres transgênero (<i>metis</i>)	Não informa	9-A
Logie et al. ⁶⁴ (2011)	Canadá	Qualitativo/ Grupos focais	21 mulheres transgênero	Entender as estratégias de estigma e enfrentamento entre mulheres vivendo com HIV	Mulheres transgênero com HIV, mulheres cis lésbicas e bissexuais	2009-2010	7-A

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência (ano)	País	Método/ Desenho do estudo	Abrangência do estudo	Objetivos	População estudada	Ano do estudo	Escore CASP
Beattie et al. ⁶⁶ (2012)	Índia	Qualitativo/ Grupos focais	6 mulheres transgênero (<i>hijras</i>)	Compreender as barreiras e identificar soluções para melhorar a utilização de serviços de HIV	Mulheres transgênero (<i>hijras</i>), mulheres cis profissionais do sexo e HSH (<i>kothis</i> e <i>double- deckers</i>)	2008	5-B
Cuadra-Hernández et al. ⁵¹ (2012)	México	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	26 entrevistas com mulheres transgênero, gays e outras populações chave (não específicas)	Analisar uma intervenção para diminuir o estigma	Mulheres transgênero, gays e outras populações chave	2009-2010	7-A
Logie et al. ⁶³ (2012)	Canadá	Qualitativo/ Grupos focais	16 mulheres transgênero	Explorar desafios da vida cotidiana e experiências de acesso a serviços de cuidado ao HIV entre mulheres LGBT que vivem com HIV	Mulheres transgênero, mulheres cis lésbicas, gays e bissexuais	2009-2010	8-A
Boyce et al. ⁵² (2012)	Guatemala	Qualitativo/ Entrevista	8 mulheres transgênero	Identificar barreiras para o acesso aos serviços de saúde sexual	Mulheres transgênero, HSH e outros	Não informa	5-B
Wilson et al. ⁵³ (2013)	Estados Unidos	Qualitativo/ Entrevista em profundidade	10 mulheres transgênero	Identificar barreiras e facilidades para o cuidado e suporte em serviços para mulheres transgênero afro- americanas	Mulheres transgênero afro- americanas que vivem com HIV	Não informa	9-A
Rhodes et al. ⁵⁸ (2014)	Guatemala	Qualitativo/ Grupos focais e entrevista em profundidade	20 mulheres transgênero	Explorar riscos para a saúde sexual e para a infecção pelo HIV	Mulheres transgênero, homens transexuais, gays e bissexuais	Não informa	9-A
Sevelius et al. ⁶² (2015)	Estados Unidos	Qualitativo/ Grupos focais e entrevista	58 mulheres transgênero	Examinar as barreiras e facilidades para o engajamento e retenção em serviços de cuidado ao HIV	Mulheres transgênero que vivem com HIV	Não informa	8- A
Remien et al. ⁶⁵ (2015)	Estados Unidos	Qualitativo/ Entrevista em profundidade	20 mulheres transgênero	Analisar as barreiras e facilidades para o envolvimento nos cuidados ao HIV	Mulheres transgênero que vivem com HIV	Não informa	4-A
Kaplan et al. ⁵⁶ (2015)	Líbano	Qualitativo/ Entrevista semiestruturada	10 mulheres transgênero	Investigar comportamentos de risco de mulheres transgênero	Mulheres transgênero	2011	6-A

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência (ano)	País	Método/ Desenho do estudo	Abrangência do estudo	Objetivos	População estudada	Ano do estudo	Score CASP
Palazzolo et al. ⁵⁴ (2016)	Estados Unidos	Qualitativo/ Entrevista em profundidade	8 mulheres transgênero	Explorar fatores contextuais que determinam ou mitigam a vulnerabilidade de mulheres transgênero latinas ao HIV	Mulheres transgênero latinas ou hispânicas	2013	5-B
Di Stefano et al. ⁶⁸ (2016)	Japão	Qualitativo/ Etnografia com observação participante, pesquisa documental e entrevistas em profundidade	3 mulheres transgênero	Identificar como o HIV se cruzou com outros problemas sociais e de saúde no Japão entre mulheres transgênero e HSH	Mulheres transgênero, HSH	Não informa	8-A
Pollock et al. ⁵⁵ (2016)	Peru	Qualitativo/ Entrevista	50 mulheres transgênero	Explorar a construção da identidade de gênero e os contextos pessoais e sociais de travestis para esclarecer o contexto social de vulnerabilidade ao HIV	Travestis	Não informa	9-A
Woodford et al. ⁵⁹ (2016)	Índia	Qualitativo/ Grupos focais e entrevista com informantes-chave	21 mulheres transgênero	Identificar barreiras e facilidades para o acesso à testagem de HIV entre comunidades em alto risco de infecção	Mulheres transgênero e outros	Não informa	6-A
Gibson et al. ⁴⁶ (2016)	Malásia	Qualitativo/ Entrevista	21 mulheres transgênero	Compreender como as identidades de trans profissionais do sexo influencia os padrões de utilização dos cuidados de saúde e comportamentos para redução de danos	Mulheres transgênero profissionais do sexo e outros	2013-2014	9-A
Barrington et al. ⁶⁹ (2016)	Guatemala	Qualitativo/ Entrevista	11 mulheres transgênero	Descrever fatores que determinam o momento do diagnóstico, o processo de ligação aos serviços e experiências de pessoas vivendo com HIV	Mulheres transgênero e outros	Não informa	9-A
Nemoto et al. ⁶¹ (2016)	Tailândia	Qualitativo/ Entrevista em profundidade e grupos focais	24 mulheres transgênero	Descrever o contexto sociocultural dos comportamentos de risco para o HIV, explorando características das práticas de trabalho sexual, apoio social e o papel do <i>karma</i>	Mulheres transgênero	2010-2011	9-A
Ganju & Saggurti ⁴⁸ (2017)	Índia	Qualitativo/ Entrevista	68 mulheres transgênero	Descrever experiências de estigma e violência, e explorar estratégias de enfrentamento	Mulheres transgênero	Não informa	7-A

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência (ano)	País	Método/ Desenho do estudo	Abrangência do estudo	Objetivos	População estudada	Ano do estudo	Score CASP
Li et al. ⁶⁰ (2017)	Índia	Qualitativo/ Entrevista em profundidade e grupos focais. Quantitativo/ Estudo transversal	11 hijras	Examinar as experiências de vitimização, assédio e violência entre HSH e <i>hijras</i> no estado de Maharashtra, especialmente após a reintegração do Código Penal Indiano (Seção 377)	HSH e <i>hijras</i> / mulheres transgênero	2013-2014	6-A
Perez-Brumer et al. ¹⁵ (2017)	Peru	Qualitativo/ Entrevista em profundidade e grupos focais	48 mulheres transgênero	Avaliar interseções entre marginalização social, multiníveis de estigma e vulnerabilidade ao HIV, bem como avaliar estratégias de resiliência comunitária empregadas pelas mulheres transgênero para acionar os apoios existentes e vincular as suas comunidades aos serviços de HIV	Mulheres transgênero	2015	9-A

CASP: *Critical Appraisal Skills Programme*; HSH: homens que fazem sexo com homens.

Estigma estrutural

O estigma estrutural promove um contexto social completamente desfavorável às mulheres transgênero por meio da transfobia e discriminação ^{5,42,44,55,56,63,64}. Em alguns países, principalmente naqueles com forte tradição religiosa, a transexualidade e a homossexualidade ainda são legalmente criminalizadas, como exemplificado em dois estudos: um conduzido na Malásia ⁴⁶ e outro na Índia ⁶⁰. Na Índia, a seção 377 do Código Penal indiano, conhecida como “Lei da Sodomia”, que criminaliza pessoas que fazem sexo com penetração não vaginal, foi reativada pela suprema corte em 2013, mas revogada em setembro de 2018 ^{60,67}. Nesse país, o casamento e a procriação, considerados critérios-chave para alcançar o respeito e a normatização heterossexual, parecem justificar o estigma e a violência contra grupos que não se conformam às identidades de gênero hegemônicas ⁴⁸. No Líbano, o encarceramento policial por conta da identidade ou expressão de gênero também tem sido relatado ³⁸.

Mesmo em países liberais do ponto de vista legal como: os Estados Unidos ^{41,44,53,54}, o México ⁵¹, o Japão ⁶⁸ e o Brasil ⁴², as mulheres transgênero ainda sofrem discriminação em espaços públicos, e possuem muita dificuldade em readequar o nome em consonância com a sua identidade de gênero ^{12,54,63}.

O estigma familiar e social foi encontrado associado ao trabalho sexual ⁷. E também reportado como uma barreira importante para o acesso das mulheres transgênero à escolaridade ^{43,51,56} e ao emprego formal ^{5,12,43,46,56,63}, que as direciona muitas vezes a uma situação de marginalização socioeconômica ^{36,61,69} e entrada no mercado do trabalho sexual ^{43,46,56}.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, diversos trabalhos têm documentado que o estigma e a discriminação podem representar severas barreiras para as mulheres transgênero ^{12,39,43,46,48,53,54,57,58,59,62,63,64,66,69,70}. Muitas delas evitam a ida aos serviços de saúde por antecipar a discriminação ^{59,65} e outras têm o acesso negado mesmo em serviços públicos ^{46,52}. Estudos que analisam o uso do sistema público de saúde em alguns países indicam que elas preferem rejeitar este cuidado e pagar por serviços privados ou se automedicar, por conta do estigma ^{43,48,49}. A ausência de acesso a hormônios ^{12,46,54} e procedimentos cirúrgicos para a modificação corporal e adequação de gênero ⁴⁹ também é identificada na literatura como barreira para uma vida saudável.

Tabela 2

Características da produção de conhecimento em estudos quantitativos sobre a relação entre estigma, discriminação e vulnerabilidade de mulheres transgênero ao HIV/AIDS, 2005-2018.

Referência (ano)	País	Método/ Desenho do estudo	Abrangência do estudo	Objetivos	População estudada	Ano de realização do estudo	Risco de viés
Bockting et al. ⁴¹ (2005)	Estados Unidos	Quantitativo/ Estudo de intervenção	181 mulheres transgênero	Apresentar relatório sobre a implementação e avaliação do seminário <i>All Gender Health</i> e mostrar dados sobre medidas importantes de saúde sexual que podem ajudar a aumentar a compreensão do contexto de risco de mulheres transgênero ao HIV/IST	Mulheres transgênero	1998-2002	Alto
Sugano et al. ⁸ (2006)	Estados Unidos	Quantitativo/ Estudo transversal	332 mulheres transgênero negras	Examinar a relação entre a exposição à transfobia e o risco de se envolver em relações anais receptivas desprotegidas	Mulheres transgênero negras	Não informa	Alto
Sanchez et al. ⁶ (2010)	Estados Unidos	Quantitativo/ Estudo transversal	60 mulheres transgênero	Comparar características individuais e comportamentos de risco entre HSH e mulheres transgênero na comunidade de <i>House Ball</i> em Nova Iorque	Mulheres transgênero e HSH	2004	Baixo
Operario et al. ⁴⁰ (2011)	Estados Unidos	Quantitativo/ Estudo transversal	174 mulheres transgênero	Identificar fatores associados ao sexo anal desprotegido com parceiro sexual primário	Mulheres transgênero	Não informa	Alto
Newman et al. ³⁹ (2012)	Tailândia	Quantitativo/ Estudo transversal	41 mulheres transgênero	Examinar e comparar comportamentos sexuais de risco e dados demográficos	Mulheres transgênero e HSH	Não informa	Alto
Martins et al. ⁴² (2013)	Brasil	Quantitativo/ Estudo transversal	304 travestis	Descrever o perfil sociodemográfico e comportamentos de risco para HIV	Travestis	2008	Moderado
Boivin ⁴³ (2014)	México	Quantitativo e Qualitativo	150 transgênero, travestis e mulheres transexuais	Descrever as formas, os atores, os lugares de discriminação e o estigma sofridos em várias regiões metropolitanas do México	Mulheres transgênero, travestis, transgêneros, lésbicas, bissexuais e gays	2011	NA
Kaplan et al. ³⁸ (2016)	Líbano	Quantitativo/ Estudo transversal	53 mulheres transgênero	Mensurar e interpretar determinantes demográficos, prevalência de HIV e comportamentos de risco	Mulheres transgênero	2012	Moderado

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência (ano)	País	Método/ Desenho do estudo	Abrangência do estudo	Objetivos	População estudada	Ano de realização do estudo	Risco de viés
Logie et al. ⁹ (2016)	Jamaica	Quantitativo/ Estudo transversal	137 mulheres transgênero	Examinar fatores associados à infecção pelo HIV e testagem para HIV	Mulheres transgênero	2015	Baixo
Stahlman et al. ⁷ (2016)	Costa do Marfim, Togo e Burkina Faso	Quantitativo/ Estudo transversal	453 mulheres transgênero	Analisar os fatores que influenciam comportamentos sexuais arriscados e a infecção pelo HIV	Mulheres transgênero e HSH	2012-2015	Baixo
Pinheiro-Júnior et al. ³⁷ (2016)	Brasil	Quantitativo/ Estudo transversal	304 mulheres trans	Identificar os fatores de risco associados à resistência ao teste anti-HIV	Mulheres trans	2008	Alto
Rood et al. ³⁵ (2018)	Estados Unidos	Quantitativo/ Estudo transversal	61 mulheres transgênero	Avaliar a associação entre estressores distais e proximais ao risco sexual e aos comportamentos de testagem para HIV	Pessoas transgênero em geral (homens e mulheres)	2014-2015	Alto
Magno et al. ²¹ (2018)	Brasil	Qualitativo/ Entrevistas em profundidade e Quantitativo/ Estudo transversal	127 travestis e mulheres transexuais	Verificar a associação entre discriminação baseada no gênero e sexo anal receptivo desprotegido com parceiros sexuais estáveis e explorar as experiências de discriminação	Travestis e mulheres transexuais	2014-2016	Baixo

HSH: homens que fazem sexo com homens; IST: infecções sexualmente transmissíveis; NA: não aplicável.

O estigma e a discriminação também promovem barreiras no acesso aos serviços de cuidado e prevenção de HIV/aids, fazendo com que muitas mulheres transgênero evitem os serviços públicos de saúde por conta de experiências anteriores de discriminação e de maus-tratos ⁴⁶. Nessa perspectiva, muitos estudos relatam as dificuldades das mulheres transgênero no acesso a serviços de testagem e aconselhamento de HIV ^{46,59}, falta de acesso às informações de prevenção ^{58,63}, falta de confidencialidade dos resultados dos testes de HIV em serviços públicos de saúde ^{12,46} e pouco acesso ao preservativo ⁵⁶. A autopercepção de discriminação foi associada no Brasil com a resistência à testagem para HIV ^{37,61}. E mesmo aquelas já testadas para HIV enfrentaram mais estigma ao acessar os serviços de testagem e manejo do HIV, quando comparadas àquelas que nunca foram testadas. A estigmatização também pode dificultar a retenção das mulheres transgênero nos serviços de cuidado ao HIV ^{9,69}.

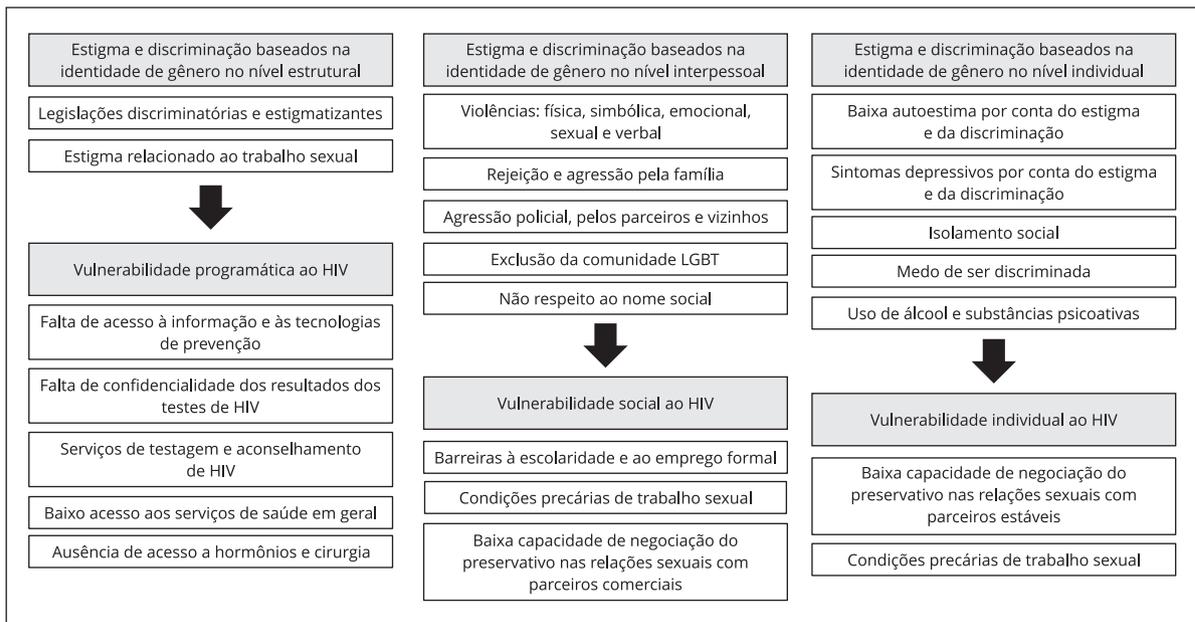
Estigma interpessoal

A experiência das mulheres transgênero tem sido marcada por um contexto de violência e exclusão social em várias regiões do mundo. As violências física ^{9,12,38,41,43,44,45,48,49,55,56,58}, verbal ^{12,41,43,44,45,48,55,56}, simbólica ^{43,45,64}, emocional ¹² e sexual ^{9,36,38,41,48,50,53,54,56,63,66,68} têm sido vastamente documentadas. Além disso, assassinatos de mulheres transgênero em vias públicas são documentados na literatura como efeito do estigma ⁴³.

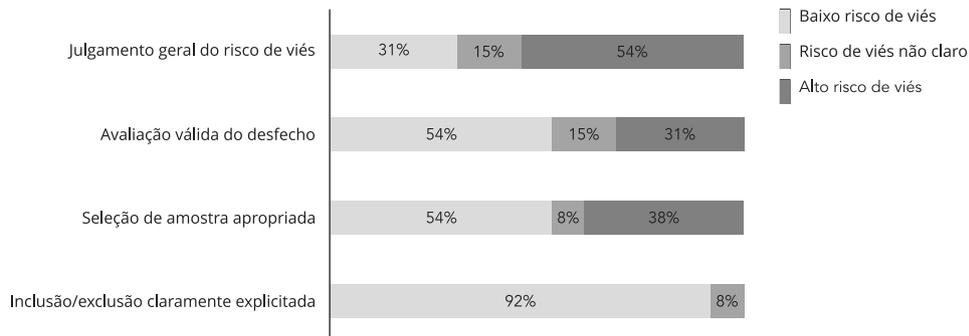
A experiência de exclusão e violência geralmente inicia no seio da família por meio da rejeição familiar ^{12,36,38,43,45,48,49,50,55,56,57,58,61,63,65,66}, agressão física e sexual por membros da família ^{55,68}, e expulsão de casa ^{45,48,56,58}, fazendo com que algumas delas terminem morando nas ruas ^{36,48}. Os abusos físico e sexual têm sido relatados como fatores associados ao risco de HIV entre mulheres transgênero ⁹.

Figura 2

Estigma e discriminação baseados na identidade de gênero e a vulnerabilidade individual, social e pragmática das mulheres transgênero ao HIV.

**Figura 3**

Sumarização do risco de viés para os estudos quantitativos selecionados.



A exclusão social vivenciada por conta do contexto de estigma pode provocar intenso deslocamento geográfico ⁵⁴ e o ingresso no trabalho sexual ^{5,48,50,51,53,54,56,57,58,62,63}. O trabalho sexual em condições precárias e a troca de sexo desprotegido por mais dinheiro são relatados na literatura como uma das motivações para o sexo anal desprotegido ⁵⁶.

Essas experiências também se estendem a outras relações interpessoais ao longo da vida de mulheres transgênero, como, por exemplo, a exclusão da comunidade de gays ^{12,63,68}, a rejeição de amigos ⁶³, a agressão de parceiros ^{48,55,62}, a agressão policial ^{12,43,48,55,59} e a agressão por parte de vizinhos ⁵⁵.

A experiência de discriminação relacionada ao gênero tem sido associada a comportamentos sexuais de risco para a infecção pelo HIV nessa população ³⁵, tais como o sexo anal receptivo desprotegido ^{8,21}. Além disso, muitos estudos relatam a discriminação das mulheres transgênero por profissionais de serviços de saúde ^{15,39,43,46,48,52,53,57,58,59,62,63,64,66}, que geralmente não utilizam o nome social feminino ^{4,37,51,55,57,59,62} ou o pronome feminino ¹⁵ e as deixam esperar por longos períodos pelo atendimento ^{43,52}.

Estigma individual

A conjunção do estigma interpessoal e estrutural pode provocar diversos desfechos negativos na vida das mulheres transgênero, como, por exemplo, o isolamento social ^{48,65} e o medo da discriminação ^{44,52,53,57,59,62,64,66}. A expectativa de rejeição relacionada ao gênero foi associada a comportamentos sexuais de risco para infecção pelo HIV ³⁵.

As experiências de discriminação são relatadas como elementos importantes para a internalização do estigma, o que pode provocar uma diversidade de estresse psicossocial ⁴⁸, como a baixa autoestima ^{48,56,68}, e comprometer a saúde mental com ocorrência de depressão ^{6,41,46,58,68}, ideação suicida ^{48,56} e tentativa de suicídio ^{41,46,56}.

O uso de álcool ^{9,41,57,58,62,68} e outras drogas ^{5,9,41,58,62} é relatado em contextos em que mulheres transgênero vivenciam altos níveis de discriminação. E o uso dessas substâncias antes das relações sexuais ⁹, como uma prática que aumenta o risco de infecção pelo HIV, principalmente por meio do sexo anal desprotegido ^{6,40,46}.

O estigma e a discriminação são identificados como fatores que podem influenciar a vulnerabilidade ao HIV. Um estudo mostrou que o estigma relacionado à identidade transgênero foi maior entre as mulheres transgênero vivendo com HIV do que entre as não infectadas ⁹. A relação entre estigma, discriminação e infecção pelo HIV pode ser explicada pela baixa capacidade de negociação do preservativo e o consequente sexo anal desprotegido ^{5,6,12,21,48}. Além disso, baixa autoestima e depressão, provocadas pela intensa estigmatização das identidades transgênero, têm sido relatadas como importantes motivos para o sexo desprotegido ⁵⁶.

Alguns trabalhos sugerem que o sexo anal desprotegido é praticado para a validação do status feminino diante do parceiro homem ^{5,46}, principalmente quando se trata de parceiros fixos, como namorados ou maridos ²¹. Um estudo qualitativo na Colômbia mostrou que apesar de as mulheres transgênero falarem que usam preservativo em todas as relações, o sexo desprotegido significava realização e sucesso diante de seus parceiros estáveis ou maridos. Nesse contexto, o risco seria ainda maior nas relações estáveis, por conta do papel sexual “ativo” (sexo anal insertivo) desempenhado pelo parceiro, muitas vezes idealizado por algumas das mulheres transgênero naquele país ⁴⁹.

Discussão

O exame dos artigos analisados permite destacar que o estigma relacionado à identidade de gênero, bem como a discriminação, a violência e a transfobia, têm sido apontados como elementos estruturantes da vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero. O estigma e a discriminação foram observados em todos os lugares em que as pesquisas foram realizadas, tanto nos países de média e baixa rendas quanto nos países de alta renda. Apesar desse quadro, alguns trabalhos documentaram formas de resistência das mulheres transgênero por meio do ativismo social, participação em grupos de apoio e resiliência ^{48,56,70}.

Na última década, a produção científica sobre o estigma e discriminação cresceu de maneira exponencial, englobando diversas áreas de investigação, tornando-se cada vez mais específica e complexa³¹. No que diz respeito às abordagens metodológicas dos estudos encontrados, percebe-se que a maioria foi de abordagem qualitativa. Uma hipótese plausível para esse fato é a complexidade de operacionalização do conceito de estigma em estudos quantitativos, em função da diversidade de definições de estigma. Os estudos quantitativos aqui revisados tentaram resolver esse problema usando: escores de variáveis relacionadas à discriminação pela identidade de gênero (no trabalho, nos serviços de saúde, dificuldade em conseguir habitação)^{8,36}, por análise fatorial⁷ ou por análise de classes latentes por intermédio da inclusão de variáveis específicas de discriminação (na família, com amigos, com vizinhos, nos serviços de saúde, agressão verbal), pela adaptação de escalas direcionadas à aferição de homofobia⁹ ou diretamente pela autopercepção de discriminação³⁷.

Os estudos com abordagem quantitativa foram marcados pela ênfase na relação entre experiências de estigmatização e risco para infecção pelo HIV. Vale a pena lembrar que as compreensões iniciais a respeito da epidemia de aids (1981-1984) foram marcadas principalmente pelo enfoque biomédico, epidemiológico e comportamentalista²⁶, o que promoveu a identificação e estigmatização de subgrupos populacionais que apresentavam uma maior probabilidade de ter pessoas com a doença, em comparação com a população em geral⁷¹. Todavia, os estudos epidemiológicos aqui revisados parecem ir além de uma relação meramente comportamental, pois, ao partir de uma reflexão em torno do conceito de estigma, colocam em xeque questões estruturais e relacionais que afetam dimensões analíticas do conceito de vulnerabilidade, fazendo um deslocamento das questões exclusivamente individuais, tais como comportamentos, atitudes e práticas de risco, para a atenção aos aspectos sociais²⁶.

Os estudos qualitativos de cunho sociocultural destacaram-se por trazer contribuições significativas à análise do estigma e da vulnerabilidade ao HIV, pois não se restringiram à dimensão dos comportamentos individuais, mas ampliaram o leque analítico para questões relacionadas aos processos de rotulagem, distinção e exclusão, que promovem a sustentação do estigma como atributo profundamente depreciativo. Além disso, baseando-se em análise de narrativas e relações sociais cotidianas esses estudos puderam relacionar o processo de estigmatização à vulnerabilidade social e programática de mulheres transgênero ao HIV.

Segundo Link & Phelan⁷², o estigma existe quando um conjunto de componentes inter-relacionados converge. O primeiro deles se refere ao fato de que as pessoas distinguem e rotulam as diferenças humanas por meio de uma substancial simplificação das diferenças, como se não houvesse uma gradação entre as diversas categorias. Nesse sentido, geralmente o dualismo entre as categorias prevalece: cis/trans, gay/hetero, negro/branco etc. Uma importante característica desse componente é que os atributos considerados proeminentes diferem drasticamente de acordo com o tempo e o lugar. O segundo componente envolve a associação das diferenças humanas – que são rotuladas – com características negativas; a conexão entre estas duas propriedades conforma o que os autores denominam de estereótipo. O terceiro componente do estigma ocorre quando os rótulos sociais promovem a separação entre duas categorias de pessoas: “nós” e “eles”.

Desse modo, observamos que a estigmatização das mulheres transgênero produz discriminação, que se materializa pela exclusão social e das mais variadas formas de violência. Os efeitos do estigma podem estar relacionados com desfechos psiquiátricos (como ideias suicidas e depressão) e uso de substâncias psicoativas. Além disso, a exclusão social pode estar relacionada com a baixa escolaridade e com as barreiras no acesso ao mercado de trabalho, que, por sua vez, podem influenciar a entrada dessas pessoas no mercado sexual e a adoção de comportamentos arriscados, como, por exemplo, o uso de substâncias injetáveis sem orientações médicas e o sexo anal desprotegido com parceiros sexuais fixos, casuais ou clientes.

Verificamos também que, no nível individual, as mulheres transgênero enfrentam um grande isolamento social, agravado pelo medo da rejeição e pelo desconforto ou insegurança vivenciada nos espaços públicos, produzindo altos níveis de depressão e suicídio, como observado em outros estudos^{4,73,74}. O uso de substâncias psicoativas também está muito relacionado aos comportamentos de risco para a infecção pelo HIV^{1,75}. Um estudo realizado em Nova Iorque, Estados Unidos, produziu fortes evidências de que a discriminação baseada no gênero, entre as jovens

mulheres transgênero, aumentava o risco de depressão e de comportamentos sexuais arriscados, os quais, por sua vez, elevavam a probabilidade de infecção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis ⁷⁴.

No nível estrutural, os trabalhos mostram que o estigma, por intermédio da discriminação, pode afetar o acesso das mulheres transgênero aos serviços de saúde, bem como aos serviços de testagem e cuidado ao HIV/aids, fato que é corroborado por outros estudos que não focam especificamente na relação HIV e estigma ^{76,77}. Na Argentina, um estudo realizado observou que 40,7% das mulheres transgênero relataram evitar o uso dos serviços de saúde por causa de sua identidade de gênero. Esse estudo verificou que fatores relacionados ao processo de estigmatização estavam associados com esse fenômeno, como, por exemplo, o relato de ter tido experiência de discriminação no serviço de saúde por parte dos profissionais ou por outros pacientes, e ter sido agredida pela polícia ⁷⁸.

A diversidade de medidas de estigma e de discriminação nos estudos quantitativos pode dificultar a produção de futuras metanálises acerca do impacto do estigma sobre o risco de infecção pelo HIV. Outra questão importante é a diversidade de uso do conceito de estigma e de discriminação nesse campo de estudos. Desse modo, sugerimos a construção, padronização e validação de escalas que meçam o estigma, em suas diversas faces (individual, interpessoal e estrutural), e a discriminação (como ação ou efeito do estigma) em estudos quantitativos. Já no que diz respeito aos estudos qualitativos, observamos que esta metodologia pode melhor se adequar para análises que pretendam abordar a relação entre as categorias de estigma, discriminação e a vulnerabilidade ao HIV. Para os estudos quantitativos, deve-se também considerar os processos de amostragem, tendo em vista que a seleção por procedimentos não propabilísticos constitui um dos elementos responsáveis pelo risco de viés elevado dentre os trabalhos analisados. Portanto, sugerimos que em estudos futuros sobre a temática, o tamanho da amostra e a seleção dos participantes devam ser adequados para a comparação entre os grupos e controle de confundimentos.

Nos estudos qualitativos, o aprofundamento e o rigor analítico são procedimentos que apresentaram limitações nos trabalhos analisados. Nas pesquisas qualitativas, sugerimos o maior aprofundamento analítico e adoção de diferentes métodos de compreensão do estigma e da vulnerabilidade, a exemplo da triangulação de métodos.

Este estudo apresenta limitações. A primeira refere-se a não realização de metanálise com dados dos estudos quantitativos, tendo em vista a heterogeneidade das variáveis utilizadas nos mesmos. Além disso, há a dificuldade em sintetizar os resultados de trabalhos com diferentes abordagens metodológicas, haja vista que a maioria das diretrizes de condução de revisão sistemática não considera a integração de estudos qualitativos e quantitativos em um mesmo trabalho. Esta revisão não incluiu também a totalidade da literatura cinzenta proveniente de um conjunto relevante de produção científica de organismos internacionais publicado virtualmente, fora da abrangência dos periódicos científicos com revisão por pares. Apesar de tais limitações, adotamos os procedimentos metodológicos consistentes, realizados por revisores independentes, e avaliamos os estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade, no intuito de reduzir a possibilidade de viés na presente revisão.

Por intermédio deste estudo, observamos que o estigma e a discriminação estão relacionados de diversas maneiras à vulnerabilidade – individual, social ou programática – ao HIV/aids. Faz-se necessário entender como o estigma e a discriminação são operados na sociedade para produzir e reproduzir iniquidades sociais e de saúde. A compreensão da história do estigma e de suas consequências para os indivíduos e comunidades afetadas, como a discriminação, pode nos ajudar a desenvolver melhor medidas para combatê-lo ou reduzir os seus efeitos ⁷⁹. Desse modo, sugere-se que ações de saúde e de prevenção ao HIV não se limitem aos aspectos comportamentais e de práticas de risco, mas que avancem na promoção de uma cultura de não-discriminação e respeito às diferenças de gênero.

Colaboradores

L. Magno participou da concepção do artigo, revisão sistemática da literatura, análise, escrita e revisão final do manuscrito. L. A. V. Silva colaborou na concepção do artigo, escrita e revisão da versão final. M. A. Veras participou da revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final. M. Pereira-Santos contribuiu na coleta de dados e revisão final do manuscrito. I. Dourado participou da concepção da pesquisa, escrita e revisão final do manuscrito.

Informações adicionais

ORCID: Laio Magno (0000-0003-3752-0782); Luis Augusto Vasconcelos da Silva (0000-0003-0742-9902); Maria Amélia Veras (0000-0002-1159-5762); Marcos Pereira-Santos (0000-0003-3766-2502); Ines Dourado (0000-0003-1675-2146).

Agradecimentos

Agradecemos aos pesquisadores que trabalharam no *Estudo PopTrans*: Lucília Nascimento, Fabiane Soares, Vanessa Barros, Ailton Jesus da Silva, Ana Lucia Vilela e Munyra Araújo; ao bolsista de iniciação científica Fábio Alves que contribuiu na coleta de dados; à Associação de Travestis e Transexuais de Salvador; ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais; e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa de doutorado ao autor L. Magno (nº #1031340).

Referências

1. Grinsztejn B, Jalil EM, Monteiro L, Velasque L, Moreira RI, Garcia ACF, et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet HIV* 2017; 4:e169-76.
2. 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. *Lancet Infect Dis* 2013; 13:214-22.
3. Poteat T, Wirtz AL, Radix A, Borquez A, Silva-Santisteban A, Deutsch MB, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet* 2014; 385:274-86.
4. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav* 2008; 12:1-17.
5. Nemoto T, Operario D, Keatley J, Villegas D. Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. *AIDS Care* 2004; 16:724-35.
6. Sanchez T, Finlayson T, Murrill C, Guilin V, Dean L. Risk behaviors and psychosocial stressors in the New York City house ball community: a comparison of men and transgender women who have sex with men. *AIDS Behav* 2010; 14:351-8.
7. Stahlman S, Liestman B, Ketende S, Kouanda S, Ky-Zerbo O, Lougue M, et al. Characterizing the HIV risks and potential pathways to HIV infection among transgender women in Cote d'Ivoire, Togo and Burkina Faso. *J Int AIDS Soc* 2016; 19(3 Suppl 2):20774.
8. Sugano E, Nemoto T, Operario D. The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco. *AIDS Behav* 2006; 10:217-25.
9. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Wang Y, Jones N, Levermore K, Neil A, et al. Prevalence and correlates of HIV infection and HIV testing among transgender women in Jamaica. *AIDS Patient Care STDS* 2016; 30:416-24.
10. Magno L, Dourado I, Silva LAV. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00135917.
11. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 2016.
12. Infante C, Sosa-Rubi SG, Cuadra SM. Sex work in Mexico: vulnerability of male, travesti, transgender and transsexual sex workers. *Cult Health Sex* 2009; 11:125-37.
13. Poteat T, Ackerman B, Diouf D, Ceesay N, Mothopeng T, Odette K, et al. HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: a cross-sectional analysis. *PLoS Med* 2017; 14:e1002422.

14. White-Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med* 2015; 147:222-31.
15. Perez-Brumer AG, Reisner SL, McLean SA, Silva-Santisteban A, Huerta L, Mayer KH, et al. Leveraging social capital: multilevel stigma, associated HIV vulnerabilities, and social resilience strategies among transgender women in Lima, Peru. *J Int AIDS Soc* 2017; 20:21462.
16. Aggleton P, Parker R. Moving beyond biomedicalization in the HIV response: implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. *Am J Public Health* 2015; 105:e1-7.
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Prisma G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the Prisma Statement (Reprinted from *Annals of Internal Medicine*). *Phys Ther* 2009; 89:873-80.
18. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis (Rio J.)* 2009; 19:43-63.
19. Arán M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis (Rio J.)* 2009; 19:15-41.
20. Dourado I, Silva LAV, Magno L, Lopes M, Cerqueira C, Prates A, et al. Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. *Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00180415.
21. Magno L, Dourado I, Silva LAV, Brignol S, Amorim L, MacCarthy S. Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: a mixed methods study. *PLoS One* 2018; 13:e0194306.
22. Viswanathan M, Berkman ND. Development of the RTI item bank on risk of bias and precision of observational studies. *J Clin Epidemiol* 2012; 65:163-78.
23. Critical Appraisal Skills Programme (CASP): making sense of evidence. London: Public Health Resource Unit, University of Oxford; 2006.
24. Espíndola CR, Blay SL. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:707-16.
25. Ayres JR, Paiva V, França Jr. I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Livro I – da doença à cidadania. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.*
26. Mann J, Tarantola D. *AIDS in the World II: global dimensions, social roots, and responses: the global AIDS policy coalition.* New York: Oxford University Press; 1996.
27. Ayres JRDCM, Paiva V, França Jr. I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health* 2006; 96:1001-6.
28. Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12:319-24.
29. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade manipulada.* 4ª Ed. Rio de Janeiro: LTC; 2013.
30. Hatzenbuehler ML, Link BG. Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Soc Sci Med* 2014; 103:1-6.
31. Pescosolido BA, Martin JK. The stigma complex. *Annu Rev Sociol* 2015; 41:87-116.
32. Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor CJ. Stigma, status, and population health. *Soc Sci Med* 2014; 103:15-23.
33. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med* 2008; 67:358-67.
34. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research.* New York: Springer; 2007.
35. Rood BA, Kochaver JJ, McConnell EA, Ott MQ, Pantalone DW. Minority stressors associated with sexual risk behaviors and HIV testing in a U.S. sample of transgender individuals. *AIDS Behav* 2018; 22:3111-6.
36. Salazar LF, Crosby RA, Jones J, Kota K, Hill B, Masyn KE. Contextual, experiential, and behavioral risk factors associated with HIV status: a descriptive analysis of transgender women residing in Atlanta, Georgia. *Int J STD AIDS* 2017; 28:1059-66.
37. Pinheiro-Júnior FML, Kendall C, Martins TA, Mota RMS, Macena RHM, Glick J, et al. Risk factors associated with resistance to HIV testing among transwomen in Brazil. *AIDS Care* 2016; 28:92-7.
38. Kaplan RL, McGowan J, Wagner GJ. HIV prevalence and demographic determinants of condomless receptive anal intercourse among trans feminine individuals in Beirut, Lebanon. *J Int AIDS Soc* 2016; 19(3 Suppl 2):20787.
39. Newman PA, Lee S-J, Rongprakhon S, Tepjan S. Demographic and behavioral correlates of HIV risk among men and transgender women recruited from gay entertainment venues and community-based organizations in Thailand: implications for HIV prevention. *Prev Sci* 2012; 13:483-92.
40. Operario D, Nemoto T, Iwamoto M, Moore T. Unprotected sexual behavior and HIV risk in the context of primary partnerships for transgender women. *AIDS Behav* 2011; 15:674-82.
41. Bockting WO, Robinson BE, Forberg J, Scheltema K. Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risk in the transgender community. *AIDS Care* 2005; 17:289-303.

42. Martins TA, Kerr LRFS, Macena RHM, 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; 25:606-12.
43. Boivin RR. "Se podrían evitar muchas muertes": discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. *Sex Salud y Soc (Rio J.)* 2014; (16):86-120.
44. Melendez RM, Pinto R. "It's really a hard life": love, gender and HIV risk among male-to-female transgender persons. *Cult Health Sex* 2007; 9:233-45.
45. Koken JA, Bimbi DS, Parsons JT. Experiences of familial acceptance-rejection among transwomen of color. *J Fam Psychol* 2009; 23:853-60.
46. Gibson BA, Brown S-E, Rutledge R, Wickersham JA, Kamarulzaman A, Altice FL. Gender identity, healthcare access, and risk reduction among Malaysia's mak nyah community. *Glob Public Health* 2016; 11:1010-25.
47. Barrington C, Acevedo R, Donastorg Y, Perez M, Kerrigan D. "HIV and work don't go together": employment as a social determinant of HIV outcomes among men who have sex with men and transgender women in the Dominican Republic. *Glob Public Health* 2017; 12:1506-21.
48. Ganju D, Saggurti N. Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Cult Health Sex* 2017; 19:903-17.
49. Estrada-Montoya JH, García-Becerra A. Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2010; 9:90-102.
50. Wilson E, Pant SB, Comfort M, Ekstrand M. Stigma and HIV risk among Metis in Nepal. *Cult Health Sex* 2011; 13:253-66.
51. Cuadra-Hernández SM, Zarco-Mera A, Infante-Xibillé C, Caballero-García M. La organización de las poblaciones clave ligadas a la transmisión del VIH: una intervención para abatir el estigma; México, 2005-2009. *Salud Colect* 2012; 8:191-204.
52. Boyce S, Barrington C, Bolanos JH, Arandi CG, Paz-Bailey G. Facilitating access to sexual health services for men who have sex with men (MSM) and transgender persons in Guatemala city. *Sex Transm Infect* 2012; 14:313-27.
53. Wilson EC, Arayasirikul S, Johnson K. Access to HIV care and support services for african american transwomen living with HIV. *Int J Transgend* 2013; 14:182-95.
54. Palazzolo SL, Yamanis TJ, De Jesus M, Maguire-Marshall M, Barker SL. Documentation status as a contextual determinant of HIV risk among young transgender Latinas. *LGBT Health* 2016; 3:132-8.
55. Pollock L, Silva-Santisteban A, Sevelius J, Salazar X. "You should build yourself up as a whole product": transgender female identity in Lima, Peru. *Glob Public Health* 2016; 11:981-93.
56. Kaplan RL, Wagner GJ, Nehme S, Aunon F, Khouri D, Mokhbat J. Forms of safety and their impact on health: an exploration of HIV/AIDS-related risk and resilience among trans women in Lebanon. *Health Care Women Int* 2015; 36:917-35.
57. Chakrapani V, Newman PA, Shunmugama M, Dubrow R. Barriers to free antiretroviral treatment access among kothi-identified men who have sex with men and aravanis (transgender women) in Chennai, India. *AIDS Care* 2011; 23:1687-94.
58. Rhodes SD, Alonzo J, Mann L, Downs M, Andrade M, Wilks C, et al. The ecology of sexual health of sexual minorities in Guatemala City. *Health Promot Int* 2015; 30:832-42.
59. Woodford MR, Chakrapani V, Newman PA, Shunmugam M. Barriers and facilitators to voluntary HIV testing uptake among communities at high risk of HIV exposure in Chennai, India. *Glob Public Health* 2016; 11:363-79.
60. Li DH, Rawat S, Rhoton J, Patankar P, Ekstrand ML, Rosser BRS, et al. Harassment and violence among men who have sex with men (MSM) and hijras after reinstatement of India's "Sodomy Law". *Sex Res Soc Policy* 2017; 14:324-30.
61. Nemoto T, Cruz T, Iwamoto M, Trocki K, Perngparn U, Areesantichai C, et al. Examining the sociocultural context of HIV-related risk behaviors among kathoey (male-to-female transgender women) sex workers in Bangkok, Thailand. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2016; 27:153-65.
62. Sevelius JM, Patouhas E, Keatley JG, Mallory OJ. Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Ann Behav Med* 2014; 47:5-16.
63. Logie CH, James LL, Tharao W, Loutfy MR. "We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *J Int AIDS Soc* 2012; 15:17392.
64. Logie CH, James L, Tharao W, Loutfy MR. HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: A qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada. *PLoS Med* 2011; 8:e1001124.
65. Remien RH, Bauman LJ, Mantell JE, Tsoi B, Lopez-Rios J, Chhabra R, et al. Barriers and facilitators to engagement of vulnerable populations in HIV primary care in New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015; 69 Suppl 1:S16-24.

66. Beattie TSH, Bhattacharjee P, Suresh M, Isac S, Ramesh BM, Moses S. Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66 Suppl 2:ii42-8.
67. Safi M. Campaigners celebrate as India decriminalises homosexuality. *The Guardian* 2018; 6 sep. <https://www.theguardian.com/world/2018/sep/06/indian-supreme-court-decriminalises-homosexuality>.
68. Di Stefano AS. HIV's syndemic links with mental health, substance use, and violence in an environment of stigma and disparities in Japan. *Qual Health Res* 2016; 26:877-94.
69. Barrington C, Knudston K, Alicia O, Bailey P, Aguilar JM, Loya-Montiel MI, et al. HIV diagnosis, linkage to care, and retention among men who have sex with men and transgender women in Guatemala City. *J Health Care Poor Underserved* 2016; 27:1745-60.
70. Reisner SL, Perez-Brumer AG, McLean SA, Lama JR, Silva-Santisteban A, Huerta L, et al. Perceived barriers and facilitators to integrating HIV prevention and treatment with cross-sex hormone therapy for transgender women in Lima, Peru. *AIDS Behav* 2017; 21:3299-311.
71. Ayres JR, França Jr. I, Calazans GJ, Salletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, editores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-40.
72. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27:363-85.
73. Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted suicide among transgender persons. *J Homosex* 2006; 51:53-69.
74. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, et al. Gender abuse, depressive symptoms, and HIV and other sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons: a three-year prospective study. *Am J Public Health* 2013; 103:300-7.
75. Clements-Nolle K, Guzman R, Harris SG. Sex trade in a male-to-female transgender population: psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sex Health* 2008; 5:49-54.
76. Tagliamento G, Paiva V. Trans-specific health care: challenges in the context of new policies for transgender people. *J Homosex* 2016; 63:1556-72.
77. Cerqueira-Santos E, Calvetti PU, Rocha KB, Moura A, Barbosa LH, Hermel J. Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde. *Interam J Psychol* 2010; 44:235-45.
78. Socias ME, Marshall BDL, Aristegui I, Romero M, Cahn P, Kerr T, et al. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health* 2014; 13:81.
79. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 2003; 57:13-24.

Abstract

HIV prevalence among transgender women is disproportional when compared to the general population in various countries. Stigma and discrimination based on gender identity have frequently been associated with vulnerability to HIV/AIDS. The objective was to conduct a systematic literature review to analyze the relationship between stigma and discrimination related to gender identity in transgender women and vulnerability to HIV/AIDS. This systematic literature review involved the stages of identification, compilation, analysis, and interpretation of results of studies found in five databases: PubMed, Scopus, Web of Science, Science Direct, and LILACS. No publication time period was determined in advance for this review. The studies were assessed according to the inclusion and exclusion criteria. The review included articles in English, Portuguese, or Spanish that related stigma and discrimination to transgender women's vulnerability to HIV. We found 41 studies, mostly qualitative, published from 2004 to 2018, and categorized in three dimensions of stigma: individual, interpersonal, and structural. The data highlighted that the effects of stigma related to gender identity, such as violence, discrimination, and transphobia, are structuring elements in transgender women's vulnerability to HIV/AIDS. The studies showed a relationship between stigma and discrimination and transgender women's vulnerability to HIV/AIDS and indicated the need for public policies to fight discrimination in society.

Social Stigma; Social Discrimination; Transgender Persons; HIV; Systematic Review

Resumen

La prevalencia de VIH entre mujeres transgénero es desproporcionada cuando la comparamos con la población general en varios países. El estigma y la discriminación, debido a la identidad de género, han sido comúnmente asociados a la vulnerabilidad al VIH/SIDA. El objetivo fue realizar una revisión sistemática de la literatura para analizar la relación entre el estigma y la discriminación, relacionados con la identidad de género de mujeres transgénero y su vulnerabilidad al VIH/SIDA. Se realizó una revisión sistemática de la literatura, que implicó etapas de identificación, registro, análisis e interpretación de resultados de estudios, a partir de una selección en cinco bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science, Science Direct y LILACS. No se estableció un período de tiempo a priori para esta revisión. Los estudios se evaluaron según criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron artículos en inglés, portugués o español, que relacionaban el estigma y la discriminación con la vulnerabilidad de mujeres transgénero al VIH. Se encontraron 41 artículos, mayoritariamente cualitativos, publicados durante el período entre 2004 a 2018, y categorizados en tres dimensiones del estigma: nivel individual, interpersonal y estructural. Los datos permitieron destacar que los efectos del estigma, relacionado con la identidad de género, como la violencia, la discriminación y la transfobia, son elementos estructuradores en el proceso de la vulnerabilidad de la población de mujeres transgénero al VIH/SIDA. Los estudios mostraron una relación entre estigma y discriminación con la vulnerabilidad de mujeres transgénero al VIH/SIDA y señalan la necesidad de políticas públicas que combatan esta discriminación en la sociedad.

Estigma Social; Discriminación Social; Personas Transgénero; VIH; Revisión Sistemática

Recebido em 11/Jun/2018
Versão final reapresentada em 15/Jan/2019
Aprovado em 28/Jan/2019