

PUCRS

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

PAOLA FAGUNDES PASE

**O RECORTE DE GÊNERO NO TRABALHO EM SAÚDE EM UM
ESTABELECIMENTO PRISIONAL FEMININO**

Porto Alegre

2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PAOLA FAGUNDES PASE

**O RECORTE DE GÊNERO NO TRABALHO EM SAÚDE EM UM
ESTABELECIMENTO PRISIONAL FEMININO**

Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Ciências da Saúde – Faculdade de Psicologia - da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), como critério para a obtenção do título de Mestra em Psicologia orientada pelo Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa e coorientada pela Profa. Dra. Renata Maria Dotta.

Porto Alegre
2018

Ficha Catalográfica

P281r Pase, Paola Fagundes

O recorte de gênero no trabalho em saúde em um estabelecimento prisional feminino / Paola Fagundes Pase . – 2018.

113 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa.

Co-orientador: Prof. Dr. Renata Maria Dotta.

1. Gênero. 2. Prisão. 3. Profissionais da saúde. I. Costa, Angelo Brandelli. II. Dotta, Renata Maria. III. Título.

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

Bibliotecária responsável: Salete Maria Sartori CRB-10/1363

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
RESUMO EXPANDIDO	9
ABSTRACT	10
SEÇÃO TEÓRICA	11
SEÇÃO EMPÍRICA	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62
ANEXOS	63
ANEXO A – Documentos de aprovação do projeto de pesquisa	64
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	76
ANEXO C – Produção bibliográfica durante o período do mestrado.....	79

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado intitulada “O recorte de gênero no trabalho em saúde em um estabelecimento prisional feminino” é apresentada como requisito para aprovação no Mestrado em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul na linha de concentração em Psicologia Social. A dissertação é de natureza qualitativa.

O objetivo geral foi discutir sobre as relações de gênero a partir dos discursos de profissionais da saúde que trabalhavam em uma instituição prisional exclusivamente feminina.

Os objetivos específicos do trabalho foram: refletir sobre os aspectos institucionais vinculados à atenção à saúde e o cuidado das mulheres privadas de liberdade, verificar o recorte de gênero no contexto prisional e as políticas de saúde que o considerem, problematizar a educação em saúde considerando os recortes de diversidade sexual e de gênero.

Nesse trabalho, entende-se que a categoria gênero é conceituada como algo diferente de sexo. O gênero é, essencialmente, a construção sócio-histórica acima dos componentes biológicos e sexuais, desenvolvendo-se nas relações sociais. As desigualdades entre os gêneros são provenientes do meio social, do contexto histórico e das condições de acesso aos recursos. Sendo assim, as diferenças anatômicas e biológicas não seriam sua única fonte. Contempla múltiplos recortes constituintes das identidades, tais como: raça, etnia, nacionalidade, classe, religião, entre outros. Os diversos símbolos, discursos, representações e práticas vão influenciando na construção das identidades de gênero, nas maneiras de ser e estar na sociedade (Louro, 1998).

Contextualizando para as questões prisionais, a vivência do encarceramento é fortemente influenciada por marcadores sociais, dentre eles, as relações de gênero. O recorte de gênero (principalmente considerando as mulheres/feminilidades) acaba por ser preterido pela organização voltada para atender primordialmente as demandas de homens. Apesar disso, as masculinidades raramente são postas em reflexão (Cúnico & Lermen, 2017).

Sobre o histórico das prisões, um percurso sobre as execuções e penas traçado por Foucault (1999) assinala que o fim das execuções públicas, dos suplícios e dos castigos no corpo modificou o processo de punição, pois pela influência das ciências do homem (como psiquiatria e psicologia, entre outras) o alvo a ser castigando era a alma da pessoa que cometeu o delito. Esse processo de mudança pode se desenvolver a partir do século XVIII, com a evolução do poder disciplinar não só nas prisões, mas em outras instituições como exército, escolas e fábricas. Assim, diversas técnicas foram sendo desenvolvidas para punir, controlar e vigiar. O exame é um mecanismo científico-disciplinar para descrever, classificar e analisar cada indivíduo, transformando as histórias individuais em “casos”, facilitando a incidência do saber e do poder.

Especificamente na formação da prisão enquanto uma instituição e um mecanismo penal que serve como dispositivo da disciplina, as ciências do homem também encontraram espaço para o seu desenvolvimento. As fronteiras entre jurídico e psiquiátrico ficam mais borradas com o surgimento da figura do delinquente (diferente do infrator), porque a biografia do criminoso passou a preceder o seu crime, buscando assim estabelecer uma relação de causalidade psicológica para o delito. A ciência servia para identificar e classificar os mais diversos tipos de delinquentes (que eram considerados anomalias da ordem social) e também para a constante evolução das técnicas penitenciárias. Nesse contexto, além do crescimento e do aproveitamento de conhecimentos das áreas psi, também ocorreram avanços no campo da criminologia (Foucault, 1999).

A prisão utilizaria diversas estratégias para corrigir os indivíduos, devolvendo-os para o convívio social de forma coerente com o que a sociedade esperava. O autor demonstra a ineficácia da prisão para diminuir os delitos e a reincidência, apontando, entre outros motivos, que a própria instituição produz delinquentes por meio da violência e do abuso de poder. Entretanto, o fato da prisão ser ineficaz poderia corresponder ao objetivo de organizar ilegalidades e delinquência, tornando-as úteis e funcionais enquanto possíveis de serem manejadas para determinados fins (Foucault, 1999).

A extensão do sistema carcerário se dá para além da estrutura física da prisão, já que as ferramentas de normalização estão presentes em outros campos da sociedade. Diversas profissões poderiam exercer o papel de juiz a partir do seu local ao seguirem a lógica normativa. Por exemplo, o “médico-juiz”, “assistente social-juiz” (Foucault, 1999, p. 251), entre outros.

Um estudo de Guimarães, Meneghel e Oliveira (2006) corrobora com a noção de que há uma subjetivação delinquente ligada às pessoas na prisão. Duas estratégias de resistência são observadas. A resistência reativa se liga ao delinquente como uma forma de obter reconhecimento social, sendo exercida por meio da intimidação. Dentre os exemplos do artigo, está o uso de drogas como uma manutenção do funcionamento da prisão enquanto uma ferramenta de contenção das pessoas presas.

Já a resistência ativa provoca mudanças, tem potencial criativo e inventivo de novas subjetividades apesar de todas as adversidades do espaço prisional. Um dos exemplos visualizado no estudo é a produção artística no espaço prisional como um modo de problematização social e de criação. Essas estratégias podem ocorrer paradoxalmente e com uma se transformando na outra (Guimarães et al., 2006).

A resistência ativa, como assinalado por Guimarães et al. (2006), pode se tornar uma via de intervenção para a melhoria da saúde mental das pessoas cumprindo penas dentro do sistema penitenciário. No âmbito das intervenções, a Psicologia Social no sistema prisional pode proporcionar a reflexão e auxiliar na visibilidade social da pessoa presa. Também pode contribuir para questionamentos e indagações nos níveis institucional e político, buscando a recuperação da cidadania da pessoa em privação de liberdade e sua reinserção social (Guedes,

2006).

Por último, outro operador conceitual importante abordado é discurso. A forma de produção de subjetividade e modos de vida se dá a partir de produções discursivas e regimes de verdades, sejam acadêmicos ou não. Esses regimes de verdade são particulares de cada sociedade e são os tipos de discurso que permitem que determinados enunciados sejam distinguidos entre verdadeiros e falsos e tenham legitimidade na produção de modos de ser, conforme Costa e Nardi (2015) a partir das ideias de Foucault (1994a e 1994b).

Nessa perspectiva, as identidades são fruto de enunciados produzidos e oferecidos por determinada cultura e que criam o campo do possível à experiência de si:

Essa forma de poder que se exerce sobre a vida cotidiana imediata, que classifica os indivíduos em categorias, que os designa por sua individualidade própria, que os ata à sua identidade, os impõe uma lei (regime) de verdade que deve ser reconhecida por eles e que os outros devem reconhecer neles [...] um sujeito atado a sua própria identidade pela consciência e conhecimento de si (Foucault, 1994c, p. 227).

Os dados analisados no percurso dessa dissertação foram coletados por meio da pesquisa maior “A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional” (número 40678115.1.0000.5312 – Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública). Essa pesquisa durou de 2013 a 2015, executado pela Coordenação Estadual de Saúde Prisional do RS, financiado pela FAPERGS (edital PPSUS), em parceria com o Instituto de Criminologia de Sevilha, a Fundação Escola Superior do Ministério Público (FMP) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Educa Saúde.

A pesquisa foi desenvolvida em um estabelecimento prisional exclusivamente feminino localizado no Estado do Rio Grande do Sul durante os anos de 2013 à 2015, envolvendo etapas teóricas e práticas. Teve como objetivos conhecer aspectos de saúde mental da população pesquisada e construir uma linha de cuidado considerando as especificidades de gênero na saúde mental de mulheres privadas de liberdade.

Dentre os momentos de visita ao local investigado, destacam-se grupos focais, encontros de apoio matricial e espaço de educação permanente sobre as temáticas projeto terapêutico singular e diversidade sexual e de gênero. Nas etapas desenvolvidas no presídio, participaram profissionais de saúde que atuavam na instituição prisional no momento da coleta de dados, além de pessoas ligadas à pesquisa como estudantes de residência, graduação e profissionais que atuam na Coordenação Estadual de Saúde Prisional.

A participação pessoal nessa pesquisa maior ocorreu inicialmente no ano de 2014 como uma das atividades do estágio em Psicologia na Coordenação Estadual de Saúde Prisional da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. A inserção no órgão público ocorreu primeiramente por meio de estágio curricular na Política de Saúde LGBT em 2014 e o estágio se desenvolveu concomitantemente nas duas políticas durante o referido ano.

No ano de 2015, a participação se deu de forma voluntária após o encerramento do

vinculo de estágio. No início, o envolvimento com as atividades da pesquisa ocorreu por meio de discussões teóricas da temática gênero e prisão. A visitação à casa prisional pesquisada ocorreu em alguns momentos da coleta de dados em 2015. Após isso, também houve participação na redação e análise de alguns dados coletados.

Após isso, como ingresso no mestrado em Psicologia no ano de 2016, foi autorizada a produção acadêmica a partir das informações coletadas no projeto de pesquisa maior.

Para essa dissertação de mestrado, foram analisados os dados de cinco encontros de apoio matricial em saúde realizados na penitenciária investigada, com foco na análise temática das falas de profissionais da Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp), sem considerar questões referentes à metodologia do apoio matricial em si.

Integra essa dissertação enquanto sessão teórica o capítulo do livro “Obra Coletiva Gênero e Prisão”, organizado por Barbara Sordi Stock e Renata Maria Dotta. O capítulo que compõe o livro é “A PRISÃO SOB O (TRANS)GÊNERO: Uma análise sobre a saúde e os direitos do feminino privado de liberdade”, com autoria de Paola Fagundes Pase, Guilherme Gomes Ferreira e Angelo Brandelli Costa. O capítulo aguarda publicação pela Editora Athenaica Ediciones Universitarias e seguiu as normas de formatação ISO 690.

Também como parte obrigatória está a sessão empírica com o artigo denominado “Relações de gênero no trabalho em saúde em um estabelecimento prisional feminino”. O artigo traz a análise e discussão dos dados coletados e será submetido à Revista Trabalho, Educação e Saúde, que possui classificação B1 para a área da Psicologia. Essa revista segue as normas NBR 6023 da ABNT.

A dissertação também inclui artigos produzidos e publicados durante o período de realização do mestrado.

Essa dissertação foi orientada pelo Professor Doutor Angelo Brandelli Costa (PPG Psicologia – PUCRS) e pela Professora Doutora Renata Maria Dotta da Fundação Escola Superior do Ministério Público (FMP).

RESUMO EXPANDIDO

O objetivo principal desta dissertação foi discutir sobre os aspectos de gênero a partir dos discursos de profissionais da saúde que trabalham em uma penitenciária feminina do Rio Grande do Sul. Os objetivos específicos foram: refletir sobre os aspectos institucionais vinculados à atenção à saúde e o cuidado das mulheres privadas de liberdade, verificar o recorte de gênero no contexto prisional e as políticas de saúde que o considerem, problematizar a educação em saúde considerando os recortes de diversidade sexual e de gênero. Um capítulo de livro a ser publicado com reflexões teóricas sobre diversidade sexual e de gênero no sistema prisional e a apresentação de resultados de dois estudos no campo integrou a parte teórica da dissertação. A sessão empírica foi desenvolvida por meio de um artigo qualitativo com a análise temática do tema gênero a partir das falas presentes em cinco encontros de Apoio Matricial. Os dados analisados no artigo constituem uma parte do material coletado durante um projeto maior executado durante os anos de 2013 a 2015 pela Coordenação Estadual de Saúde Prisional do RS, financiado pela FAPERGS (edital PPSUS), em parceria com o Instituto de Criminologia de Sevilha, a Fundação Escola Superior do Ministério Público (FMP) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Educa Saúde. Os resultados foram organizados em 3 subtemas como desdobramentos do tema principal: gestação e permanência dos bebês na prisão, normas corporais e saúde e nome social de pessoas trans. A discussão dos resultados seguiu referenciais das áreas da criminologia feminista e *queer*, diversidade sexual e de gênero e saúde coletiva. O artigo abordou principalmente a necessidade do direito à saúde integral da população encarcerada e, especificamente, de mulheres e população LGBT em geral, além da questão da gestação e permanência de bebês nesse espaço. Outro assunto importante foi o papel da educação para profissionais de saúde considerando essa temática e a importância desse processo para a redução do preconceito e qualificação no atendimento à saúde dessas pessoas.

Palavras-chave: Gênero, Prisão, Profissionais da saúde.

Área do Conhecimento: Ciências Humanas.

Código da Área: 7.00.00.00-0

Subárea do Conhecimento: Psicologia.

Código da Subárea: 7.07.00.00-1

Subárea do Conhecimento: Psicologia Social.

Código da Subárea: 7.07.05.00-3

ABSTRACT

This dissertation aimed to discuss gender issues in prison health professionals' discourse. These professionals work in a female prison in Rio Grande do Sul state. The specific objectives were: reflect on institutional aspects related to health attention to imprisoned women, verify gender aspects in prison and health policies that consider it, question health education considering gender and sexual diversity. A book chapter to be released with thoughts on gender and sexual diversity in prison and a presentation of results from 2 studies in the field was the theoretical part of this work. Practical section was developed through a qualitative article with the analysis method of thematic analysis of the theme gender in the participants' speech excerpts in five matrix support meetings. Analyzed data in the article are part of a bigger project developed and executed from 2013 to 2015 by Rio Grande do Sul's state prison health department in partnership with Instituto de Criminologia de Sevilha, Fundação Escola Superior do Ministério Público (FMP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Educa Saúde. FAPERGS (PPSUS) financed this project. In this dissertation, the chosen results were organized in three subthemes from the main theme: pregnancy and babies staying in prison, body norms and health and transgender people social names. The discussion of these results followed theoretical aspects of feminist and queer criminology, gender and sexual diversity and collective health. The article mainly addressed the right to integral health care in prison, specifically to women and LGBT population, and also the issue of pregnancy and babies staying in this institution. Another important topic is the role of health education about these themes in order to reduce prejudice and to qualify health attention.

Keywords: Gender, Prison, Healthcare providers.

SESSÃO TEÓRICA**ATHENAICA**EDICIONES UNIVERSITARIAS
EDIÇÕES UNIVERSITÁRIAS

D. Alfonso Crespo Cuaresma, en calidad de secretario de
Milhojas Servicios Editoriales, S. Coop. And. sociedad
propietaria de la marca Athenaica Ediciones Universitarias, CERTIFICA:

Que el libro con título «Género y prisión», editado por Bárbara Sordi Stock y
Renata Dotta Panichi, se encuentra en proceso editorial en Athenaica Ediciones
Universitarias con el ISBN: 978-84-16770-79-3.

Y para que conste a los efectos pertinentes, firma la siguiente,

en Sevilla, 8 de mayo de 2017,



Fdo. Alfonso Crespo Cuaresma

A PRISÃO SOB O (TRANS)GÊNERO:**Uma análise sobre a saúde e os direitos do feminino privado de liberdade**

Paola Fagundes Pase, mestranda
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PUCRS, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 11, sala 933
Porto Alegre - RS - Brasil - 90619-900
Fone/Fax + 55 51 3320.3500
paolapase1@gmail.com

Guilherme Gomes Ferreira, doutorando
Programa de Doutorado em Serviço Social
ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa e
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PUCRS, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Bolsista PDSE/CAPES – Processo n. 7441/15-0

Angelo Brandelli Costa, professor titular
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PUCRS, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Resumo: A presente investigação, de natureza fundamentalmente qualitativa, procura analisar as experiências de mulheres (cisgênero e transgênero) com as prisões, particularmente aquelas que envolvem seus direitos e demandas em relação à saúde. Resulta de pesquisas em desenvolvimento no âmbito das áreas de Psicologia e de Serviço Social, e cujos delineamentos teóricos têm apontado para a hipótese de que as mulheres (cis ou trans) experienciam formas particulares de encarceramento em razão do gênero, e que o próprio gênero enquanto categoria de análise estratifica a dominação masculina na prisão capaz de estruturá-la segundo normas específicas. O objeto deste estudo, logo, é perceber como o regime prisional do gênero – a estruturação das prisões a partir do androcentrismo e da referência à masculinidade – investe sobre as mulheres e suas demandas de saúde, utilizando, para tal, o escopo epistemológico oferecido especialmente pela criminologia *queer* e feminista. A investigação, sendo a parte de estudos pós-graduados em andamento, recorre a análises documentais e bibliográficas do período de 2015 a 2017 (tendo como cenário as prisões brasileiras), como também obtém informações de pesquisas empíricas já concluídas com populações privadas de liberdade. Como resultados e conclusões, tem-se a tese de que embora a política penitenciária possua, no Brasil, documentos que indicam a necessidade de um tratamento penal relativamente ao gênero (quer dizer, que atendam as demandas específicas das mulheres), esses textos se mantêm na perspectiva da cisgeneridade e da heteronormatividade, muitas vezes enquanto sinônimos de atendimento à maternidade. Assim, necessidades sociais que estejam para além do exercício da maternidade ou da perspectiva da mulher como mãe em potencial não são atendidas, ficando as mulheres lésbicas e transexuais (bem como as mulheres heterossexuais cisgênero que não são mães ou não pretendem sê-lo), portanto, desprotegidas de atenção integral à saúde.

Palavras-chave Prisões. Gênero. Criminologia *Queer*. Criminologia Feminista. Transgeneridade. Travestilidade. Mulheres. Saúde. Atenção à Saúde.

Índice:

1. INTRODUÇÃO
2. UMA QUESTÃO DE GÊNERO: CRIMINOLOGIA QUEER E FEMINISTA
 - 2.1 Mulheres privadas de liberdade
 - 2.2 Travestis e mulheres transexuais em prisões masculinas
3. DEMANDAS DE SAÚDE COM ENFOQUE NO GÊNERO NAS PRISÕES
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS
5. REFERÊNCIAS

1. INTRODUÇÃO

A presente investigação, de natureza fundamentalmente qualitativa, procura analisar as experiências de mulheres (cisgênero e transgênero) com as prisões, particularmente aquelas que envolvem seus direitos e demandas em relação à saúde. Tem como base quatro diferentes pesquisas já concluídas (uma dissertação de mestrado em Serviço Social e uma tese de doutorado em Psicologia) ou em andamento (uma dissertação de mestrado em Psicologia e uma tese de doutorado em Serviço Social), todas tendo como escopo de análise os estudos de gênero, saúde e sistema prisional.

Esses estudos têm demonstrando que as mulheres (cisgênero ou transgênero¹) experienciam formas particulares de encarceramento em razão do gênero, ou seja, que suas experiências sociais com a prisão, apesar de terem diversas similitudes com as experiências de qualquer pessoa presa, possuem também diferenças que as particularizam e tornam o cumprimento da pena mais severo. O motivo deste fenômeno é o fato de as prisões se estruturarem a partir de um regime de gênero (Connell e Pearse 2015), e seus efeitos serem o cisandrocentrismo, quer dizer, tem a cismasculinidade como referência. É preciso, logo, perceber como o regime de gênero existente nas prisões investe sobre as mulheres e suas demandas de saúde, uma vez que se a instituição tem um sujeito como referência – e esse sujeito é o homem heterossexual cisgênero – é inevitável que não busque acolher as necessidades sociais de quem não é assim representado.

É claro que existe uma invisibilização do sujeito que não é contemplado por esta referência. As prisões de mulheres, por exemplo, já nascem como instituições de correção moral e não como instituições de privação de liberdade (Buglione 2002), uma vez que o cometimento de um crime por uma mulher nunca fora considerado um «verdadeiro crime» – no sentido de o «mundo do crime» não pertencer às mulheres. Ademais, foram várias as casas

¹ Como forma de abreviação, pode-se utilizar as palavras «cis» e «trans».

prisionais no Brasil que surgiram com a intenção de prender homens e com o tempo foram construindo galerias para mulheres – as chamadas prisões mistas – e que mantiveram o status «masculinamente misto» (Colares e Chies 2010). Mesmo as prisões de mulheres contemporâneas não fogem da lógica androcêntrica e cissexista, quer nas suas estruturas arquitetônicas, quer nos tipos de atendimentos que oferecem.

Para compreender melhor a realidade tratada aqui, utilizou-se o escopo epistemológico oferecido especialmente pela criminologia *queer* e feminista. A investigação, sendo a parte de estudos pós-graduados em andamento, recorre a análises documentais e bibliográficas do período de 2015 a 2017 (tendo como cenário as prisões brasileiras), como também obtém informações de pesquisas empíricas já concluídas com populações privadas de liberdade. Ainda sobre a etapa empírica, é preciso dizer que esta se vale de entrevistas feitas diretamente com sujeitos presos em presídio masculino – especialmente mulheres transexuais e travestis presas e mulheres que prestam atendimento social, psicológico e de enfermagem (ocupando o cargo de Técnico Superior Penitenciário); mas também utiliza informações decorrentes de diário de campo realizado com um grupo de profissionais da saúde que realizam atendimento em uma penitenciária feminina.

2. UMA QUESTÃO DE GÊNERO: CRIMINOLOGIA QUEER

Uma corrente significativa da criminologia para entender as experiências referentes à diversidade sexual e de gênero é a criminologia *queer*. *Queer* era um termo pejorativo utilizado na língua inglesa para se referir a pessoas homossexuais, algo como estranho, ridículo, entre outras palavras. Há uma resignificação desse termo com a consolidação dos estudos *queer* na área de gênero e sexualidade, que atuam numa lógica de combate das normas presentes na sociedade (Louro 2001). Gênero não é entendido como uma categoria identitária fixa nessa perspectiva, mas sim como algo possível de construção e reconstrução a

partir do campo relacional (Butler 1990).

Entretanto, a difusão da teoria *queer* e a própria utilização desse termo na realidade brasileira levantam questionamentos importantes. Conforme os apontamentos de Pelúcio (2014), existem aspectos relevantes sobre a implicação da posição de subalternidade do Brasil em relação à América do Norte e Europa no sentido da colonização. Sendo assim, a palavra *queer* não produz o mesmo efeito semântico em português como ocorre em inglês. Por conta disso, Pelúcio (2014) propõe que seja possível no Brasil refletir como estão sendo absorvidas e discutidas as ideias dos estudos *queer* produzidas no exterior, além de pensar os contornos singulares da produção teórica considerando a realidade brasileira nesse campo. Assim, a autora nomeia essa proposição de «teoria cu», indagando os diversos significados atribuídos a essa palavra, levando em conta sua carga política e seu significado.

Nas ciências jurídicas, a *queer theory* impacta em alguns pontos: no campo teórico (*queer legal theory*), tanto no Direito de forma mais ampla como na área do Direito Penal e da criminologia e; e no campo político, com a luta pela garantia de direitos por parte dos movimentos sociais LGBT (Carvalho 2012).

Existem pontos de convergência entre a criminologia feminista e a criminologia *queer*, já que ambas buscam criticar e desconstruir o *falocentrismo* ou *ideal do macho* presentes na sociedade e que acarretam na misoginia e preconceito com pessoas LGBT (Carvalho 2012). Por conta disso, a heterossexualidade é tomada como o ideal a ser seguido e entende-se tacitamente que todas as pessoas só poderiam ser heterossexuais para estarem dentro de um ideal de normalidade (normatização semelhante também estendida às normas de gênero, ao entender que cada pessoa deve corresponder aos ideais esperados ao gênero designado em seu nascimento). Essa lógica também acaba por ser refletida no sistema penitenciário, pois ela permeia tanto a sua organização e estrutura física como as práticas e discursos ali desenvolvidos.

Conforme Carvalho (2012), a violência heterossexista (e também cissexista) que caracteriza as culturas heteromoralizadoras e heteronormalizadoras é manifestada em três formas: violência simbólica (cultura, discursos em que a diversidade sexual e de gênero é inferiorizada), violência das instituições (manifestações por parte do Estado, como a criminalização e patologização) e violência interpessoal (atos de violência real).

Os movimentos sociais, nessa perspectiva, podem atuar tanto na defesa de pautas emancipatórias (negativas ou positivas) como pela via teórica na produção acadêmica sobre os sistemas de opressão (racismo, misoginia, homofobia, entre outros).

Woods (2014) problematiza a invisibilidade da diversidade sexual e de gênero dentro da área da criminologia. Coloca que a homossexualidade por si só já foi considerada crime e/ou doença no decorrer do desenvolvimento da criminologia, tanto nas próprias correntes de pensamento como em instâncias fora dela (por exemplo, leis que criminalizavam as identidades homossexuais). Para Woods (2014), a criminologia *queer* pode ser representativa de construções identitárias (como gays, lésbicas, bissexuais, transexuais...) e também ligada ao termo *queer* em sua compreensão mais aberta.

Defende que a criminologia *queer* deve adotar uma perspectiva interseccional, considerando também aspectos como raça, etnia e classe social, entre outros. Woods (2014) enfatiza a importância dessa área em relação às concepções de outras correntes, buscando compreender a diversidade sexual e de gênero de forma mais ampla sem estar presa a uma única classificação (somente pessoas como vítimas ou somente como criminosas).

2.1 Mulheres privadas de liberdade

Especificamente sobre o estudo das trajetórias da criminalidade feminina, faz-se necessário perceber que se constituem enquanto um fenômeno complexo no qual a visão binária de vítimas passivas ou completamente emancipadas de amarras sociais e culturais não

consegue contemplá-lo (Barcinski e Cúnico 2016).

O sistema prisional tem como principal público as pessoas que fazem parte de grupos sociais excluídos e marginalizados. Também colabora para o aprofundamento e manutenção desses processos (Baratta 2002).

Considerando algumas características da população feminina encarcerada no Brasil, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen Mulheres (2014) apontou que ela é composta majoritariamente por mulheres jovens (27% delas estão na faixa etária dos 18 a 24 anos), mães, vindas de grupos socioeconômicos desfavorecidos, negras (68% delas), provedoras do sustento familiar, com baixo grau de escolaridade (50% com ensino fundamental incompleto) e envolvidas com atividades de trabalho informais no período prévio ao seu encarceramento. No Levantamento, não foram encontradas informações se o contingente de mulheres pesquisadas é somente composto por mulheres cis ou se também integra mulheres trans e travestis.

A violência é algo que pode ser vislumbrado enquanto um fator unificador das experiências das mulheres, seja ela motivada pelo machismo e misoginia ou por outros tipos de subalternização decorrentes do racismo, transfobia, lesbofobia, bifobia, capacitismo, etarismo, entre outros. Muitas mulheres em privação de liberdade passaram por adversidades ao longo de suas vidas, trazendo inúmeras consequências para sua saúde física e mental. Por vezes, nesses contextos, as atividades criminosas tornam-se formas de sobrevivência (Caffarena *et al.* 2012). As violências vivenciadas por essas mulheres constituem subjetividades únicas, na medida em que existe a presença do sofrimento em suas vidas e a necessidade de se tornarem resilientes e fortes (Barcinski *et al.* 2013).

Por diversas vezes, a prisão pode ser um espaço em que as violências acontecem novamente, tanto nas relações entre as pessoas que estão sob custódia do Estado como também por aspectos institucionais. A instituição prisional se formou ao longo da história por

uma lógica que prioriza determinadas masculinidades, o que acaba por produzir mecanismos de inclusão precária às mulheres. Por exemplo, no caso das mulheres, os serviços penais são moldados a partir de características de homens, não considerando as diversidades que compõem suas identidades (Infopen Mulheres 2014). Por outro lado, a prisão também pode representar um espaço de alívio, recarga e segurança de um contexto adverso para além de seus muros, demonstrando o seu caráter duplo (Caffarena *et al.* 2012).

Considerando a dimensão assistencial dos presídios (por exemplo, na atenção à saúde), é importante que o olhar de gênero e das especificidades das feminilidades sejam contempladas de alguma maneira. No campo da saúde de modo geral, existe uma tendência à reprodução de modelos heteronormativos e cisnormativos. A referência para a elaboração de teorias e práticas acerca dos cuidados é a de mulheres heterossexuais e cisgênero, priorizando a saúde reprodutiva. Valadão e Gomes (2011) observam que mulheres lésbicas e bissexuais tendem a não sentir que suas orientações sexuais sejam contempladas na atenção à saúde de modo integral, o que acaba por constituir uma forma de violência simbólica.

A prisão é um campo em que as relações entre mulheres (de cunho romântico e sexual) são bastante comuns, sejam elas por expressões de seus desejos como por vivências situacionais (Barcinski 2012). Portanto, evidencia-se a importância de que a atenção à saúde da mulher privada de liberdade possa partir de um campo mais amplo, considerando as necessidades específicas a partir das vivências da diversidade sexual e de gênero.

2.2 Travestis e mulheres transexuais em prisões masculinas

No Brasil, bem como na maioria dos países do Ocidente, as travestis e mulheres transexuais são presas em penitenciárias masculinas. O argumento para isso é frequentemente o mesmo: quer porque elas não possuem identidade jurídica feminina, quer porque suas genitálias são lidas como masculinas e seus ingressos em casas para homens evitaria, assim,

que estuprassem ou engravidassem outras mulheres (Ferreira 2015). De antemão essa realidade já particulariza as experiências das travestis e mulheres transexuais em relação à privação da liberdade, uma vez que é bastante comum que teóricos, pesquisadores e mesmo pessoas distantes dos estudos prisionais procurem atestar que mulheres, cis ou trans, têm as mesmas experiências com a prisão.

Não é que seja inverdade que algumas realidades se aproximam. O abandono familiar e, muitas vezes, o crime cometido – que possui relação direta com o tráfico de drogas – são mesmo semelhantes (Ferreira 2015). É que, como defende Manoela Cunha (2002:23-24), «[...] se o bairro aclara a prisão, a prisão aclara, em alguma medida, o bairro. [...] o policiamento pró-activo [do pequeno traficante] toma muitas vezes o bairro como alvo, [relativizando] a distinção [...] entre traficantes bem e mal sucedidos».

Assim, parafraseando a mesma autora (2002, p. 26), o narcotráfico sobre o qual se sustenta o aprisionamento de mulheres cis e trans e de travestis é na maioria das vezes «caracterizado como uma economia da droga híbrida, semiperiférica, marcada [...] pelo caráter particular de que aqui se reveste a pobreza». São as mulheres e as travestis que ocupam, no contexto das comunidades de periferia, a economia da droga como adicional à subsistência. No caso das travestis (quase sempre) e de algumas mulheres, implica-se também o trabalho sexual, caracterizado, quando em interconexão à pobreza, por vulnerabilidade e risco, por frequentes batidas policiais, pela violência dos clientes e outras situações que colocam essas pessoas em circunstâncias de vulnerabilidade penal – não esquecendo aqui as identidades raciais de muitas e o padrão racista com que as polícias atuam nas favelas.

É também por esse motivo que as prisões funcionam, para as travestis e para as mulheres vulneráveis socialmente, como uma extensão dos seus cotidianos, uma vez que as prisões têm, nas palavras de Wacquant (2001), a característica de serem socializadoras. No entanto, ao ingressarem na prisão, as mulheres transexuais e travestis enfrentam

discriminações e subalternizações que outros sujeitos não vivenciam. É preciso complexificar esse fenômeno, atentando também para o fato de que, privadas de liberdades, elas não são somente vítimas do sistema como também conseguem produzir resistências e adquirir poder dependendo das circunstâncias colocadas. É comum, por exemplo, que as travestis presas em estabelecimentos masculinos sejam valorizadas no esquema mercantil do tráfico, já que frequentemente aceitam com mais facilidade o trabalho como «mula» – ou seja, ingerem drogas ou comportam-nas no corpo pela via anal.

Por outro lado, é evidente que a prisão, como uma instituição masculina e de poder masculino, reserva às mulheres e às travestis um papel específico bastante similar, que nada mais é do que uma microrreprodução do que a sociedade espera do feminino: são as travestis e mulheres transexuais as responsáveis pelo cuidado «doméstico» das celas, ao passo que seus companheiros são os responsáveis pelo «trabalho pesado» (Ferreira 2015). São elas que cuidam de lavar as roupas, de fazer a comida e até de lembrar o parceiro sobre o uso do preservativo – o que remete de imediato a ocupações relativas ao cuidado sempre impostas às mulheres no social.

Os seus companheiros trabalham servindo ou distribuindo a comida, cuidam da rede elétrica/hidráulica quando estas precisam de conserto, e no tempo livre jogam futebol – coisa que as travestis e mulheres trans são impedidas de fazer por um argumento de segurança. Ao mesmo tempo, e como a realidade é sempre contraditória, são elas as responsáveis pela liderança da galeria (quando a prisão possui galeria, ala ou outro espaço destinado unicamente para a permanência delas, o que não chega a ser uma regra mas é encontrado em diferentes presídios brasileiros e mesmo latino-americanos), e os homens podem ter a sorte apenas de servirem de assistentes.

São as travestis e mulheres transexuais também que, no presídio masculino de Porto Alegre pesquisado, decidem o rumo da galeria com relação à possibilidade de entrada de

drogas e celulares (Ferreira 2015). E são elas também que decidem se um homem ou uma outra travesti devem ou não permanecer na galeria. Em outras palavras: elas não são somente dominadas, como também exercem, circunstancialmente, o papel de dominantes. Mesmo assim, as estruturas generificadas dos presídios fazem com que as travestis e mulheres trans sofram uma série de sobrecargas punitivas (e só para dar alguns exemplos: são frequentemente comercializadas em troca de cigarro, bebida ou comida; têm os cabelos cortados ou são impossibilitadas de usarem roupas femininas; e quase sempre são separadas do restante da população prisional a ponto de não participarem de espaços de lazer, geração de renda ou educação). Com a criação de espaços destinados unicamente à estas mulheres, além das sobrecargas punitivas começam a aparecer também sobrecargas de segregação (Chies 2008), uma vez que mesmo esses espaços exclusivos que se pretendem pró-cidadãos são capturados pela lógica prisional e passam a exercer poder de coação e repressão.

Uma pesquisa realizada nos estados do Rio Grande do Sul e de São Paulo revela algumas questões sobre a vulnerabilidade de pessoas trans privadas de liberdade². Setecentas e uma pessoas trans responderam a pesquisa completa e, no que diz respeito às experiências prisionais, 421 pessoas trans responderam o questionário. De um total de 262, 10 mulheres trans (3.82%) responderam que já passaram um período na prisão. Em relação aos homens trans, 2 (1,6%) responderam que já passaram um período na prisão, de um total de 125. E, nenhuma das 34 pessoas com outras identidades de gênero respondeu que já foi encarcerada. Das mulheres trans que já passaram algum período na prisão, 5 (55,55%) responderam que

² A coleta de dados para o projeto original contou com a colaboração do Programa de Identidade de Gênero do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTIG- HCPA) e do Ambulatório de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMTIGOS - HCFMUSP). Às/aos participantes, foi feito um convite de caráter voluntário, informando objetivos e funcionamento da pesquisa. O convite foi feito pelos pesquisadores responsáveis diretamente nos programas. A aplicação do *survey* foi realizada em grupo no espaço cedido pelos serviços. O questionário também foi disponibilizado na *Internet* por meio de um anúncio online no *Facebook*. A pesquisa foi realizada de julho a outubro de 2014 a março de 2015.

nunca ficaram em celas apropriadas para pessoas trans, 1 (11,11%) respondeu que ficou eventualmente e 3 (33,33%) responderam que sempre ficaram em celas apropriadas. Em relação aos homens trans, todos responderam que nunca ficaram em celas apropriadas. Por fim, 6 (66,66%) mulheres trans que já passaram algum período na prisão responderam que sofreram hostilidade, agressão verbal, agressão física ou violência na prisão pelo fato de ser trans. Um homem trans (50%) respondeu da mesma forma.

3. DEMANDAS DE SAÚDE COM ENFOQUE NO GÊNERO NAS PRISÕES

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080/1990, possibilitou a consolidação da saúde pública no Brasil. O SUS é orientado pelos princípios de integralidade (cuidado em saúde em todos os níveis), universalidade (garantia de acesso a todas as pessoas) e equidade (acolher cada pessoa dentro de suas especificidades). Com base nesses princípios, subsequentemente à sua criação, foram sendo criadas diretrizes e práticas para um contingente maior da população brasileira.

Por exemplo, em relação às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, as ações em saúde nesse âmbito historicamente foram efetivadas por meio de abordagens pontuais às demandas de HIV/AIDS, outras ISTs (infecções sexualmente transmissíveis), redução de danos para álcool e outras drogas e imunizações (Brasil 2003). A atenção à saúde nesse contexto passou a ser realizada numa perspectiva integral, especialmente pela criação de Equipes de Atenção Básica Prisional. Aqui são apresentadas algumas normativas da área da saúde sobre as questões de gênero, diversidade sexual e sistema prisional brasileiro.

Tabela 1 - Políticas de saúde que contemplam os recortes de gênero, diversidade sexual e sistema prisional brasileiro.

Portaria Interministerial nº 1777, de 9 de setembro de 2003	Organiza o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Cria equipes multidisciplinares de atenção básica tanto dentro dos espaços penitenciários como no atendimento das pessoas presas na rede de saúde fora do cárcere, dependendo do número de pessoas em cada estabelecimento prisional. Sobre a saúde da mulher, destaca como aspectos a serem considerados o câncer de mama,
---	--

	câncer cérvico-uterino e demandas ligadas aos direitos sexuais e reprodutivos.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004	Traz discussões acerca de demandas específicas sobre a saúde das mulheres, como direitos sexuais e reprodutivos, agravos em saúde (HIV/AIDS), violência, saúde mental, etc. Aborda diversos grupos específicos (mulheres negras, mulheres indígenas...). Destacando a diversidade sexual, a Política também traz contribuições sobre a saúde de mulheres lésbicas. Também discute a saúde das mulheres em situação de prisão, tratando sobre algumas especificidades como fatores de risco para o adoecimento (por exemplo, transtornos mentais, tuberculose, entre outros agravos) e o acesso à saúde. Como a Política surgiu na mesma época do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, se apresenta como uma ferramenta para dar sustentabilidade a implementação dele.
Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009	Dá nova redação aos artigos 14, 83 e 89 da LEP. Aborda a questão do acompanhamento médico de gestantes no pré-natal e pós-parto, extensivo aos bebês. Garante os cuidados e amamentação dos bebês concebidos por gestantes no cárcere em berçário construído nas unidades prisionais até (no mínimo) seis meses de idade. Aborda a criação de creches para crianças maiores de seis meses e menores de sete anos.
Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009	Implementa a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem. Dentre suas propostas, está a promoção da atenção integral à saúde de homens considerando diversas características, entre elas, os homens negros, indígenas, em situação de prisão, gays, bissexuais e transexuais.
Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011	Cria a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Problematisa o preconceito, a violência e a exclusão de pessoas LGBT. Promove diretrizes visando ao combate desses aspectos e também sobre a inclusão de ações de saúde voltadas para demandas específicas da população LGBT. Recomenda que o Ministério da Saúde atue conjuntamente com estados e municípios para a elaboração de estratégias para a saúde de pessoas LGBT privadas de liberdade em consonância com as políticas de saúde do sistema prisional.
Resolução nº 3, de 1º de junho de 2012	Publicada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP). Estabelece que não há recomendações para o uso de algemas ou outros meios de contenção durante o parto e no período de repouso após.
Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014	Organiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional, que pode ser vista como uma ampliação do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. A Política engloba, além das questões de saúde integral das pessoas encarceradas, os aspectos ligados aos seus familiares e aos trabalhadores do sistema prisional, além disso, atinge todos os regimes de custódia. Também informa sobre o respeito aos marcadores das diferenças (entre eles, gênero, identidade de gênero e orientação sexual) presentes nas vivências das

	<p>peças em privação de liberdade na atenção a sua saúde.</p>
<p>Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014</p>	<p>Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE). Realiza uma série de recomendações considerando as ações dirigidas às mulheres presas e egressas nos mais diversos âmbitos. Traz uma perspectiva de que normas e procedimentos devem ser voltados às especificidades das mulheres (considerando, por exemplo, gênero, sexualidade, orientação sexual, etnia, cor ou raça, entre outros). Em relação à saúde, considera que deve estar em consonância com as demais políticas da área (como Saúde da Mulher e Saúde da Pessoa Privada de Liberdade).</p>
<p>Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014</p>	<p>Discute aspectos da população LGBT encarcerada, como a criação de espaços específicos para a população LGBT em casas prisionais e o respeito ao nome social. Especificamente sobre as demandas de saúde, assegura o tratamento isonômico entre mulheres transexuais e mulheres cissexuais, a hormonoterapia de pessoas trans, entre outros.</p>

Fonte: Elaboração própria.

Embora tais dispositivos jurídico-legais existam e estabeleçam normativas para a atenção integral à saúde na perspectiva de gênero, é possível notar uma carência no que se refere o reconhecimento das demandas de saúde prisional que atentam para o gênero e que estejam fora do contexto maternal ou dos direitos sexuais e reprodutivos. Os documentos que falam sobre saúde LGBT não transversalizam o debate com a população privada de liberdade, e aqueles documentos que tratam da privação da liberdade na perspectiva de gênero dificilmente saem do escopo da gestação e da reprodução sexual. Somente um documento amplia o debate, justamente a resolução que focaliza o aprisionamento da população LGBT – e que aconselha, portanto, atendimentos de demandas específicas de saúde como o tratamento isonômico entre mulheres transexuais e mulheres cissexuais, a hormonoterapia de pessoas trans, etc.

Apesar disso, esses documentos estão longe de tornarem-se realidade no cenário brasileiro. Em pesquisa recente (Ferreira 2015) junto à travestis e mulheres transexuais presas, ficou demonstrado que o recurso à hormonoterapia, embora atualmente regulamentado pela Portaria 2.803, de 19 de novembro de 2013, do Ministério da Saúde (que redefine e amplia a possibilidade de uso orientado de hormônios também por travestis), fica restrito ao processo transexualizador do SUS, já que os hormônios não chegam ao presídio pesquisado à época. Aliás, em pesquisa documental atualmente em curso, constatou-se que de doze países³ pesquisados no mundo, somente dois (Canadá e Austrália) possuem casos de prisões que oferecem o tratamento hormonal às mulheres trans privadas de liberdade, e ainda assim somente àquelas que já realizavam a hormonoterapia antes do ingresso no cárcere.

A questão do silicone industrial aparece também nas narrativas de profissionais e travestis entrevistadas (Ferreira 2015). De acordo com uma entrevistada, era frequente, no período da investigação, a reclamação de outras travestis de dores pelo corpo em razão do uso do silicone; além disso, o calor, a necessidade de passarem muito tempo sentadas no chão de cimento e as agressões agravavam essa situação, fazendo o silicone provocar dores ou mesmo fazendo ele escorrer por dentro do corpo, provocando deformações corporais.

Em relação às mulheres cisgênero, além das questões ligadas à saúde reprodutiva usualmente relatadas, destaca-se também a presença de demandas de saúde mental dentro do sistema penitenciário. Das 287 participantes de um estudo quantitativo desenvolvido em uma penitenciária feminina do Estado do Rio Grande do Sul, o uso de álcool ao longo da vida foi relatado por 53,7% delas (15,7% com dependência) e o uso de outras drogas apresentado por 54,4% (38,3% com dependência). Os sintomas de depressão foram percebidos por 48,7% das entrevistadas. Observaram-se também outros fatores como a violência ao longo do histórico de vida, uso de substâncias por familiares, uso de medicações psiquiátricas, entre outros

³ Os países pesquisados foram Brasil, Argentina, Colômbia, Equador, México, Estados Unidos, Canadá, Portugal, Espanha, Itália, Reino Unido e Austrália.

(Canazaro e Argimon 2010).

Outras demandas foram abordadas pelo Infopen Mulheres (2014) sobre os agravos transmissíveis que atingem 1204 mulheres encarceradas no Brasil. Analisados especificamente, esses agravos representam as seguintes porcentagens: 46,9% HIV, 35,0% sífilis, 6,8% hepatite, 4,8% tuberculose e 6,4% outros.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das reflexões elaboradas neste capítulo, pode-se considerar que as desigualdades estruturais que tornam determinados grupos na sociedade subalternos a outros grupos privilegiados possuem grande impacto no aprisionamento, tanto enquanto fatores que facilitam o cometimento de atividades delitivas (como se observa no fato de que grande parte das pessoas que está presa faz parte de parcelas marginalizadas da sociedade) como na sua organização. Considerando a questão de gênero, especialmente no caso de mulheres cis e trans e travestis, ainda é comum que a estrutura androcêntrica e cissexista que molda as prisões incida sobre elas e que ocorra a reprodução de transfobia, machismo e misoginia que estão presentes tanto na sociedade fora dos muros da prisão como dentro deles, produzindo situações de violência e privação de direitos. A categoria de gênero no contexto prisional é de grande complexidade, visto que mulheres cis e trans e travestis não ocupam somente um papel de subordinação, mas também podem exercer poder e resistência nesse local.

Tendo em vista o direito ao acesso à saúde pública para todas as pessoas do Brasil, inclusive aquelas que estão sob privação de liberdade no sistema prisional, é importante refletir acerca das mudanças acontecidas nas legislações e serviços oferecidos durante os anos seguintes à criação do SUS. Mesmo assim, observa-se que o campo da saúde ainda carrega características heteronormativas e cisnormativas (por exemplo, pressupõe-se que ser mulher esteja unicamente associado à heterossexualidade, cisgeneridade e maternidade), o que acaba

por ser prejudicial às pessoas que não estão enquadradas nessas lógicas; obstaculizando, dessa forma, o acesso e atenção às suas demandas específicas de saúde.

5. REFERÊNCIAS

BARATTA, Alessandro (2002): *Criminologia crítica e crítica do direito penal*. Tradução de Juarez Cirino dos Santos, terceira edição, Rio de Janeiro, Revan, 2002, 256 págs.

BARCINSKI, Mariana: “Expressões da homossexualidade feminina no encarceramento: o significado de se ‘transformar em homem’ na prisão”. *Psico-USF*, [versão on-line] Bragança Paulista, setembro/dezembro de 2012, volume 17, número 3, págs. 437-446, disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712012000300010>, e-ISSN 2175-3563.

BARCINSKI, Mariana, CAPRA-RAMOS, Carine, WEBER, João L. A., e DARTORA, Tamires: “O Marianismo e a vitimização de mulheres encarceradas: formas alternativas de exercício do poder feminino”. *Ex aequo*, [impressa e on-line], Vila Franca de Xira, 2013, número 28, págs. 87-100, disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aeq/n28/n28a08.pdf>, e-ISSN 0874-5560.

BARCINSKI, Mariana, e CÚNICO, Sabrina D.: “Mulheres no tráfico de drogas: retratos da vitimização e do protagonismo feminino”. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, [versão on-line], Porto Alegre, janeiro/março de 2016, volume 16, número 1, págs. 59-70, disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1984-7289.2016.1.22590>, e-ISSN 1984-7289.

BRASIL: *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990* [on-line]. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministério, Brasília, 19 setembro 1990, [20 de janeiro de 2017], disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL: *Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003* [on-line]. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Gabinete do Ministério, Brasília, 9 setembro 2003, [15 de dezembro de 2016], disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf

BRASIL: *Portaria 2.803, de 19 de novembro de 2013* [on-line]. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministério, Brasília, 19 de novembro de 2013, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html

BRASIL: *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher* [on-line]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2004, [15 de dezembro de 2016], disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

BRASIL: *Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009* [on-line]. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, 28 maio 2009, [15 de dezembro de 2016], disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11942.htm

BRASIL: *Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009* [on-line]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Brasília, 27 agosto 2009, [15 de dezembro de 2016], disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-PNAISH---Principios-e-Diretrizes.pdf>

BRASIL: *Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011* [on-line]. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Brasília, 1º dezembro 2011, [15 de dezembro de 2016], disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

BRASIL: *Resolução nº 03, de 1º de junho de 2012* [on-line]. Ministério da Justiça, Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, Brasília, 1º junho 2012, [15 de dezembro de 2016], disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-3-de-1o-de-junho-de-2012.pdf>

BRASIL: *Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional* [on-line]. Ministério da Justiça, Brasília, 2014, [15 de dezembro de 2016], disponível em: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projeto-mulheres/doc-basilar-politica-nacional-versao-final.pdf>

BRASIL: *Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014* [on-line]. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Gabinete do Ministério, Brasília, 2 janeiro 2014, [15 de dezembro de 2016], disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html

BRASIL: *Resolução conjunta CNPCP-CNCD/LGBT, de 15 de abril de 2014* [on-line]. Ministério da Justiça, Brasília, 15 abril 2014, [15 de dezembro de 2016], disponível em: http://justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/diversidades/normativos-2/resolucao-conjunta-no-1-cnpc-e-cncd_lgbt-15-de-abril-de-2014.pdf

BRASIL: *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen Mulheres* [on-line]. Brasília, Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional, 2014, [15 de dezembro de 2016], disponível em: <https://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>

BUGLIONE, Samantha: “O dividir da execução penal: olhando mulheres, olhando diferenças”. In CARVALHO, Salo de (org.). *Crítica à execução penal: doutrina, jurisprudência e projetos legislativos*, primeira edição, Rio de Janeiro, Editora Lumen Juris, 2002, págs. 123-144.

BUTLER, Judith (1990): *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. Primeira edição, Nova York, Routledge, 1990, 272 págs.

CAFFARENA, Borja. M., STOCK, Barbara S., MORENO, Myriam H., CORREA, Teresa A., & ROMERO, Francisco M. G. (2012). *Mujeres en las cárceles de Andalucía*. Primeira edição, Madrid, Dykinson, 2012, 416 págs.

CANAZARO, Daniela, e ARGIMON, Irani I. L.: “Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, [versão on-line], Rio de Janeiro, julho de 2010, volume 26, número 7, págs. 1323-1333, disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700011>, e-ISSN 1678-4464.

CARVALHO, Salo: Sobre as possibilidades de uma criminologia queer”. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, julho/dezembro 2012, volume 4, número 2, págs. 151-168, disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/sistemapenaleviolencia/article/view/12210/8809>, e-ISSN 2177-6784.

CHIES, Luiz A. B.: “Gênero, criminalização, punição e ‘sistema de justiça criminal’: um olhar sobre as sobrecargas punitivas e as dominações do masculino”. *Revista de Estudos Criminais*, [versão impressa], Porto Alegre, 2008, número 28, págs. 81-106.

COLARES, Leni B. C., e CHIES, Luiz A. B.: “Mulheres nas so(m)bras”: invisibilidade, reciclagem e dominação viril em presídios masculinamente mistos. *Revista Estudos Feministas*, [versão impressa e versão on-line], Florianópolis, 2010, volume 18, número 2, disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2010000200007/13626>, ISSN 0104-026X.

CONNELL, Raewyn, e PEARSE, Rebecca (2015): *Gender in world perspective*. Terceira edição, Cambridge, Polity Press, 2015, 184 págs.

CUNHA, Manuela (2002): *Entre o bairro e a prisão: tráfico e trajectos*. Lisboa, Fim de Século, 2002, 356 págs.

FERREIRA, Guilherme G. (2015): *Travestis e prisões: experiência social e mecanismos particulares de encarceramento no Brasil*. Curitiba, Multideia Editora, 2015, 160 págs.

LOURO, Guacira L.: “Teoria queer-uma política pós - identitária para a educação”. *Revista Estudos Feministas*, [versão impressa e versão on-line] Florianópolis, 2001, volume 9, número 2, disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2001000200012>, e-ISSN 1806-9584.

PELÚCIO, Larissa.: “Traduções e torções ou o que se quer dizer quando dizemos queer no Brasil?”. *Revista Periódicus*, [versão on-line] Salvador, 2014, volume 1, número 1, disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/10150>, e- ISSN: 2358-0844

VALADÃO, Rita C., e GOMES, Romeu: “A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [versão on-line], Rio de Janeiro, outubro/dezembro de 2011, volume 21, número 4, disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000400015>, e-ISSN 1809-4481.

WACQUANT, Loïc (2001): *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2001, 121 págs.

WOODS, Jordan B.: "Queering Criminology": Overview of the state of the field". In PETERSON, Dana, e PANFIL, Vanessa R. (org.). *Handbook of LGBT communities, crime, and justice*, Nova York, Springer, 2014, págs. 15-41.

SESSÃO EMPÍRICA



Paola Pase <paolapase1@gmail.com>

Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde

Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde <webepsjv@fiocruz.br>

15 de maio de 2018 11:56

Responder a: no_reply@fiocruz.br

Para: PAOLA FAGUNDES PASE <paolapase1@gmail.com>

Prezado(a) Prof(a) Dr(a) PAOLA FAGUNDES PASE

Informamos que o original intitulado: Relações de gênero no trabalho em saúde em um estabelecimento prisional feminino foi recebido pela Coordenação Editorial da revista Trabalho, Educação e Saúde.

Conforme exposto nas normas editoriais, os originais são primeiramente avaliados pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à revista. Uma vez pertinente ao escopo da revista, o manuscrito será avaliado por até três pareceristas ad-hoc.

Agradecemos o seu interesse em publicar em nossa revista.

Atenciosamente,

Coordenação Editorial
Revista Trabalho, Educação e Saúde

Esta é uma mensagem automática do Sistema REVTES. Não é necessário resposta.

Relações de gênero no trabalho em saúde em um estabelecimento prisional feminino

Paola Fagundes Pase
Alexandre Rodrigues Lucas
Gabriel Ibarra Zanella
Gabriel Savaris Ignácio
Barbara Sordi Stock
Águida Luana Veriato Schultz
Renata Maria Dotta
Angelo Brandelli Costa

RESUMO

O objetivo principal do artigo é discutir sobre as relações de gênero a partir das falas de profissionais da saúde que trabalham em uma penitenciária feminina do Rio Grande do Sul. Os dados analisados constituem uma parte do material coletado durante um projeto maior executado durante os anos de 2013 a 2015. Nesse artigo é utilizada a análise temática do tema gênero a partir das falas presentes em cinco encontros de Apoio Matricial. Os resultados são organizados em três subtemas como desdobramentos do tema principal: gestação e permanência dos bebês na prisão, normas corporais e saúde e nome social de pessoas trans. A discussão dos resultados segue referenciais das áreas da criminologia feminista e *queer*, diversidade sexual e de gênero e saúde coletiva. O artigo aborda principalmente a necessidade do direito à saúde integral da população encarcerada e, especificamente, de mulheres e população LGBT em geral, além da centralidade do cuidado relativo à gestação nesse espaço. Outro assunto importante é o papel da educação para profissionais de saúde considerando gênero e a importância desse processo para a redução do preconceito e qualificação no atendimento à saúde de mulheres e população LGBT.

Palavras-chave: Gênero; Prisão; Profissionais da saúde.

Gender relations in health care in a female prison

ABSTRACT

The main objective of this article is to discuss gender relations in prison health professionals' speeches. These professionals work in a female prison in Rio Grande do Sul state. Analyzed data is part of a bigger project developed and executed from 2013 to 2015. In this article, the chosen analysis method is thematic analysis of the theme gender in the participants' speech excerpts in five matrix support meetings. Results are organized in three subthemes from the main theme: pregnancy and babies staying in prison, body norms and health and transgender people social names. The discussion of these results follows theoretical aspects of feminist and queer criminology, gender and sexual diversity and collective health. The article mainly addresses the right to integral health care in prison, specifically to women and LGBT population, and also the central role of health attention directed to motherhood in prison. Another important topic is the role of health education about these themes in order to reduce prejudice and to qualify women and LGBT population health attention.

Keywords: Gender; Prison; Health care providers.

INTRODUÇÃO

A porcentagem de mulheres presas no Brasil cresceu em 567,4% entre 2000 e 2014, o número de presas era de 5.601 e passou a ser 37.380. Dessas mulheres, 68% cumpre pena por tráfico de drogas. O total da população carcerária no Brasil é de 607.731 pessoas presas, sendo que 6,4% são mulheres, de acordo com dados publicados no Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen Mulheres (Brasil, 2014e). O crescimento geral foi de 119% no mesmo período. Sobre os tipos de estabelecimentos prisionais, o Infopen Mulheres (2014) expõe que 1.070 são masculinos (75% do total), 238 mistos (17%) e 103 femininos (7%). Das mulheres presas no Brasil, 44,7% estão no regime fechado. Outro número que chama atenção quanto ao tipo de prisão e natureza do regime é que 30,1% das mulheres estão sem condenação (prisão provisória).

Contextualizando para a realidade do Estado do Rio Grande do Sul, as diferenças por gênero no ano de 2014 seriam de 1.614 mulheres e 26.445 homens encarcerados. A variação entre 2007-2014 do crescimento foi representada na porcentagem de 41% para as mulheres e 8% para os homens. Sobre os estabelecimentos prisionais no Estado, 74 são masculinos, 17 mistos e 5 femininos (Brasil, 2014e).

Portanto, entender a vulnerabilidade das mulheres no contexto prisional é fundamental por conta do crescente aumento do contingente populacional nesse ambiente e a necessidade de pensar estratégias para que cuidado em saúde seja desenvolvido considerando suas necessidades, uma vez que além do já citado, percebe-se que o perfil dessa população é composto por jovens, negras/os, de baixa escolaridade e renda, bem como marcado por condições adversas à saúde (Brasil, 2014e).

O Código Penal brasileiro de 1940 coloca, em seu artigo 38, que as pessoas em privação de liberdade são cidadãs e que continuam com seus direitos básicos mesmo sob custódia do Estado, além de terem a garantia da preservação de sua integridade (Lermen et

al., 2015). Esse fato representa, na prática, uma contradição fundamental no âmbito prisional e das ações do Estado para com a população, já que a saúde no Brasil é um direito assegurado constitucionalmente enquanto um dever do Estado e um direito de todas as pessoas (artigo 196), inclusive daquelas que estão em situação de privação de liberdade. A Lei de Execuções Penais (LEP) de 1984 já previa, antes da Constituição, que a pessoa encarcerada teria direito ao tratamento de saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990), a saúde pública no Brasil pode ser efetivada, baseando-se nos princípios de integralidade, igualdade e equidade, além da participação social.

A compreensão da atenção à saúde nos atendimentos propriamente ditos no Brasil se modificou a partir da implementação do SUS. A noção de saúde está contextualizada num paradigma biopsicossocial em que a doença também é influenciada por fatores sociais para além de aspectos biológicos. Assim, o trabalho de profissionais do Sistema se dá pela lógica do cuidado, considerando também as suas singularidades e subjetividade e aquelas da pessoa que busca o serviço de saúde. A construção do atendimento à demanda se dá por meio de um processo constante, para além de um olhar tecnicista. Essa concepção está de acordo com o pressuposto do SUS (também concretizado por meio de uma política) de humanização dos processos de trabalho (Pereira, Barros e Augusto, 2011).

Mesmo assim, a população em privação de liberdade estava à margem do SUS, pois ele não chegava até o espaço do cárcere. As políticas específicas para a saúde da população em privação de liberdade no sistema prisional surgiram somente a partir da década de 2000. Um marco histórico desse movimento de garantia à saúde das pessoas presas ocorreu na 12ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 2003, com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado, a Saúde que temos, o SUS que queremos”. Nessa Conferência, a participação social atua de forma importante ao colocar em debate a necessidade de políticas de saúde que chegassem aos espaços prisionais (Paim, 2008).

No mesmo ano, é publicada a Portaria Interministerial nº 1777/2003, instituindo o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP). O PNSSP implementa a política de atenção à saúde das pessoas em privação de liberdade pela via da criação de equipes multidisciplinares de atenção básica, tanto em equipes dentro dos espaços penitenciários

quanto em atendimento das pessoas presas na rede de saúde fora do cárcere, dependendo do número de pessoas encarceradas em cada estabelecimento prisional.

Outras legislações importantes trazidas por Lermen et al. (2015) dizem respeito às mulheres privadas de liberdade. Uma delas é a Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009, que dá nova redação aos artigos 14, 83 e 89 da LEP. Essa lei aborda a questão do acompanhamento médico de gestantes no pré-natal e pós-parto, extensivo aos bebês. Fica garantido que os bebês possam ser cuidados e amamentados até, no mínimo, seis meses de idade, em berçário construído dentro das unidades prisionais. Outro espaço específico é a creche para crianças maiores de seis meses e menores de sete anos. Também em relação ao parto, de acordo com a Resolução nº 3, de 1º de junho de 2012 publicada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), não há recomendações para o uso de algemas ou outros meios de contenção durante o parto e no período de repouso após.

Por fim, outra legislação abordada por Lermen et al. (2015) é a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE), instituída na Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014 pelo Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. As autoras destacam que essa política procura ampliar o olhar sobre as mulheres, considerando diversos marcadores sociais (gênero, orientação sexual, etnia, raça ou cor, entre outros) e também para as ações dirigidas a elas, como a prevenção aos muitos tipos de violência. Essa política, em específico sobre a temática da saúde, coloca que a atenção à saúde da mulher encarcerada deve seguir o que é preconizado pelo SUS, levando em consideração também a Rede de Atenção Psicossocial, instância que está articulada às orientações trazidas em seção específica sobre as mulheres privadas de liberdade com transtorno mental.

Além disso, a Portaria Interministerial nº 1/2014, de 2 de janeiro de 2014 institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional, que pode ser vista como uma ampliação do PNSSP (entre outras questões, atinge todos os regimes de custódia, trabalhadores do sistema prisional e familiares de pessoas presas). E ainda a Portaria nº 482/2014 determina os tipos de serviços de saúde ofertados pelas Equipes de Atenção Básica

Prisional (EABp), dividindo em tipo I (com saúde mental ou não), tipo II (com saúde mental ou não) e tipo III, de acordo com o número de pessoas presas em cada local.

Seguindo o caminho da PNAISP, é instituída a Resolução conjunta CNPCP e Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), de 15 de abril de 2014. De acordo com a Resolução, devem ser respeitadas questões específicas dessa população, como o nome social, tratamento com hormônios, respeito a seu gênero e orientação sexual, criação de espaços específicos para a população LGBT em casas prisionais, tratamento isonômico entre mulheres trans e mulheres cis, entre outros aspectos.

A saúde prisional segue a articulação do SUS nas três esferas da administração pública no Brasil (municipal, estadual e federal) e preconiza a municipalização e regionalização de seus serviços, ainda que existam incentivos financeiros por parte da federação e dos estados. Especificamente no caso da saúde da população prisional do Estado do Rio Grande do Sul, a política de saúde específica para essa população é pioneira ao considerarmos o contexto brasileiro, já que complementa a verba federal com co-financiamento desde 2006. Grandes avanços ocorreram na política a partir da publicação da Resolução CIB n° 257 de 2011, a partir do aumento do incentivo estadual, o que proporcionou o crescimento do número de Equipes de Atenção Básica Prisional. O total de equipes era de 8 em 2010 e, atualmente, é de 36, atingindo cerca de 70% da população prisional do regime fechado do Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul, 2016).

Como marco internacional específico para a saúde das mulheres presas, pode-se destacar as Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras – Regras de Bangkok (ONU, 2010). Tais regras fazem algumas recomendações aos Estados quanto ao tratamento diferenciado das mulheres presas tanto no ingresso no sistema prisional quanto na sua permanência e saída. Preconizam que não deve haver qualquer tipo de discriminação (com destaque às características de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional ou social, entre outras). Sobre as questões de saúde das mulheres presas, o documento determina que todas elas devem ter direito ao acesso a serviços de saúde que correspondam

minimamente àqueles oferecidos para a comunidade no geral. A oferta de ações voltadas para a saúde deve ocorrer numa perspectiva integral, as Regras abordam diversos aspectos, como avaliação médica no ingresso, prevenção e tratamento de HIV/AIDS, saúde mental, uso de substâncias, prevenção de suicídios e lesões autoinflingidas. Além de enfatizar a necessidade de assistência nos casos de violência (sexual e outros tipos), tanto antes como durante o encarceramento, também considerando medidas judiciais pertinentes.

Ainda no campo teórico, existem contribuições do campo da criminologia crítica que se distancia de muitas ideias biologicistas e individualistas, ligando-se em uma perspectiva que considera os direitos humanos e aspectos macrossociais nesse contexto. Essa corrente também aborda a problemática do sistema penitenciário e da violência que acaba por se sistematizar dentro dele, o que acaba por dificultar a recuperação e reinserção social que se espera de uma pessoa que cometeu delitos, buscando com que ela não reincida. Discute alternativas, como o abolicionismo penal, para modificações na punição pelos delitos. Levando em consideração esse viés dos direitos humanos, surge a criminologia feminista que traz como uma problemática maior os direitos das mulheres criminosas, pois elas ainda continuavam minimizadas, mesmo na criminologia crítica (Espinoza, 2002; Chies, 2005; Campos e Carvalho, 2011; Campos, 2012).

A criminologia feminista, aliada à caminhada do movimento feminista, busca trazer visibilidade para questões relativas às mulheres que estão presas, porque a criminalidade nessa população ganha contornos específicos. Apresenta uma crítica epistemológica do direito, visualizando-o enquanto uma ciência majoritariamente androcêntrica, não compreendendo, dessa forma, as mulheres que cometem delitos de forma mais qualitativa e diferenciada dos homens que estavam em um quadro semelhante (Espinoza, 2002; Chies, 2005; Campos e Carvalho, 2011; Campos, 2012).

Outra corrente de pensamento que surge como uma dissidência da criminologia positivista e que serve para visibilizar muitas populações que estão à margem da sociedade e do próprio cárcere é a criminologia *queer* (Carvalho, 2012). O termo *queer* ressignifica aquilo que poderia ser entendido numa tradução da língua inglesa para a língua portuguesa enquanto um termo pejorativo (ridículo, estranho, etc), sendo contextualizado especialmente no uso

preconceituoso para se referir a pessoas homossexuais (Louro, 2011). No caso do feminismo e dos estudos *queer*, ainda existem considerações a serem feitas sobre sua aproximação com a criminologia, pois essa última ainda possui a tendência de produzir conceitos totalizadores, o que acabaria por reduzir a complexidade com que feminismo e teoria *queer* tratam as diversas questões às quais se propõem a debater.

Ainda como reflexão sobre os aspectos de gênero, outra área importante é a vitimologia, uma área autônoma no campo dos estudos criminológicos que procura entender as vítimas, não só no sentido de vítimas de crimes, mas em outros contextos, como desastres naturais (Gonçalves, 2016). Nessa área, é trabalhado o conceito de rota de vitimização enquanto um dos olhares sobre as mulheres encarceradas. Essa rota se constitui de várias situações adversas (como abusos, violências, abandono e negligências) que fragilizam as mulheres fisicamente, psiquicamente, socialmente e economicamente e acabam por torná-las mais suscetíveis a recorrer às mais diversas formas de sobrevivência, como às atividades criminosas (Caffarena et al., 2012). Algumas características tornam as mulheres mais vulneráveis, como reflexo do meio social: as violências oriundas da sociedade machista que perpetua a desigualdade entre os gêneros e a intersecção de fatores socioeconômicos, como a pobreza (que também atingem a maioria dos homens encarcerados) (Caffarena et al., 2012).

As mulheres vitimizadas acabam por experimentar diversas consequências por conta dessas várias situações, tanto de ordem física, psíquica e relacional (tanto fora como dentro do cárcere). Mais especificamente, sobre o contexto institucional da prisão, verifica-se o caráter dúbio para as mulheres, podendo tanto ser um local de grande estresse cotidiano, violência e revitimização como um local de alívio, recarga e segurança (Caffarena et al., 2012).

A partir da exposição dessas normativas, percebe-se que ao longo das últimas décadas foi se construindo uma visão da pessoa presa enquanto cidadã de direitos, assim como as pessoas que estão fora do cárcere e que não praticaram nenhum delito. Essa concepção mais humanizada é construída concomitantemente em nível internacional, nacional e também local, sendo refletida nas práticas das políticas públicas (com destaque às políticas da área da saúde, conforme exposto acima). Pode-se inferir que esse paradigma caminha lado a lado com as transformações ocorridas dentro do campo da criminologia e outras ciências que elaboram

produções teóricas sobre as pessoas criminosas. Apesar desses diversos avanços tanto em nível teórico como de práticas profissionais/institucionais, muitas violências e cerceamento de direitos ainda acontecem dentro das casas prisionais (muitas vezes, praticados pelo próprio Estado).

Este artigo, portanto, apresenta reflexões produzidas a partir de uma pesquisa maior desenvolvida em uma prisão exclusivamente feminina no Rio Grande do Sul e a análise dos dados ocorreu durante o desenvolvimento de um projeto de mestrado com duração de 2016 até 2018. Tem como objetivo discutir sobre as relações de gênero a partir das falas de profissionais da saúde que trabalhavam nesse local na época da realização da pesquisa.

MÉTODO

Esse artigo compõe parte do projeto de pesquisa intitulado “A situação das mulheres privadas de liberdade e o apoio matricial em saúde mental a equipes de atenção básica inseridas no sistema prisional” (número 40678115.1.0000.5312 – Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública) executado pela Coordenação Estadual de Saúde Prisional do RS, financiado pela FAPERGS (edital PPSUS), em parceria com o Instituto de Criminologia de Sevilha, a Fundação Escola Superior do Ministério Público (FMP) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Educa Saúde. O projeto foi elaborado e executado durante os anos de 2013 a 2015 e foi desenvolvido por meio de uma pesquisa-ação, descritiva e exploratória, e contou com a participação de profissionais da Coordenação Estadual de Saúde Prisional do RS, estudantes da graduação, residentes e profissionais de um estabelecimento prisional feminino do Rio Grande do Sul.

O projeto foi uma pesquisa-ação por proporcionar uma intervenção no campo além da coleta de dados, visibilizando as particularidades das mulheres presas e buscando qualificar o trabalho de profissionais de saúde na área (Koerich et al., 2009). No caso específico, ocorreu principalmente por meio de grupos focais e de encontros de apoio matricial. O apoio matricial

em saúde é uma estratégia de trabalho que se constitui a partir da formação de equipes para a retaguarda de profissionais da saúde, sendo tanto assistencial como de suporte técnico-pedagógico às equipes de referência no cuidado em saúde de uma determinada população em um contexto específico. O apoio matricial tem como objetivo proporcionar a integração entre as mais diversas áreas da saúde e a articulação interinstitucional para a construção de diretrizes compartilhadas na atenção terapêutica, utilizando uma perspectiva de clínica ampliada e também de acompanhamento longitudinal (Campos e Domitti, 2007).

Para fins de realização deste estudo, foram analisados os dados produzidos a partir da fala de profissionais da saúde em cinco encontros de apoio matricial realizados no primeiro semestre do ano de 2015. A Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp) analisada está classificada no tipo II de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional. O apoio matricial contou com a participação de 10 profissionais que atuam na EABp e também pesquisadoras/es vinculadas/os ao projeto. As pessoas que atuam na EABp assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a participação na pesquisa e com a garantia da preservação de suas identidades. A direção da prisão também autorizou o desenvolvimento da pesquisa nas instalações.

Além de profissionais da EABp, profissionais de outros setores da prisão também colaboraram com as discussões de caso durante os encontros de apoio matricial. Para fins de análise desse trabalho, o foco principal será nas ideias das pessoas que trabalhavam na EABp na época da realização da pesquisa. Suas áreas de atuação eram medicina, serviço social, psicologia, enfermagem (técnico e graduação) e odontologia. Seu anonimato foi preservado, por meio da utilização de nomes fictícios e numeração de participantes (P1, P2...). Em cada trecho está indicado o número do participante no encontro e em qual encontro de apoio matricial (AM) ocorreu sua fala (número 1, 2, 3, 4 e 5).

Nos grupos focais, houve questionamentos às pessoas que atuavam na EABp sobre conceitos de saúde e saúde mental, se conheciam políticas e diretrizes para as mulheres em privação de liberdade, fragilidades e potencialidades, vínculo com a rede (dentro e fora do presídio) entre outras questões referentes ao seu processo de trabalho.

Na pesquisa realizada, a equipe de retaguarda para o apoio matricial foi constituída por profissionais, estudantes da graduação e residentes com atuação na Coordenação Estadual de Saúde Prisional.

Os encontros de apoio matricial foram espaços de discussão de 4 casos escolhidos por profissionais participantes da pesquisa que atuam no presídio, fomentando também a educação permanente por meio da participação em oficinas sobre temáticas que surgiram nos encontros, como a elaboração do plano terapêutico singular e diversidade sexual e de gênero na prisão. Os momentos de apoio matricial foram gravados e posteriormente transcritos por 5 pessoas, entre mestrandas/os e auxiliares de pesquisa.

O material foi analisado por meio do método da análise temática que procura identificar e interpretar padrões encontrados nos dados coletados. Esse processo, de acordo com Braun e Clarke (2006), pode ser dividido em 6 fases: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca pelos temas, revisão dos temas, definição dos temas e relatório/análise final. O viés adotado nesse estudo foi de caráter construtivista de corte dedutivo organizando os temas e subtemas. O tema escolhido foi gênero a partir das falas de profissionais participantes da coleta dos dados, especificamente nas discussões dos casos apresentados durante os encontros de apoio matricial. Esse tema foi definido previamente e, após a leitura e análise dos dados, foram desenvolvidos três subtemas como desdobramentos do tema principal. Em cada subtema, foram organizados trechos emblemáticos das falas de participantes enquanto unidade de análise. Os resultados foram discutidos levando-se em consideração as propostas teóricas das normativas relativas a saúde no sistema prisional nacionais e internacionais, criminologia crítica (especialmente feminista e *queer*), saúde pública e diversidade sexual e de gênero.

O projeto de mestrado no qual os dados foram analisados também foi aprovado pelo Comitê de Ética da universidade em que foi desenvolvido e não se apresentaram conflitos de interesses entre as pessoas que participaram da análise e redação do artigo.

RESULTADOS

Os três subtemas elaborados após a análise do tema gênero no material coletado foram: gestação e permanência dos bebês na prisão, normas corporais e saúde e nome social de pessoas trans.

QUADRO 1 – ORGANIZAÇÃO DO TEMA E SUBTEMAS

Tema	Subtema	Trecho representativo
Gênero	Gestação e permanência dos bebês na prisão	“Eu acho que tá na hora da gente começar a pensar sobre isso, porque assim, ó, nós estamos numa instituição prisional que foi feita pra o adulto, pra mulher, para o homem e eis que nós temos uma lacuna aqui dentro, uma instituição para crianças e na instituição não tem estrutura para esse atendimento, esse olhar.” - P5, AM3.
	Normas corporais e saúde	“É, mas normalmente tem um problema de adesão aos tratamentos, eu comparo as vezes aqui com o outro presídio, né, tem diferença, tem peculiaridades das mulheres aos homens. As mulheres não querem aderir

		<p>ao tratamento, não querem engordar com medicação psiquiátrica, quase todas engordam, então tem pacientes que a gente fica tentando de um lado e do outro, que simplesmente ela não quer ficar fora de forma, tudo a gente entende, mas as vezes é complicado, mas.” - P3, AM1.</p>
	<p>Nome social de pessoas trans</p>	<p>“e ela é uma paciente, ela tem nome social é Pedro...” - P2, AM4.</p> <p>“daí eu perguntei como ela tem o nome social, se ela preferia ser chamada de Amanda ou de Pedro, ela disse Pedro, então eu me dirijo a ela como Pedro.” – P3, AM4.</p> <p>“P4: Não, eu digo como é que funciona isso porque o nome social, o que ela faz é uma identidade? P3: Aham, uma identidade com o nome masculino.” – P4 e P3, AM4.</p>

		<p>“P2: Um projeto, não sei se vocês tão a par, é um projeto e aí vieram aqui assim como fizeram no outro presídio e existe o nome social no outro presídio, aqui a gente não teve demanda, as que tinham eram homossexuais e tal, não quiseram fazer o nome social e ela tem, a identidade dela tá escrito assim nome social.</p> <p>P4: No próprio RG? P2: Sim, na identidade dela tem o nome social.” – P2 e P4, AM4.</p>
--	--	--

O primeiro subtema se refere à situação de gestação e permanência dos bebês na prisão. Essa temática e suas implicações foram abordadas diversas vezes durante os encontros de apoio matricial, em função das demandas dos casos escolhidos. Um dos aspectos a ser destacado durante as conversas com profissionais foi o questionamento sobre a prisão ser um local possível para abrigar bebês, considerando as especificidades do local. Num momento de discussão de um dos casos, o trecho representativo escolhido problematiza essa organização por conta das dificuldades estruturais do presídio. Além disso, uma questão específica pontuada sobre a gravidez e permanência das crianças no local foi a separação entre as mães e os bebês no momento em que completam um ano e o desenrolar dessa problemática, com a necessidade de considerar os aspectos ligados à rede de saúde e familiar. Entre os tópicos abordados também foi pontuado que existem expectativas em relação ao desempenho dos cuidados pelas mães com os bebês, bem como observando que existem diferenças nos conhecimentos esperados e no que acontece na realidade.

O segundo subtema encontrado na análise é normas corporais e saúde. Esse tema foi identificado no momento em que uma das pessoas que trabalhavam na EABp destacou um ponto de diferença percebido entre presos homens e presas mulheres na adesão ao tratamento de medicamentos psiquiátricos. Foi reconhecido que um elemento determinante para algumas mulheres abandonarem o uso de medicamentos psiquiátricos é o fato de que alguns deles podem fazer com que elas engordem, o que seria entendido por elas como uma consequência negativa.

O terceiro e último subtema encontrado após a análise dos dados se refere à discussão de um caso de um homem trans que estava, no momento da coleta de dados, no presídio feminino. Na redação do artigo, seu nome social e nome de registro foram trocados por nomes fictícios para preservar sua identidade. Ele foi atendido pela equipe de saúde e expressou o desejo de ser chamado pelo seu nome social masculino, ainda que algumas/alguns profissionais da equipe se referissem a ele pelos pronomes femininos, como referido em alguns dos trechos representativos. Algumas/alguns profissionais também demonstraram dúvidas sobre como obter a carteira de nome social e o que isso seria, enquanto outras/os que já conheciam um pouco mais puderam auxiliar. Ao comentarem sobre uma possível demanda para a obtenção da carteira de nome social entre a população daquele local, um aspecto que chama a atenção é uma possível confusão entre identidade de gênero e orientação sexual, pois se presumiu que presas com uma expressão de gênero considerada comumente mais masculina poderiam ser homens trans.

DISCUSSÃO

Um dos aspectos centrais sobre o tema gênero percebido a partir das falas de profissionais participantes da pesquisa foi a presença de gestantes e bebês na unidade prisional, refletindo preocupações de profissionais da equipe de retaguarda do apoio matricial e de profissionais que trabalham em setores do presídio.

A visão androcêntrica presente hegemonicamente na medicina direciona a noção de que a saúde da mulher se resumiria a questões obstétricas e ginecológicas. Assim a norma em termos de saúde, incluindo a produção de manuais e materiais didáticos, é constituída pelas necessidades dos homens e a especificidade das mulheres seria da reprodução/gestação. Por exemplo, a produção sobre as doenças cardíacas toma como referência os sintomas apresentados por homens, acarretando no subdiagnóstico de mulheres com esses agravos e que demonstram sintomas diferentes dos homens (Alexanderson, Wingren e Rosdahl, 1998).

A centralidade no discurso de profissionais de saúde sobre a saúde reprodutiva e materno-infantil a despeito da saúde integral, fundamenta ideias cisheteronormativas⁴ acerca de quais são os agravos de saúde as quais as políticas de saúde das mulheres devem se destinar, excluindo mulheres que não sejam heterossexuais e/ou cis, além daquelas mulheres que não desejam ter filhos. Também corrobora para construir a noção de que gerar e cuidar de filhos só é realidade para mulheres cis e que outras configurações (por exemplo, homens trans que engravidaram) seriam inválidas.

Gerar e cuidar de crianças estando em situação de privação de liberdade é algo bastante específico e complexo. O presídio pesquisado é um dos poucos do estado que apresenta uma ala específica para bebês permanecerem até completarem um ano de vida e também para abrigar pessoas em período de gestação no momento de seu aprisionamento. Esse local é diferente das demais galerias por proporcionar uma circulação mais livre e ter um espaço maior. Essa configuração atende àquilo que é preconizado pela LEP de 1984. Mesmo assim, em termos da organização prisional brasileira para atender a essa necessidade, o Infopen Mulheres (Brasil, 2014e) traz dados das 103 unidades prisionais exclusivamente femininas no Brasil e 239 mistas. A oferta de cela/dormitório para gestantes existe em 34% das prisões femininas, 17% sem informação e não existe em 49% dessas prisões. Nas prisões mistas, 6% possuem, 4% sem informação e 90% não possuem. Sobre outras modalidades de

⁴ Tal perspectiva aponta uma matriz heterocentrada e cisnormativa, ou seja, designa experiências de sexualidade e identidade de gênero naturalizadas e compulsórias em nossa cultura, tendo como noção principal a heterossexualidade e a identidade cis (pessoas que se identificam com o gênero designado ao nascimento) como normalidade da experiência sexual e de gênero.

assistência nessa área, a existência de berçário e/ou centro de referência existe em 32% das unidades femininas, 20% sem informação e não existe em 48%. Nas unidades mistas, existe em 3%, 11% sem informação e 86% não existe. Já sobre as creches para crianças maiores de 6 anos e menores de 7 anos previstas na LEP, não existem em 76% das unidades femininas, não há informação sobre 19% e existem em 5%. Nas unidades mistas, não há informação sobre 11% e 89% não possuem.

A prisão já é um local estressante por si só e esse sentimento é sentido com mais impacto na situação de gestação (Viafore, 2005). Outros autores (Mello e Gauer, 2011) enxergam que a presença das crianças minimizaria o sofrimento institucional sentido na prisão por suas mães, mas não existe uma noção consolidada de como o ambiente afeta as crianças. No contexto, também foi observada a diminuição no uso de drogas em função da necessidade de cuidar das crianças (Mello e Gauer, 2011). Outra configuração é a ambivalência entre aceitação e rejeição da maternidade por conta do processo de encarceramento que acaba recaindo sobre a criança (Gomes et al., 2009).

Antes de sair definitivamente, as crianças podem passar até 15 dias fora da prisão ao saírem para passeios com familiares de primeiro grau da genitora presa. O sofrimento sentido pela mãe é percebido tanto quando as crianças estão junto a elas no presídio, por também estarem encarceradas de certa forma, como quando estão distantes (Viafore, 2005). Outro fator importante é que nem todas as mães estão aprisionadas na sua cidade de origem e/ou local em que sua família reside, algo que torna mais difícil o processo de saída do bebê da prisão enquanto a mãe continua cumprindo sua pena, principalmente pela distância e dificuldades no contato com a família extensa (Viafore, 2005).

Uma revisão sistemática sobre a maternidade no cárcere produzida por Cúnico, Brasil e Barcinski (2015) apresenta contribuições de alguns estudos, como o de Moe e Ferraro (2007) em que a maternidade poderia configurar um status social mais elevado para essas mulheres. Outros achados são de Kilty e Dej (2012) sobre a normatividade acerca do que é ser mãe e de que não corresponder a esse ideal faz com que a mulher seja considerada preguiçosa e negligente. Especificamente sobre as mulheres encarceradas que são mães e fazem uso de drogas, elas seriam vistas como imaturas e desviantes. Esse compromisso de atingir um ideal

e as ideias de não serem boas mães recairiam sobre as mulheres encarceradas e então passam a se ver também dessa forma, fazendo com que pensem ser culpadas pelo futuro dos filhos. A prática de contravenções penais compromete o desempenho das funções de ser mãe e que há um choque entre a prisão ser um local para punir, mas que exige o cuidado, de acordo com Haney (2013).

Existe uma punição dupla em ser mãe e também praticante de delitos, conforme Forsyth (2003). A maternidade no cárcere nos moldes normativos se constitui como uma forma de controle sobre as mulheres em que elas são infantilizadas e tem sua autoridade diminuída. Especialmente no caso de mulheres pobres cujas práticas são mais explicitamente vistas como de domínio público, para Haney (2013) corroborado por Cúnico, Brasil e Barcinski (2015). O crime e a consequente reclusão são vistos como atos egoístas, já que a mulher encarcerada não estaria cumprindo as expectativas sociais de maternidade por não estarem no ambiente doméstico (Cúnico, Brasil e Barcinski, 2015).

No contexto da pesquisa, foi reconhecido que a maternidade num ambiente como a prisão pode ser fortemente influenciada pelas limitações do local que seria idealmente destinado a pessoas adultas e que existe a necessidade de pensar sobre os impactos disso, ainda que as pessoas participantes da pesquisa trabalhem em um local em que as mulheres gestantes e mães com bebês recebam atenção não só da equipe de saúde que atende ao restante da prisão, mas também de profissionais que atendem especificamente à unidade em que elas estão alocadas.

Outros agravos de saúde para além da questão da maternidade também demandam atenção de profissionais que trabalham nas instituições prisionais. Em relação às demandas de saúde apresentados pelo Infopen Mulheres de 2014, 1.204 mulheres presas vivem com agravos transmissíveis (5,3% no total do país, sem o contingente populacional do estado de São Paulo excluído por falta de informações). A porcentagem dos agravos nessas 1.204 presas é: 46% HIV (565), 35% sífilis (422), 6,8% hepatite (82), 4,8% (58) tuberculose e 6,4% (77) outros agravos.

A saúde mental surgiu como um aspecto transversal durante as discussões de casos do apoio matricial, tendo em vista que o projeto principal estava voltado a identificar aspectos

desse campo. A partir das falas, foram percebidas como grandes demandas a dependência química e seus desdobramentos e outras questões psiquiátricas/psicológicas que muitas vezes necessitavam do acompanhamento de outras instâncias, como Manicômio Judiciário e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Uma questão muito forte na prisão, também presente na discussão de casos e nos grupos focais, foi o uso de medicamentos (psiquiátricos em diversos casos) pelas pessoas presas. Nas discussões de caso especificamente, muitas vezes eram relatados os medicamentos que a pessoa utilizou e/ou estava utilizando na época e alguns pormenores envolvidos no tratamento (combinações de medicamentos, se estava fazendo efeito, qual a finalidade, adesão ao tratamento, entre outros).

Dados de um estudo desenvolvido com uma amostra de 287 presas de uma prisão do Rio Grande do Sul apresentaram informações sobre uso de álcool e outras drogas, sintomatologia de depressão, uso de medicamentos, violências durante o ciclo vital, entre outras. Especificamente sobre álcool e drogas, 53,7% das entrevistadas fez uso de álcool ao longo da vida (15,7% com dependência) e 54,4% consumiu outras drogas (38,3% com dependência). O uso de medicamentos psiquiátricos na prisão foi expressado por 30,3% das entrevistadas, com 17,1% relatando uso sem prescrição atual (Canazaro e Argimon, 2010).

Outro estudo também realizado no Estado, com número de 37 participantes, apresentou índices de uso de medicamentos psiquiátricos por 43,2% das presas. Sobre as drogas ilícitas, 35,1% relatou fazer uso (Dotta, 2014).

Mais um ponto central sobre o tema gênero são as normas corporais e o impacto na saúde das mulheres. A preocupação com o fato de engordar pode ser um fator relacionado ao discurso hegemônico de valorização da magreza que é um atributo físico socialmente encorajado e incentivado de diversas formas para que as mulheres correspondam a esse ideal de beleza. A partir do final do século XVIII na cultura ocidental, começou a se difundir no campo da saúde o conceito de obesidade e a respectiva patologização dela. A noção da gordura enquanto doença no campo da saúde não é neutra, carrega em si valores morais, éticos, estéticos e religiosos (Santolin e Rigo, 2015).

A saúde acaba se ligando à estética, sendo a magreza uma expressão de um corpo saudável, ainda que sejam utilizadas técnicas que colocam a saúde em risco para atingir esse

ideal (por exemplo, jejuns). Dessa forma, ocorre a objetificação do corpo feminino com a priorização da aparência em detrimento da competência corporal (Bercht e Costa, 2017).

Por fim, outro aspecto relativo ao tema gênero, encontrado após a análise dos encontros de apoio matricial, aborda o conhecimento acerca do nome social de pessoas trans.

O nome social é o “Nome pelo qual as travestis e pessoas transexuais se identificam e preferem ser identificadas, enquanto o seu registro civil não é adequado à sua identidade e expressão de gênero.” (Jesus, 2012, p. 31). No âmbito do SUS, a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde garante o atendimento humanizado e livre de discriminação (incluindo orientação sexual e identidade de gênero). Essa Portaria também aborda a identificação das pessoas que são atendidas pelo SUS, destacando a importância de haver um campo nos formulários de registro para o nome social, o qual deve ser respeitado. Especificamente no contexto do Estado do Rio Grande do Sul, existe o decreto nº 48.118, de 27 de junho de 2011, garantindo que travestis e pessoas trans tenham o direito ao respeito do nome social e inclusão dele nos registros e procedimentos no âmbito do Poder Executivo Estadual. No ano seguinte, por meio do decreto nº 49.122, de 17 de maio de 2012 o Estado do Rio Grande do Sul instituiu a carteira de nome social para travestis e pessoas trans.

No caso do SUS, mesmo com o aporte legislativo, muitas pessoas trans não têm seus direitos respeitados. Em um hospital pesquisado por Próchno e Rocha (2011) há relatos sobre a problemática da alocação de travestis em alas hospitalares, mesmo que o local tenha sido considerado um pioneiro na implementação do nome social. Ainda existem dificuldades para a efetivação do nome social, conforme a pesquisa de Neves (2015), ao apresentar o relato de um homem trans que foi ofendido e constrangido por uma pessoa que trabalhava em um ambulatório ao dizer que seu nome social não era válido naquele contexto.

No contexto da pesquisa descrita neste artigo, outro espaço para discussão do tema e de alguns de seus desdobramentos foi durante uma das oficinas temáticas (a temática de diversidade sexual e de gênero) desenvolvidas após os encontros de apoio matricial. Além da participação da equipe de retaguarda da pesquisa, também contou com a presença de pesquisadoras/es da área de gênero e sexualidade. Após uma apresentação de conceitos

básicos desse tema, o caso de Pedro foi novamente discutido. Assim, profissionais que atuavam no presídio aproveitaram o momento para conversarem sobre a diferença entre identidade de gênero e orientação sexual, o que é ser cis e o que é ser trans, carteira de nome social, retificação de registro civil, entre outros questionamentos.

A apresentação desse caso em dos encontros de apoio matricial também remonta ao contexto de pessoas LGBT encarceradas. Ainda que exista a Resolução (Resolução conjunta CNPCP e CNCD/LGBT, de 15 de abril de 2014) que cria as alas LGBT para buscar diminuir o preconceito e a violência sofrida por pessoas trans nesses espaços, ainda assim existem desafios já que nem todos os estabelecimentos prisionais possuem esse tipo de estrutura e nem só a criação delas assegura a proteção e o acesso a determinados direitos por essas pessoas.

Especialmente no que tange às demandas de saúde, ainda que a resolução pautasse as especificidades dessa população (por exemplo, acesso e uso de hormônios), a realidade pode se expressar de forma diferente. Em estudo desenvolvido por Ferreira (2015) com as travestis alocadas em uma ala específica de um presídio masculino do Rio Grande do Sul, o autor revela que existem dificuldades na oferta, orientação do uso e no acesso aos hormônios. As falas delas e de profissionais que as atendiam reforçava a ideia de que somente alguém de fora da prisão poderia trazer hormônios para elas e que ainda teriam que enfrentar as questões institucionais da segurança. Sobre outras demandas de saúde, profissionais identificavam que a prevenção e tratamento do HIV era a principal demanda de saúde dessa população (Ferreira, 2015).

Na pesquisa referida no artigo, a equipe de saúde não trouxe nenhum caso de travesti ou mulher trans aprisionada e nem se existiam outros homens trans na prisão além do caso discutido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse artigo buscou abordar uma perspectiva de gênero na prisão a partir das falas de profissionais da área da saúde que trabalham em uma prisão feminina. Tendo em vista os aspectos aqui discutidos, entende-se que ainda é necessário pautar os direitos das pessoas presas e, especialmente aqui neste caso, como são planejadas e executadas as ações em saúde voltadas para mulheres e população LGBT considerando aspectos específicos e a intersecção com outros determinantes sociais e políticas de saúde.

A educação em saúde se apresenta como uma forma de trazer mais informações e reduzir o preconceito que as pessoas que utilizam o SUS possam eventualmente sofrer. Nesse campo do conhecimento, os estudos *queer* possuem importantes contribuições. Servem como ferramenta para reconhecer os processos de hierarquização e exclusão de determinadas formas de ser que estão, muitas vezes, presentes nas áreas das políticas sociais, da saúde e da educação. Sendo assim, uma ótica *queer* na educação em saúde prioriza o desvelamento dessas operações de normalização e poder, facilitando as possibilidades de transformação e resistência. A educação em saúde pela perspectiva *queer* busca produzir diferenças e estimular seu potencial de estar em instabilidade e movimento. Essa instabilidade também é assumida durante a produção do conhecimento nesse contexto, problematizando os conteúdos normalizadores fortemente existentes na saúde e a naturalização e imutabilidade de certas ideias e práticas (Motta e Ribeiro, 2013).

A educação para a diversidade sexual e de gênero na saúde é tão necessária ao ponto que muitas pessoas trans, além do preconceito que sofrem por inúmeras vias (patologização de suas identidades, dificuldades de acesso e outras violências históricas), acabam por ser a principal fonte de conhecimento para profissionais de saúde. O esperado seria que os serviços de saúde de alguma forma se responsabilizassem pelas informações acerca do atendimento de pessoas trans (Dickey, 2017).

Além disso, reforça-se a importância de problematizar como a saúde está pautada em modelos hegemônicos que perpetuam o machismo, a cisheteronormatividade e outros tipos de preconceito. Por conta disso, a integralidade dos processos de saúde e doença das pessoas

pode ficar à margem dessas produções discursivas. Outro ponto importante diz respeito à normatividade sobre gerar e cuidar de bebês, uma questão multifacetada no contexto do cárcere quando pensada em conjunto com práticas punitivas e de controle.

Cabe salientar que este artigo é produzido por pessoas cis e que não estão em situação de privação de liberdade, o que traz implicações políticas e teóricas no conteúdo do artigo por conta da posição de distanciamento de muitos aspectos enriquecidos pelas vivências e lugares de fala. Dessa forma, incentiva-se que mais produções acadêmicas sejam elaboradas por pessoas que partam dessas trajetórias.

O artigo apresenta limitações metodológicas, como o número de casos e de encontros de apoio matricial desenvolvidos e analisados. Também a temática de gênero e seus desdobramentos mais explícitos poderia ter sido mais centralizada. Recomenda-se que estudos futuros sejam desenvolvidos na área, levando em consideração outros locais e contingentes populacionais diferentes, além de preencher lacunas científicas acerca do encarceramento de pessoas trans e travestis (especialmente homens trans nas prisões brasileiras), da gestação e cuidado com bebês que nascem nas prisões e de aspectos que dizem respeito às experiências das pessoas trabalhadoras da saúde no sistema prisional.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDERSON, Kristina; WINGREN, Gun; ROSDAHL, Inger. Gender analysis of medical textbooks on dermatology, epidemiology, occupational medicine and public health. *Education for health: Change in Learning & Practice*, v. 11, n. 2, p. 151-163, 1998.
- BERCHT, Ana Maria; COSTA, Angelo Brandelli. Teoria da Objetificação do Self: Reflexos para a saúde mental das mulheres e aplicabilidade no contexto brasileiro. SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO & WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 11 e 13., 2017, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 2017.
- BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. *Institui a Lei de Execução Penal*. Brasília, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1984.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministério, 1990.
- BRASIL. *Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777, de 9 de setembro de 2003*. Brasília, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Gabinete do Ministério, 2003.
- BRASIL. Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009. *Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência*. Brasília, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2009a.
- BRASIL. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. *Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministério, 2009b.
- BRASIL. *Resolução nº 03, de 1º de junho de 2012*. Brasília, Ministério da Justiça, Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, 2012.
- BRASIL. Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014. *Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Gabinete do Ministério, 2014a.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. *Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências*. Brasília, Ministério da Justiça, 2014b.
- BRASIL. Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. *Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, Ministério da Saúde, 2014c.
- BRASIL. *Resolução conjunta CNPCP-CNCD/LGBT, de 15 de abril de 2014*. Brasília, Ministério da Justiça, 2014d.
- BRASIL. Ministério da Justiça. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - Infopen Mulheres – Junho de 2014*. Brasília: Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional, 2014e. 42 p.
- BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

- CAFFARENA, Borja Mapelli et al. *Mujeres en las cárceles de Andalucía*. 1. ed. Madrid: Dykinson, 2012.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CAMPOS, Carmen Hein; CARVALHO, Salo de. Tensões atuais entre a criminologia feminista e a criminologia crítica: a experiência brasileira. In: CAMPOS, Carmen Hein (Org.). *Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011. p. 143-169.
- CAMPOS, Carmen Hein. Teoria feminista do direito e violência íntima contra mulheres. *R. EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 57, p. 33-42, 2012.
- CANAZARO, Daniela; ARGIMON, Irani I. L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1323-1333, 2010.
- CARVALHO, Salo de. Sobre as possibilidades de uma criminologia queer. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 151-168, 2012.
- CHIES, Luiz Antônio Bogo. Resenha de A mulher encarcerada em face do poder punitivo de Olga Espinoza. *Revista de Estudos Criminais*, Porto Alegre, n. 17, p. 149-157, 2005.
- CÚNICO, Sabrina Daiana; BRASIL, Marina Valentim; BARCINSKI, Mariana. A maternidade no contexto do cárcere: uma revisão sistemática. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 509-528, 2015.
- DICKEY, Iore M. Toward developing clinical competence: Improving health care of gender diverse people. *American journal of public health*, v. 107, n. 2, p. 222-223, 2017.
- DOTTA, Renata Maria. *The right to health: women in prison and mental health*. 129fl. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, UFCSPA, Porto Alegre, 2014.
- ESPINOZA, Olga. A prisão feminina desde um olhar da criminologia feminista. *Revista Transdisciplinar de Ciências Penitenciárias*, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 35-59, 2002.
- FERREIRA, Guilherme Gomes. *Travestis e prisões: experiência social e mecanismos particulares de encarceramento no Brasil*. 1. ed. Curitiba: Multideia, 2015.
- GOMES, Aline Barbosa Figueiredo et al. Reflexões sobre a maternidade no sistema prisional: O que dizem técnicas e pesquisadoras. In: XV Encontro Nacional da ABRAPSO, 15., 2009, Maceió, *Anais...* Maceió: ABRAPSO, 2009, p. 01-08.
- GONÇALVES, Vanessa Chiari. Violência contra a mulher - contribuições da vitimologia. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 38-52, 2016.
- HANEY, Lynne . Motherhood as Punishment: The Case of Parenting in Prison. *Women, Gender, and Prison: National and Global Perspectives*, v. 39, n. 1, p. 105-130, 2013.
- JESUS, Jaqueline Gomes de. *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*. 2. ed. Goiânia: Ser-Tão/UFG, 2012.
- KILTY, Jennifer. M.; DEJ, Erin. Anchoring Amongst the Waves:

Discursive Constructions of Motherhood and Addiction. *Qualitative Sociology Review*, v. 8, n. 3, p. 6-23, 2012.

LERMEN, Helena Salgueiro et al. Health in prison: analysis of health social policies targeting the Brazilian prison population. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 905-924, 2015.

MELLO, Daniela Canazaro; GAUER, Gabriel. Vivências da maternidade em uma prisão feminina do Estado do Rio Grande do Sul. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 113-121, 2011.

MOE, Angela M.; FERRARO, Kathleen J. Criminalized mothers: the value and devaluation of parenthood from behind bars. *Women & Therapy*, v. 29, n. 3-4, p. 135-164, 2007.

MOTTA, José Inácio Jardim; RIBEIRO, Victória Maria Brant. Quem educa queer: a perspectiva de uma analítica queer aos processos de educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1695-1704, 2013.

NEVES, Benjamin Braga de Almeida. *Transmasculinidades e o Cuidado em Saúde: desafios e impasses por vidas não-fascistas*. 131fl. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, UFRJ, Rio de Janeiro, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Regras das Nações Unidas para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (Regras de Bangkok)*. s/l: ONU, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nóbrega de Almeida. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental*, Barbacena – MG, v. 9, n. 17, p. 523-536, 2011.

PROCHNO, Caio César Souza Camargo; ROCHA, Rita Martins Godoy. O jogo do nome nas subjetividades travestis. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 254-261, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 48.118, de 27 de junho de 2011. *Dispõe sobre o tratamento nominal, inclusão e uso do nome social de travestis e transexuais nos registros estaduais relativos a serviços públicos prestados no âmbito do Poder Executivo Estadual e dá providências*. Assembleia Legislativa, Gabinete de Consultoria Legislativa, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 49.122, de 17 de maio de 2012. *Institui a Carteira de Nome Social para Travestis e Transexuais no Estado do Rio Grande do Sul*. Estado do Rio Grande do Sul, Assembleia Legislativa, Gabinete de Consultoria Legislativa, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Prisional. *Saúde Prisional*. 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/428/?Saúde_Prisional>. Acesso em: 20 set. 2016.

VIAFORE, Daniele. A gravidez no cárcere Brasileiro: uma análise da Penitenciária Feminina Madre Pelletier. *Direito & Justiça–Revista de Direito da PUCRS*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 91-108, 2005.

SANTOLIN, Cezar Barbosa; RIGO, Luiz Carlos. O nascimento do discurso patologizante da obesidade. *Movimento*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 81-94, 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises e colocações presentes nas sessões apresentadas nesse trabalho, ressalta-se a importância das políticas públicas voltadas a qualificar o cuidado e atenção à saúde da pessoa encarcerada, um ponto de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) pela via de ações como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Especificamente na realidade trazida na dissertação sobre o Estado do Rio Grande do Sul, as ações da Política Estadual de Atenção Básica à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional se destacam como referência nacionalmente em seu planejamento e execução de atividades e implantação de Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp).

O Estado do Rio Grande do Sul vem se organizando por políticas de equidade na área da saúde (saúde da população negra, indígena, prisional, LGBT, do campo...), uma maneira de qualificar os olhares e práticas na gestão em saúde considerando os marcadores sociais de uma forma mais ampla.

Levando em conta as reflexões produzidas nas partes dessa dissertação, é importante destacar a integração entre saúde prisional e diversidade sexual e de gênero, com o objetivo de minimizar as discriminações sofridas pelas pessoas contempladas por esses recortes identitários.

É fundamental que as políticas de saúde no nível da gestão estejam preocupadas em garantir o acesso à saúde livre de preconceitos e que essa diretriz se efetive também para profissionais que atendam em outros níveis de atenção.

A área da saúde ainda apresenta muitos discursos que legitimam somente algumas maneiras de existir. No campo das relações de gênero e diversidade sexual, esses discursos se expressam por meio de violências como machismo, transfobia, lesbofobia, homofobia e bifobia. Dessa forma, pessoas que já estão à margem da sociedade são mantidas nessa configuração em espaços nos quais o cuidado a sua saúde deveria ser prioridade. Há a necessidade também de pensar sobre o sistema carcerário por ser um espaço em que as violências encontram muitas possibilidades de serem ampliadas.

Mesmo assim, decisões recentes da justiça brasileira contribuem para progressos nos direitos de pessoas trans e travestis, bem como de gestantes e mães no sistema prisional. A primeira delas é a publicação pelo STF de que a retificação do registro civil de pessoas trans e travestis não necessita mais da via judicial, possibilitando que as mudanças nos documentos sejam realizadas em cartórios, de acordo com matéria do site Consultor Jurídico (2018). As discriminações são produzidas muitas vezes pela própria justiça e pelas ciências médica e psicológica ao tolher o direito de pessoas trans e travestis de expressarem sua própria voz.

A segunda diz respeito à efetivação da prisão domiciliar de gestantes e mães de crianças até 12 anos que cometeram crimes não-violentos e estão em prisão provisória,

segundo publicação do jornal Correio do Povo (2018). Essas normativas demandam reflexões para a sociedade e, principalmente, para o sistema judicial, carcerário e de saúde para repensar estruturas já consolidadas e criar novas possibilidades.

Cabe enfatizar as implicações políticas do lugar de fala de qual parte essa dissertação, o de uma pesquisadora cis, branca, de classe média e que não está em situação de privação de liberdade, o que provavelmente apresentaria diferenças importantes caso tivesse sido produzida por pessoas que estão atravessadas por outros marcadores socioidentitários. É preciso também observar a necessidade de mais produções acadêmicas na área dos estudos de gênero e diversidade sexual no âmbito prisional.

Por fim, destaca-se a potencialidade da saúde como um espaço para o resgate e exercício da cidadania de pessoas em privação de liberdade, e a importância do papel dos profissionais envolvidos nas diferentes esferas em questionar e refletir sobre seu exercício profissional e papel social.

REFERÊNCIAS

- Costa, A. B., & Nardi, H. C. (2015). O casamento “homoafetivo” e a política da sexualidade: implicações do afeto como justificativa das uniões de pessoas do mesmo sexo. *Estudos Feministas*, 23(1), 137-150. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n1p/137>
- Cúnico, S. D., & Lermen, H. S. (2017). O exercício da maternidade e da paternidade no cárcere: uma questão de gênero. In M. N. Strey & N. A. P. De Souza (Orgs.), *Corpo e relações de gênero na contemporaneidade* (pp. 121-142). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.
- Foucault, M. (1994a). L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté. *Dits et écrits*, v. IV (pp. 708-735). Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1994b). Entretien avec Michel Foucault. In D. Defert & F. Ewald (Eds.), *Dits et écrits*, v. III (pp. 140-160). Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1994c). L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté. In D. Defert & F. Ewald (Eds.), *Dits et écrits*, v. IV (pp. 222-243). Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão* (20. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Guedes, M. A. (2006). Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino. *Psicologia: ciência e profissão*, 26(4), 558-569. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000400004&lng=pt&tlng=pt
- Guimarães, C. F., Meneghel, S. N., & De Oliveira, C. S. (2006). Subjetividade e Estratégias de Resistência na Prisão *Psicologia: ciência e profissão*, 26(4), 632-645. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000400010>
- Louro, G. L. (1998). *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista* (6. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Pompeu, A. (2018, Março 1). STF autoriza pessoa trans a mudar nome mesmo sem cirurgia ou decisão judicial. *Consultor Jurídico*. Recuperado de <https://www.conjur.com.br/2018-mar-01/stf-autoriza-trans-mudar-nome-cirurgia-ou-decisao-judicial>
- STF concede prisão domiciliar a presas grávidas ou com filhos de até 12 anos. (2018, Fevereiro 20). *Correio do Povo*. Recuperado de <http://correiodopovo.com.br/Noticias/Politica/2018/02/642872/STF-concede-prisao-domiciliar-a-presas-gravidas-ou-com-filhos-de-ate-12-anos>

ANEXOS

ANEXO A – Documentos de aprovação do projeto de pesquisa e Termo de Consentimento
Livre e Esclarecido



SIPESQ
Sistema de Pesquisas da PUCRS



Código SIPESQ: 7301

Porto Alegre, 14 de junho de 2016.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do ESCOLA DE HUMANIDADES da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional" coordenado por ANGELO BRANDELLI COSTA. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

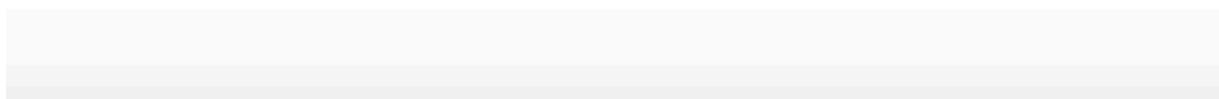
Comissão Científica do ESCOLA DE HUMANIDADES

Informo para os devidos fins que a presente pesquisa se encontra em andamento, com coordenação e gestão financeira realizada pela Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (SES RS). Portanto, não haverá coleta de dados e quaisquer outros ônus financeiros e logísticos para a PUCRS. O pesquisador responsável na PUCRS na orientação de mestrado de Paola Pase que analisará os dados e redigirá o artigo derivado dessa pesquisa.



Angelo Brandelli Costa

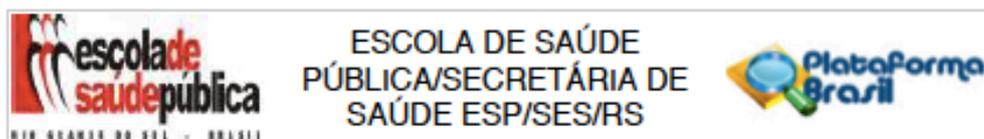
Pesquisador Responsável - PUCRS



Eu, Renata Maria Dotta Panichi responsável pela pesquisa **A SITUAÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE E O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL A EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA INSERIDAS NO SISTEMA PRISIONAL** na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Departamento de Ações em Saúde, Seção de Atenção Integral à Saúde Prisional, informo, para os devidos fins, que tenho conhecimento e autorizo ANGELO BRANDELLI COSTA e PAOLA FAGUNDES PASE, a atuarem no referido projeto no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).



Prof. Dra. Renata Maria Dotta Panichi



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental a Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional

Pesquisador: Renata Maria Dotta Parichi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 40678115.1.0000.5312

Instituição Proponente: SECRETARIA DA SAUDE

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.043.993

Data da Relatoria: 29/04/2015

Apresentação do Projeto:

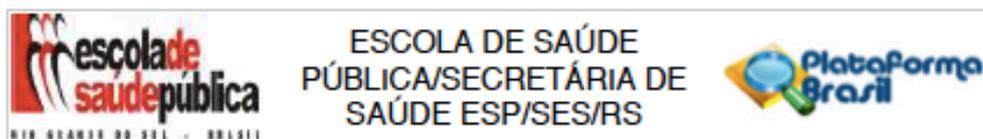
Projeto apresentado pela Secretaria Estadual da Saúde consiste em uma "pesquisa-ação do tipo descritiva exploratória, (...) tendo como local de pesquisa a Penitenciária Feminina Madre Pelletier". Prevê a realização de "quatro grupos focais com os profissionais da equipe de saúde pré e pós-intervenção que serão gravadas em áudio e transcritas. A coleta de dados durante a intervenção se dará a partir do relato em diário de campo dos encontros de apoio matricial. (...) Com os resultados da pesquisa a autora buscará "a construção de diretrizes específicas para a elaboração da Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde da População Feminina do Sistema Prisional" que apresenta na metodologia a pesquisa-ação, com uso de grupo focal com os trabalhadores".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Conhecer o acesso e as ações e serviços de saúde ofertados as mulheres privadas de liberdade na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, bem como favorecer a qualificação das ações de cuidado em saúde mental a partir da intervenção do Apoio Matricial em Saúde Mental na Equipe de Atenção Básica.

Objetivos específicos:

Endereço: Av. Ipiranga, 6311
 Bairro: Partenon CEP: 90.610-001
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3901-1532 Fax: (51)3901-1509 E-mail: cep-esp@sauda.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 1.043.963

- a) Identificar as ações de saúde implementadas às mulheres presas na Penitenciária Feminina Madre Pelletier
- b) Verificar a frequência do uso de medicamentos psicotrópicos na Penitenciária Feminina Madre Pelletier
- c) Contribuir para a construção de novos dispositivos de gestão para qualificação do trabalho das Equipes de Atenção Básica instaladas nos Estabelecimentos Prisionais que atendam mulheres privadas de liberdade no sistema prisional do Rio Grande do Sul
- d) Verificar os tipos de violência de gênero sofrido pelas mulheres antes e/ou durante a permanência na prisão a partir da análise de prontuários.
- e) Conhecer o perfil sócio demográfico e penal de mulheres em situação de privação de liberdade da Penitenciária Feminina Madre Pelletier a partir de dados secundários disponibilizados no INFOPEN.

Hipótese: O atendimento em saúde mental para mulheres privadas de liberdade não está inserido na rede de atenção em saúde e serviços psicossociais territoriais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador aponta que o estudo não apresentará, qualquer risco de ordem física ou psicológica. No entanto, alguns sentimentos poderão ser mobilizados em decorrência da lembrança de fatos relacionados ao cotidiano de trabalho. Como benefício é destacado a qualificação dos processos de trabalho da equipe da EABP da PFMP; Levantamento de diretrizes para criação da linha de cuidado para atenção integral à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que pode contribuir para a qualificação dos processos de trabalho e com subsídios para atenção integral à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional.

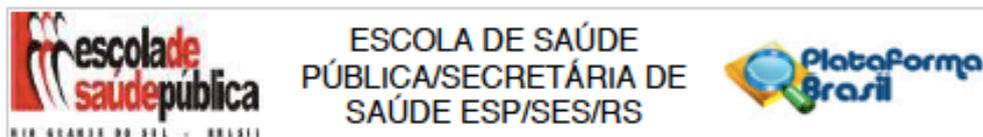
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de aceite de acesso a documentos institucionais: adequado

Termo de ciência e autorização do coordenador(a) do serviço onde será realizada a pesquisa: adequado

TCLE: adequado

Endereço: Av. Ipiranga, 6311
 Bairro: Partenon CEP: 90.610-001
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3901-1532 Fax: (51)3901-1509 E-mail: cep-esp@saude.rs.gov.br



Continuação do Parecer: 1.043.963

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram feitas adequações ao projeto de pesquisa, atendendo à pendências conforme parecer anterior

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O telefone do CEPS-ESP/RS para maiores esclarecimentos é o 51 39011532.

PORTO ALEGRE, 30 de Abril de 2015

Assinado por:
Maria Elida Machado
 (Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6311
 Bairro: Partenon CEP: 90.610-001
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3901-1532 Fax: (51)3901-1509 E-mail: cep-esp@saude.rs.gov.br

**TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO ONDE SERÁ
REALIZADA A PESQUISA NA PENITENCIÁRIA FEMININA MADRE PELLETIER**

Ref.: Projeto de pesquisa intitulado: A SITUAÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE
LIBERDADE E O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL A EQUIPES DE ATENÇÃO
BÁSICA INSERIDAS NO SISTEMA PRISIONAL

Eu, Ana Francisca Pinheiro Fontoura, responsável pelo serviço da
**UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA DA PENITENCIÁRIA FEMININA MADRE
PELLETIER**, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa supracitado, desenvolvido
por **RENATA MARIA DOTTA PANICHI**, conheço seus objetivos e a metodologia que será
desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal deste
serviço.

Porto Alegre, 19 de janeiro de 2014

Ana F P Fontoura

Assinatura da Coordenadora da Unidade de Atenção Básica da Penitenciária Feminina
Madre Pelletier

Carimbo:

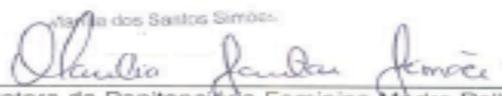
Ana F

**TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR ONDE SERÁ REALIZADA
A PESQUISA NA PENITENCIÁRIA FEMININA MADRE PELLETIER**

Ref.: Projeto de pesquisa intitulado: A SITUAÇÃO DAS MULHERES PRIVADAS DE
LIBERDADE E O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL A EQUIPES DE ATENÇÃO
BÁSICA INSERIDAS NO SISTEMA PRISIONAL

Eu, Márcia dos Santos Simões, responsável pela direção da
PENITENCIÁRIA FEMININA MADRE PELLETIER, tenho ciência do protocolo/projeto de
pesquisa supracitado, desenvolvido por **RENATA MARIA DOTTA PANICHI**, conheço seus
objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que o pesquisador
não irá interferir no fluxo normal deste setor.

Porto Alegre, 19 de janeiro de 2014

Márcia dos Santos Simões


Assinatura da Diretora da Penitenciária Feminina Madre Pelletier

Márcia dos Santos Simões

Carimbo:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que o Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde está ciente e autoriza a continuidade do Projeto de Pesquisa intitulado "A situação das mulheres privadas de liberdade e o apoio matricial em saúde mental à equipes de atenção básica inseridas no sistema prisional", sob a responsabilidade da Pesquisadora e Servidora Dra. Renata Maria Dotta Panichi, com fomento da FAPERGS - Edital PPSUS, desenvolvendo as atividades que competem, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

Elson Romeu Farias
Diretor do Departamento de Ações em Saúde

Elson Romeu Farias
Diretor do DAS/SES/RS

Contato:

Departamento de Ações em Saúde

Fone(s) para contato: 3288.5914

E-mail: elson-farias@saude.rs.gov.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa na qual você irá participar de quatro grupos focais e uma ação de intervenção que ocorrerá a cada 15 dias no seu local de trabalho. A sua participação é totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder a alguns questionamentos, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. O objetivo principal do estudo é conhecer o acesso e as ações e serviços de saúde ofertados às mulheres privadas de liberdade na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, bem como favorecer a qualificação das ações de cuidado em saúde mental a partir da intervenção do Apoio Matricial em Saúde Mental na Equipe de Atenção Básica. Os objetivos específicos são: A) Identificar as ações de saúde implementadas às mulheres presas na Penitenciária Feminina Madre Pelletier; B) Verificar a frequência do uso de medicamentos psicotrópicos na Penitenciária Feminina Madre Pelletier a partir da análise de prontuários; C) Contribuir para a construção de novos dispositivos de gestão para qualificação do trabalho das Equipes de Atenção Básica instaladas nos estabelecimentos prisionais que atendam mulheres privadas de liberdade no sistema prisional do Rio Grande do Sul; D) Verificar os tipos de violência de gênero sofrido pelas mulheres antes e/ou durante a permanência na prisão a partir da análise de prontuários; E) Conhecer o perfil sócio demográfico e penal de mulheres em situação de privação de liberdade da Penitenciária Feminina Madre Pelletier a partir de dados secundários disponibilizados no INFOPEN. Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e consistirá em sua participação em três momentos distintos: a) participar de dois grupos focais pré-intervenção com o objetivo de conhecer as ações, serviços e o processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde; b) participar do apoio matricial em saúde mental, propriamente dito, que consistirá em reuniões quinzenais da equipe de saúde com a equipe matriciadora por um período de 6 meses; c) participar de dois grupos focais pós-intervenção com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção na qualificação das ações e serviços da UBS. Todas as etapas do trabalho ocorrerão na Unidade Básica de Saúde localizada na Penitenciária Feminina Madre Pelletier, com a duração de aproximadamente 120 minutos cada encontro. Benefícios: Esta pesquisa trará como benefício maior conhecimento sobre o tema abordado e o levantamento de informações para a construção de diretrizes para criação

da linha de cuidado para atenção integral à saúde das mulheres privadas de liberdade no sistema prisional. Riscos. A participação neste estudo, a priori, não prevê riscos de ordem física para você. Todavia, alguns temas abordados podem, eventualmente, gerar desconforto por isso você poderá negar-se a responder e desistir a qualquer momento mesmo que tenha concordado em participar da pesquisa sem que isso acarrete qualquer ônus. Assim, os participantes que eventualmente apresentarem necessidade serão escutados e orientados à rede de tratamento. Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Com a sua autorização prévia, iremos gravar os encontros em áudio. Essas gravações terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis e serão guardadas em sigilo pelo tempo de 5 anos e após totalmente destruídas (conforme preconiza a Resolução 466/12). O Título do estudo é: A situação das mulheres privadas de liberdade e o Apoio Matricial em Saúde Mental à Equipes de Atenção Básica inseridas no Sistema Prisional. Caso você queira tirar qualquer dúvida a pesquisadora responsável é Renata Maria Dotta Panichi, da Secretaria Estadual de Saúde / Departamento de ações em saúde, telefone para contato: (51) 3288 5800 – Ramal 8904.

Local da coleta de dados: Penitenciária Feminina Madre Pelletier

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Porto Alegre, _____ de _____ de 201__.

_____, RG _____
Assinatura do participante da pesquisa

_____, RG _____
Assinatura do responsável pelo estudo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública do RS – Av. Ipiranga, nº 6311. Fone: (51) 3019-1468.

ANEXO C – Produção bibliográfica durante o período do mestrado

Effectiveness of a multidimensional web-based intervention program to change Brazilian health practitioners' attitudes toward the lesbian, gay, bisexual and transgender population

Journal of Health Psychology
2016, Vol. 21(3) 356–368
© The Author(s) 2016
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1359105316628748
hpq.sagepub.com


Angelo Brandelli Costa¹, Paola Fagundes Pase¹,
Eric Seger de Camargo¹, Camila Guaranha²,
Adriano Henrique Caetano², Daniel Kveller¹,
Heitor Thomé da Rosa Filho¹,
Ramiro Figueiredo Catelan¹, Silvia Helena Koller¹
and Henrique Caetano Nardi¹

Abstract

The objective of this study was to assess the effectiveness of a multidimensional (educational, affective and behavioural) web-based intervention to change healthcare practitioners' attitudes toward lesbian, gay, bisexual and transgender population. It aimed to measure gender and sexual (GenSex) prejudice pre- and post-intervention in relation to sociodemographic characteristics. A total of 307 health practitioners from southern Brazil enrolled and completed the follow-up assessment. The intervention had significant effects, varying across traditionally high prejudiced groups. State- and street-level continuous prejudice reduction policies are suggested.

Keywords

Brazil, gender, health, prejudice, sexuality

Introduction

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

The contemporary academic framework understands GenSex prejudice primarily as a

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil

²Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Brazil

Corresponding author:

Angelo Brandelli Costa, Department of Psychology,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ramiro
Barcelos, 2600 Porto Alegre, RS, Brazil.
Email: brandelli.costa@ufrgs.br

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

Healthcare practitioners' negative attitudes toward LGBT service users and their children have been documented in all levels of care (for primary, e.g. Yen et al., 2007; secondary, Chapman et al., 2012; and tertiary, Nicol et al., 2013). Similarly as in other contexts, studies report that being more religious and not having LGBT acquaintances were related to higher levels of prejudice, which in turn changed the care given to LGBT service users and their children. Even in settings where self-reported prejudice is low, studies have consistently shown that implicit attitudes negatively affect the quality of healthcare (related to implicit racism; see Green et al. (2007)). Besides the direct impact of lower quality care, health practitioners' prejudice can make LGBT population avoid services in an anticipation of the negative consequences of discrimination, posing dangerous effects for overall health (Wilson and Yoshikawa, 2007).

Brazilian empirical research on GenSex prejudice is recent and scarce. In a review of the Brazilian empirical GenSex prejudice literature, Costa et al. (2013) included some studies

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

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

With those principles in mind, the Institute of Psychology of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) created, in tandem with the State Health Department of Rio Grande do Sul (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS)), in the south of Brazil, a multidimensional web-based intervention programme to change healthcare practitioners' attitudes toward the LGBT population and the issues that affect them. The objective was to

Table 1. Multidimensional programme structure.

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

increase participants' knowledge and skills to improve the quality of the healthcare of LGBT individuals by protecting them against violations and discrimination and by increasing the awareness of their specific needs.

The intervention had three components (educational, affective and behavioural) and was delivered through UFRGS e-learning platform in a 4-week period (Table 1). The education component was a weekly slide-based self-learning course. The content was developed and validated by experts in gender and sexuality, health professionals and members of the LGBT community. In the first week, there was a presentation of Brazilian legal framework regarding protections and guarantees of LGBT healthcare, and an introduction to the topic of discrimination and its relation to LGBT health. In the second week, basic concepts on gender and sexuality were presented (e.g. gender assignment, gender identity, sexual orientation and bisexuality). Finally, in the third week, the course dealt with best practices in LGBT healthcare, discussing popular misconceptions, dispelling myths and stereotypes. In addition, the e-learning platform included all the studies, laws and polices cited throughout the course, information and contacts to local non-governmental organizations (NGOs) and services directed to the LGBT population in the state.

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

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

The objective of this study was to evaluate the effectiveness of the intervention programme and, specifically, to focus on (1) how health practitioners manifest GenSex prejudice prior

to the programme in relation to their sociodemographic characteristics; (2) the prevalence of episodes of discrimination in health services as reported by the practitioners; and (3) the effect of the programme on groups notoriously associated with higher levels of prejudice (men, religious person, small town inhabitants and people who had no previous education on the subject).

Method

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

Context and procedures

Rio Grande do Sul is the southernmost state of Brazil. In 2014, the state population was estimated at 11,247,972 inhabitants, with more than 50 per cent of those living in the metropolitan area of Porto Alegre, the state capital (IBGE, 2015). Brazil does not have a law criminalizing GenSex discrimination. However, the city of Porto Alegre has legislation since the 1990s that predicts administrative penalties for such acts; this law was the result of the pressure of an important LGBT movement that promotes gay pride parades since 1996 in the city. The state has a similar legislation since 2002. The state also has a law requiring trans people to be treated by their chosen name, providing even a state identification document, since the Brazilian federal government still does not allow document ratification. Nevertheless, official data from the Brazilian Human Rights Secretariat point out that, in 2012, there were 202 indictments related to 396 notifications of right violations regarding GenSex minorities in Rio Grande do Sul, including psychological abuse (166), general discrimination (145), physical violation (58), sexual violence (10), institutional violence (3) and financial abuse (1). There was an increase of 248 per cent in notifications when compared to the data from 2011 (the year of implementation of the hot line for denouncing

LGBT Humans Rights violations), when 58 indictments were reported (Brasil, 2012). It is noteworthy that the Trans Murder Monitoring Project has shown that Brazil has one of the highest homicide rates of trans persons worldwide (Balzer et al., 2012).

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

Invitations for the intervention programme were sent to all Health Coordination offices through institutional channels. The intervention was available for free on the UFRGS e-learning platform (modular object-oriented dynamic learning environment – Moodle/UFRGS). The inclusion criterion was being a health practitioner or health associate professional working in Rio Grande do Sul in any level of healthcare. The first edition of the intervention happened in 10 March 2014 and lasted until 4 April 2014, and the second edition from 4 August 2014 to 31 August 2014.

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

Measurements

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

Prejudice Against Sexual and Gender Diversity Scale. An 18-item questionnaire assessed Gen Sex prejudice, asking participants pre- and post-programme about their attitudes (beliefs, affects and behaviours) toward gays, lesbians, transgender people and gender non-conformity. This scale was created to evaluate extreme explicit GenSex prejudice, specifically within the Brazilian context (Costa et al., 2015a). A revised version of the instrument was used in this study (Costa et al., in press).

While in the Anglo Saxon and Continental European contexts, explicit and old forms of GenSex prejudice seem to be diminishing, justifying the need for implicit measures, the same seems not to be true in Brazil. The review by Costa et al. (2013) highlighted that in the Brazilian context, explicit forms of prejudice are still prevalent. In addition, it showed that sexuality tends to be perceived through gender expression and sexual roles, a phenomenon that

was also pointed out by previous ethnographic research (Fry, 1986; Green, 1999; Parker, 1999), that is, although there is a clear theoretical distinction between sexual and gender diversity, from the standpoint of manifestation of prejudice, that distinction seems to be more tenuous. In this milieu, those particularly targeted are the members of the transgender community, mainly the Brazilian cultural-specific transgender identity, *travesti*. *Travestis* are assigned male at birth, but affirm female gender performance and bodily forms, though typically not undergoing genital modification. Their gender identity varies across individuals and contexts: most identify as male (due to their biological characteristics, but with feminine gender expression), some as women, and others simply as *travesti* (Barbosa, 2013).

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

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

Participants

A total of 457 participants from all 19 Regional Health Coordination offices were enrolled and concluded the two editions of the programme.

Table 2. Sample demographic characteristics.

	n	%
Gender		
Woman	259	84.36
Man	48	15.63
Education		
Secondary degree	36	11.72
Bachelor's degree	101	32.89
Post-graduate degree	170	55.37
Population of place of residence		
Over 500,000	110	35.83
From 100,000 to 500,000	92	29.96
Under 100,000	105	34.20
Previous GenSex education		
Yes	214	69.70
No	93	30.29
Religiosity		
Religious	239	77.85
Non-religious	68	21.14

Of those, 307 agreed to participate and completed the pre- and post-evaluation survey. The average age was 34.52 years (standard deviation (*SD*)=9.40) with the maximum 62 years and minimum 18 years. Considering the overall sample, almost 70 per cent had participated in previous GenSex education. Nevertheless, this number drops to 65.21 per cent considering those from smaller cities, and to 44.44 per cent among those with secondary degree. Other demographic information can be found in Table 2. Occupational characteristics can be found in Table 3.

Data analysis

The Prejudice Against Sexual and Gender Diversity Scale mean levels pre- and post-programme were calculated by the sum of the scores of the items. Paired *t*-tests were used to establish the difference in the prejudice score before and after the programme. The influence of sociodemographic variables on the effect of the intervention was analysed using a repeated measure linear fixed-effect model with a compound symmetry matrix, and maximum likelihood estimation. Differences between the participants' prejudice score by gender, religion

Table 3. Sample occupational characteristics.

	n	%
Occupation		
Nurse	84	27.36
Psychologist	64	20.85
Social worker	37	12.05
Health technician (multiple areas)	28	9.12
Administrative assistant	13	4.23
Physician	12	3.91
Health intern (multiple areas)	12	3.91
School teacher	9	2.93
Pharmacist	7	2.28
Community agent	5	1.63
Dentist	5	1.63
Physiotherapist	5	1.63
Occupational therapist	5	1.63
Biologist	4	1.30
Nutritionist	4	1.30
Lawyer	3	0.98
Harm reduction outreach worker	3	0.98
Sanitarian	2	0.65
Sociologist	2	0.65
Art therapist	1	0.33
Speech therapist	1	0.33
Pedagogue	1	0.33
Nature of the activity ^a		
Assistance	204	66.45
Management	66	21.50
Other	45	14.66
Education	22	7.17
Area of activity ^a		
Municipality	213	69.38
State level	71	23.13
Private service	32	10.42
Federal level	20	6.51
NGO	6	1.95
Level of care ^a		
Primary	166	54.07
Secondary	77	25.08
Other	64	20.85
Tertiary	51	16.61

NGO: non-governmental organization.
^amultiple answers.

and previous training in the subject were calculated using unpaired *t*-tests. Cohen's *d* was used for effect sizes. The differences between place of residence and educational level were calculated

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

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

Results

The mean level of prejudice for the entire sample pre-intervention was 25.37, with a *SD* of 6.77 (95% confidence interval (CI) (24.61, 26.13)), a median of 24.00, and a range from 18 to 55, wherein higher levels denote a greater degree of prejudice. It should be noted that any grade of prejudice above the lowest category (18) is concerning since the scale reflects degrees of extreme prejudice. While differences were found for all variables of theoretical pertinence, large effect sizes were found for previous GenSex education, religiosity and population of place of residence, which is consistent with much of the extant literature (Table 4). Prejudice scores were statistically significantly different between different levels of population density of the place of residence; Welch's $F(2, 191.43) = 8.04$, $p < .001$, $\eta^2 = .04$. Games–Howell post hoc analysis revealed that the mean increase from 'under 100,000 inhabitants' to 'from 100,000 to 500,000' (Δ 1.45, 95% CI (−0.99, 3.89)) was not statistically significant ($p = .34$); however, a significant difference was found between 'under 100,000' to 'over 500,000 inhabitants' (Δ 3.44, 95% CI (1.36, 5.53), $p < .001$). No difference was found between 'from 100,000 to 500,000 inhabitants' and 'over 500,000' (Δ 1.99, 95% CI (−0.13, 4.12), $p = .07$).

By rounding off results for this research question, we addressed the health practitioners' awareness of discrimination at their institutions. The majority of participants (68.73%) were unaware of any discrimination, 24.75 per

cent had heard about it and 6.51 per cent witnessed it. Looking at the overall sample, a one-way ANOVA demonstrated statistically significant differences between those aware of some level of discrimination and those completely unaware in relation to their level of prejudice (Welch's $F(2, 55.33) = 4.30$, $p < .01$, $\eta^2 = .02$). A Games–Howell post hoc test confirmed that those who had observed discriminatory acts were significantly less prejudiced than those who were unaware of such acts (Δ 1.13, 95% CI (0.17, 5.80), $p < .05$).

Post-intervention mean level of prejudice for the entire sample was 22.71, with a *SD* of 5.38 (95% CI (22.11, 23.32)), a median of 21.00 and a range from 18 to 52. The intervention statistically significantly reduced the prejudice level (Δ 2.65, 95% CI (2.04, 3.26)), $t(307) = 8.26$, $p < .001$, $d = .43$. Sociodemographic variables were analysed in a linear fixed-effects model to establish their influence on the effectiveness of the intervention. All sociodemographic variables affected pre–post intervention prejudice reduction, except previous GenSex education (Table 5, Figure 1).

Comparing the effect of the intervention by gender, the course had almost double the effect among women: $t_{\text{men}}(47) = 2.09$, $p < .05$, $d = .27$; $t_{\text{women}}(258) = 8.67$, $p < .001$, $d = .55$. A significant post-course prejudice level by gender was found (Δ 1.66, 95% CI (3.32, 0.01), $t(305) = -1.98$, $p < .05$). That difference was not found before the intervention started. Comparing the effect of the intervention by education level, there was a statistically significant difference between pre- and post-prejudice between all levels. However, the post-graduate ($t(169) = 7.23$, $p < .001$, $d = .51$) and graduate participants ($t(100) = 4.19$, $p < .001$, $d = .38$) had a greater effect than the secondary degree participants ($t(35) = 2.37$, $p < .05$, $d = .29$). The difference in prejudice level by educational groups pre-intervention was absent but appeared post-intervention, $F(2, 304) = 4.14$, $p = .01$, $\eta^2 = .03$. According to Tukey post hoc procedure, secondary degree participants ($M = 25.11$, $SD = 7.64$) had a higher prejudice score than the graduate ($M = 22.48$, $SD = 5.52$, $p < .01$) and

Table 4. Pre-intervention prejudice level by sociodemographic groups.

Variable	M (SD)	Statistic	p-value	ES
Gender				
Man	26.17 (8.28)	-.75 ¹	.46	.12
Woman	25.22 (6.46)			
Education				
Secondary	27.19 (6.76)	1.64 ²	.19	.01
Bachelor's	24.83 (6.72)			
Post-graduate	25.30 (6.86)			
Pop of place of residence				
Over 500,000	23.59 (5.36)	8.04 ³	<.001	.04 ^a
From 100,000 to 500,000	25.59 (7.10)			
Under 100,000	27.04 (7.38)			
Previous GenSex education				
Yes	24.49 (6.20)	3.26 ¹	.001	.42 ^b
No	27.40 (7.58)			
Religiosity				
Religious	25.90 (6.69)	2.60 ¹	.01	.36 ^b
Non-religious	23.50 (6.77)			

SD: standard deviation; ES: effect size.

Table 5. Linear fixed-effects model summary for prejudice level pre- and post-intervention per sociodemographic groups.

Fixed-effects	Estimates	95% CI	SE	df	t-value	p-value
Intercept	.78	(0.70, 0.86)	.04	307	20.13	<.001
Gender	.10	(0.06, 0.14)	.02	307	4.59	<.001
Education	.08	(0.04, 0.12)	.02	307	3.69	<.001
Pop of place of residence	.03	(0.01, 0.05)	.01	307	3.07	.002
Previous GenSex education	.00	(-0.03, 0.04)	.02	307	0.46	.64
Religiosity	.06	(0.03, 0.08)	.01	307	4.73	.001

CI: confidence interval; SE: standard error; ¹: t-value; ²: F-value; ³: Welch's F; a: η²; b: d.

those who had post-graduate degrees ($M=22.35$, $SD=4.57$, $p<.05$).

The difference between prejudice level by population density of place of residence is maintained post-intervention: Welch's, $F(2, 181.03)=6.56$, $p<.01$, $\eta^2=.03$. According to the Games–Howell post hoc test those from cities over 500,000 inhabitants had lower prejudice levels ($M=21.44$, $SD=3.56$) then those from cities from '100,000 to 500,000' ($M=23.16$, $SD=5.51$, $p<.05$) in relation to those from cities under 100,000 inhabitants ($M=23.67$ $SD=6.53$, $p<.01$). 'Over 500,000'

($t(09)=5.26$, $p<.001$, $d=.47$), '100,000 to 500,000' ($t(91)=4.11$, $p<.001$, $d=.38$), 'under 100,000' ($t(104)=5.60$, $p<.001$, $d=.48$).

Finally, participants who reported being religious had a similar pre- and post-intervention prejudice level difference to those who declared to be non-religious: non-religious, $t(67)=3.51$, $p<.001$, $d=.40$; religious, $t(238)=7.83$, $p<.001$, $d=.45$. There was a significant post-intervention prejudice level difference by religiosity, favouring the non-religious group: $\Delta 1.81$, 95% CI (0.59, 3.01), $t(148.57)=2.95$, $p<.05$, $d=.38$.

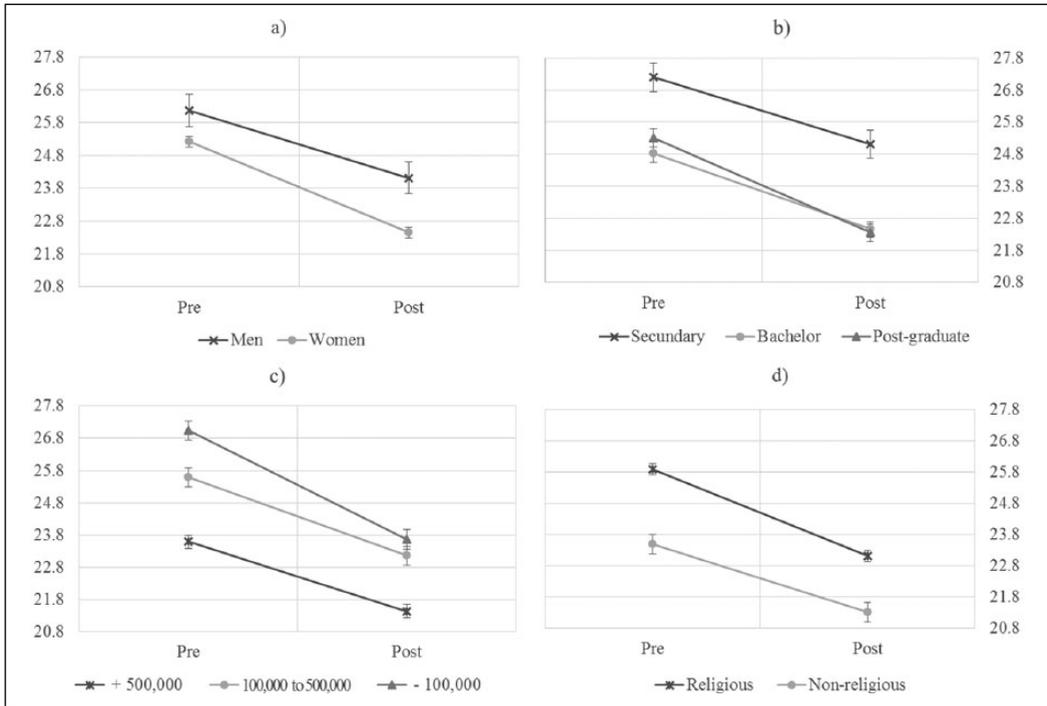


Figure 1. Intervention effect by (a) gender, (b) educational level, (c) population density of the place of residency and (d) religiosity.

Discussion

In relation to the first objective of this study, we were able to show that the pre-intervention prejudice level of the Rio Grande do Sul health professionals was high. Only 11.07 per cent reached the minimum level of self-reported prejudice. It is also noticeable that prejudice was higher among those with less education, inhabiting smaller cities, with no previous education in the subject and religiosity. Similar results have been extensively reported internationally and recently in Brazil, with the same scale in a sample of undergraduate students (Costa et al., 2015b). Prejudice levels among men, although higher, had no statistical difference when compared to those among women. The standard error (*SE*) was high in this group; therefore, this difference would be possibly significant if the sample were larger. The same can be said to pre-level prejudice of secondary education participants in relation to participants with higher levels of education.

Despite high levels of prejudice, most professionals were not aware of episodes of discrimination in their health services (68.74%). However, if we consider only those with the lowest degree of prejudice, the percentage drops to 44.12 per cent. This result is probably due to the fact that the professionals do not have basic knowledge to identify discrimination, including the one perpetuated by them. For example, during the course participants reported not having sufficient information regarding the services offered in the state for transgender people regarding transition. These services exist in the state since 1998. Furthermore, at the beginning of the intervention, many participants still referred to trans women and *travestis* as 'he' instead of 'she', perpetuating a common form of discrimination towards transgender people. One student demonstrated offense at the fact that the course instructed the treatment of transgender people with the correct pronouns as an important factor in healthcare.

Regarding the third aim of this study, it is clear that the intervention was effective. The effect size of our intervention was similar to those reported by recent meta-analysis (Bartosz et al., 2014). The percentage of participants in the lowest category of prejudice rose by 55.73 per cent after the intervention (11.07%–19.87%). A limitation that needs to be pointed out is the lack of a control group. However, the literature on prejudice assessment shows that this kind of measurement has a high temporal stability (test–retest reliability) (Fiske and North, 2014), in a larger degree than the one found in the present study. Although effective, the intervention showed inferior results among men, people with secondary education, from cities with less than 500,000 inhabitants and religious people. Again, these are groups that had historically been singled out for a higher degree of prejudice and resistance to change (Finlay and Walther, 2003; Snively et al., 2004). In the case of gender, the difference between men and women that was non-significant became significant after the intervention. It is important to consider that the status of ‘man’ and ‘woman’ was attributed via self-identification. We did not measure the intensity with which participants identified themselves with cultural expectancies regarding femininity or masculinity. However, considering the high degree of feminization of the Brazilian health sector (Machado, 1986; Matos et al., 2013), the differences in the results by gender may also be related to the cultural expectancy of masculinity in a feminized context.

What our findings suggest is that anti-prejudice interventions need to be tailored to each of these groups in order to be more effective, for example, encompassing the construction of masculinity and how it relates to prejudice, the importance of the separation between religious beliefs and healthcare and, especially, a simpler approach for participants with lower levels of education. Despite these limitations, it is important to note that through the standardized online platform it was possible to reach participants from very small towns who would otherwise have no contact with this kind of subject matter.

Guided by the tutors, they implemented pioneering actions in their localities, such as positive visibility campaigns, possibly improving the welcoming of LGBT people in their health-care services.

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

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

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

Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This study was supported by funding from the Universal Issuance 477016 / 2013-8 Universal Public Call 14/2013 - Track C of the Brazilian National Counsel of Technological and Scientific Development (CNPQ) and by national (PROEX) and international (PDSE) scholarships grants from the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES).

References

- Araujo L, Oliveira J, Sousa V, et al. (2007) Children adoption by homosexual couples: A comparative study between law and psychology students. *Psicologia & Sociedade* 19(2): 95–102.
- Balzer C, Hutta JS, Adrián T, et al. (2012) *Transrespect versus Transphobia Worldwide: A Comparative Review of the Human-rights Situation of Gender-Variant/Trans People*. Berlin: Transgender Europe (TGEU).
- Barbosa BC (2013) 'Freaks and whores': Uses of travesti and transsexual categories. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 14(2): 352–379.
- Barbosa RM and Facchini R (2009) Access to sexual health care for women who have sex with women in São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 25(2): s291–s300.
- Bartoş SE, Berger I and Hegarty P (2014) Interventions to reduce sexual prejudice: A study-space analysis and meta-analytic review. *The Journal of Sex Research* 51(4): 363–382.
- Bauer GR, Scheim AI, Deutsch MB, et al. (2014) Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Annals of Emergency Medicine* 63(6): 713–720.
- Berkman A, Garcia J, Munoz-Laboy M, et al. (2005) A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: Lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health* 95(7): 1162–1172.
- Brasil (2012) *Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano 2012* [Brazilian Homophobic Violence Report]. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Available at: www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012 (accessed 7 September 2015).
- Burgess D, van Ryn M, Dovidio J, et al. (2007) Reducing racial bias among health care providers: Lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine* 22(6): 882–887.
- Ceará ADT and Dalgalarondo P (2010) Mental disorders, quality of life and identity in middle-age and older homosexual adults. *Archives of Clinical Psychiatry* 37(3): 118–123.
- Cerqueira-Santos E, Calvetti PU, Rocha K, et al. (2010) Gays, lesbians, bisexuals, transgenders perceptions of the Brazilian public health care system (SUS). *Interamerican Journal of Psychology* 44(2): 235–245.
- Chapman R, Watkins R, Zappia T, et al. (2012) Second-level hospital health professionals' attitudes to lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health for their children. *Journal of Clinical Nursing* 21(5–6): 880–887.
- Costa AB, Bandeira DR and Nardi HC (2015a) Evaluation of prejudice against sexual and

- gender diversity: Construction of an instrument. *Estudos de Psicologia* 32(2): 163–172.
- Costa AB, Machado WD, Bandeira DR, et al. (in press) Validation study of the revised version of the Scale of Prejudice Against Sexual and Gender Diversity in Brazil. *Journal of Homosexuality*.
- Costa AB, Peroni RO, Bandeira DR, et al. (2013) Homophobia or sexism? A systematic review of prejudice against nonheterosexual orientation in Brazil. *International Journal of Psychology* 48(5): 900–909.
- Costa AB, Peroni RO, de Camargo ES, et al. (2015b) Prejudice toward gender and sexual diversity in a Brazilian Public University: Prevalence, awareness, and the effects of education. *Sexuality Research and Social Policy* 12(4): 261–272.
- Cunha RBB and Gomes R (2015) Young male homosexuals and their health: A systematic review. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 19(52): 57–70.
- Dunn TL, Gonzalez CA, Costa AB, et al. (2014) Does the minority stress model generalize to a non-US sample? An examination of minority stress and resilience on depressive symptomatology among sexual minority men in two urban areas of Brazil. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* 1(2): 117–131.
- Egry EY (1985) Opinions of nursing students about various sexual practices. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 19(1): 55–73.
- Finlay B and Walther CS (2003) The relation of religious affiliation, service attendance, and other factors to homophobic attitudes among university students. *Review of Religious Research* 44(4): 370–393.
- Fiske ST and North MS (2014) Measures of stereotyping and prejudice: Barometers of bias. In: Boyle GJ, Saklofske DH and Matthews G (eds) *Measures of Personality and Social Psychological Constructs*. San Diego, CA: Academic Press, pp. 684–712.
- Fleury A and Torres A (2007) Psychosocial analyses of prejudice against homosexuals. *Estudos de Psicologia* 24(4): 475–486.
- Fry P (1986) Male homosexuality and spirit possession in Brazil. *Journal of Homosexuality* 11(3–4): 137–153.
- Gir E, Nogueira MS and Pelá NTR (2000) Human sexuality in nursing education. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 8(2): 33–40.
- Godfrey K, Haddock SA, Fisher A, et al. (2006) Essential components of curricula for preparing therapists to work effectively with lesbian, gay, and bisexual clients: A Delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy* 32(4): 491–504.
- Grangeiro A, Laurindo da Silva L and Teixeira PR (2009) Response to AIDS in Brazil: Contributions of social movements and the sanitary reform. *Revista Panamericana de Salud Pública* 26: 87–94.
- Green AR, Carney DR, Pallin DJ, et al. (2007) Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *Journal of General Internal Medicine* 22(9): 1231–1238.
- Green JN (1999) *Beyond Carnival: Male Homosexuality in Twentieth Century Brazil*. São Paulo: Livraria UNESP.
- Hatzenbuehler ML (2014) Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations. *Current Directions in Psychological Science* 23(2): 127–132.
- Hendricks ML and Testa RJ (2012) A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice* 43(5): 460.
- Herek GM (2004) Beyond ‘homophobia’: Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy* 1(2): 6–24.
- Herek GM and McLemore KA (2011) The Attitudes Toward Lesbians and Gay Men (ATLG) scale. In Fisher T, Davis CM, Yarber WL, et al. (eds) *Handbook of Sexuality-Related Measures*. Oxford, UK: Taylor & Francis, pp. 415–417.
- Herek GM and McLemore KA (2013) Sexual prejudice. *Annual Review of Psychology* 64: 309–333.
- Hill DB and Willoughby BL (2005) The development and validation of the genderism and transphobia scale. *Sex Roles* 53(7–8): 531–544.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015) *Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2015*. Available at: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015.pdf
- Jewell LM, Morrison MA and Gazzola SB (2012) Modifying heterosexuals’ negative attitudes and behaviours toward gay men and lesbian women: Recommended practices for the design

- of attitudinal and behavioural change interventions. In Morrison TG, Morrison MA, Carrigan MA, et al. (eds) *Sexual Minority Research in the New Millennium*. New York: Nova Science, pp. 205–225.
- King M, Semlyen J, Tai SS, et al. (2008) A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 8(1): 70–77.
- Lacerda M, Pereira C and Camino L (2002) A study of the prejudice forms against homosexuals in perspective of social representations. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 15(1): 165–178.
- Lick DJ, Durso LE and Johnson KL (2013) Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science* 8(5): 521–548.
- Machado MH (1986) Women's participation in the health sector in Brazil – 1970/80. *Cadernos de Saúde Pública* 2(4): 449–460.
- Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, et al. (2011) Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health* 49(2): 115–123.
- Marshal MP, Friedman MS, Stall R, et al. (2008) Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction* 103(4): 546–556.
- Matos IM, Toassi RFT and de Oliveira MC (2013) Health professions and occupations and feminization process: Trends and implications. *Athena Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social* 13(2): 239–244.
- Mello L (2011) Health policies for lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and travestis in Brazil: The pursuit of universality, integrality and equity. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 9: 7–28.
- Meyer IH (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin* 129(5): 674–697.
- Nicol P, Chapman R, Watkins R, et al. (2013) Tertiary paediatric hospital health professionals' attitudes to lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. *Journal of Clinical Nursing* 22(23–24): 3396–3405.
- Paluck EL and Green DP (2009) Prejudice reduction: What works? A review and assessment of research and practice. *Annual Review of Psychology* 60: 339–367.
- Parker RG (1999) *Beneath the Equator: Cultures of Desire, Male Homosexuality, and Emerging Gay Communities in Brazil*. New York: Routledge.
- Romano VF (2008) Transvestites in the Family Health Program of Lapa. *Saúde e Sociedade* 17(2): 211–219.
- Rufino AC, Madeiro A and Girão MJBC (2014) Sexuality education in Brazilian medical schools. *The Journal of Sexual Medicine* 11(5): 1110–1117.
- Scher LJ (2009) *Beyond acceptance: An evaluation of the safe zone project in a clinical psychology doctoral program*. PhD Thesis, Long Island University, Brookville, NY.
- Snively CA, Kreuger L, Stretch JJ, et al. (2004) Understanding homophobia: Preparing for practice realities in urban and rural settings. *Journal of Gay & Lesbian Social Services* 17(1): 59–81.
- Stroumsa D (2014) The state of transgender health care: Policy, law, and medical frameworks. *American Journal of Public Health* 104(3): e31–e38.
- Tucker EW and Potocky-Tripodi M (2006) Changing heterosexuals' attitudes toward homosexuals: A systematic review of the empirical literature. *Research on Social Work Practice* 16(2): 176–190.
- Valadão RC and Gomes R (2011) Female homosexuality in health: From invisibility to violence. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 21(4): 1451–1467.
- Warner M (ed.) (1993) *Fear of a Queer Planet: Queer Politics and Social Theory*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Wilson PA and Yoshikawa H (2007) Improving access to health care among African-American, Asian and Pacific Islander, and Latino lesbian, gay, and bisexual populations. In: Meyer IH and Northridge M (eds) *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations*. New York: Springer, pp. 607–637.
- Yen CF, Pan SM, Hou SY, et al. (2007) Attitudes toward gay men and lesbians and related factors among nurses in Southern Taiwan. *Public Health* 121(1): 73–79.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/309457207>

Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People

Article in *Journal of Immigrant and Minority Health* · October 2016

DOI: 10.1007/s10903-016-0527-7

CITATIONS

2

READS

222

15 authors, including:



Angelo Brandelli Costa

Pontifícia Universidade Católica do Rio Gran...

68 PUBLICATIONS 129 CITATIONS

SEE PROFILE



Anna Martha Vaitses Fontanari

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

26 PUBLICATIONS 45 CITATIONS

SEE PROFILE



Karine Schwarz

Instituto da Voz, Porto Alegre, Brasil

30 PUBLICATIONS 92 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



parenting, relations and emotional regulation [View project](#)



Evidence based intervention to prevent unintentional domestic injuries in early infancy [View project](#)

All content following this page was uploaded by [Angelo Brandelli Costa](#) on 30 September 2017.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Healthcare Needs of and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People

Angelo Brandelli Costa¹ · Heitor Tome da Rosa Filho¹ · Paola Fagundes Pase¹ · Anna Martha Vaites Fontanari² · Ramiro Figueiredo Catelan³ · Andressa Mueller² · Dhiordan Cardoso² · Bianca Soll² · Karine Schwarz² · Maiko Abel Schneider² · Daniel Augusto Mori Gagliotti⁴ · Alexandre Saadeh⁴ · Maria Inês Rodrigues Lobato² · Henrique Caetano Nardi³ · Silvia Helena Koller⁵

© Springer Science+Business Media New York 2016

Abstract Transgender and gender diverse people (TGD) have specific healthcare needs and struggles with access barriers that should be addressed by public health systems. Our study aimed to address this topic in the Brazilian context. A hospital and web-based cross-sectional survey built with input from the medical and transgender communities was developed to assess TGD healthcare needs of and access barriers in two Brazilian states. Although services that assist this population have existed in Brazil since the 1990s, TGD have difficulty accessing these services due to discrimination, lack of information and a policy design that does not meet the needs of TGD. A history of discrimination was associated with a 6.72-fold increase in the frequency of health service avoidance [95% CI (4.5, 10.1)]. This article discusses the urgent necessity for adequate health policies and for the training of professionals regarding the needs of Brazilian TGD.

Keywords Transgender persons · Hormones · Gender affirmation procedures · Brazil · Discrimination

Introduction

Transgender and gender diverse people (TGD) have specific healthcare needs and struggles with access barriers that should be addressed by public health systems [1].

The first Brazilian health policy related to TGD emerged with the governmental response to the AIDS epidemics in the early 1980s. The Brazilian HIV national policy helped organize the contemporary LGBT movement by funding non-governmental organizations and promoting actions through the community [2]. Since 1990, a publicly funded system that provides free healthcare at all levels of attention has been in place in Brazil. Strengthening of the LGBT movement in the previous decades helped push the government response to create specific policies to guarantee integral healthcare in addition to HIV treatment [3]. Consequently, since 1997, gender-affirming processes, including the use of steroids (estrogen and androgen) and some surgical procedures, are available within the Brazilian Unified Health System.

Recently, trans healthcare changed from a model centered on those who wish to “transition” to the “other sex” to one that provides care to any person whose gender differs from the one assigned to them at birth, even if that person does not want to undergo body modification procedures [1, 4]. With this view, TGD healthcare options are not limited to gender affirming surgery but rather to broader and more integral care that views TGD as healthy individuals whose gender expression is limited by social expectations that may lead to psychological suffering. These changes are reflected in the DSM-5, which describes gender dysphoria instead of

✉ Angelo Brandelli Costa
angelo.costa@puers.br

¹ Department of Psychology, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Avenida Ipiranga, 6681, Prédio 11, Sala 933, Porto Alegre, RS, Brazil

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

³ Department of Social Psychology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

⁴ Transdisciplinary Gender Identity and Sexual Orientation Service (AMTIGOS-NUFOR), Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil

⁵ Department of Psychology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

the pathologization of trans identities, and the ICD-11 proposal, which aims to remove this condition from the list of mental disorders [5, 6]. Based on this new model, Brazilian policy has widened in the last decade, providing a framework for integral care at primary and secondary levels of attention. Nevertheless, considering both the implementation of this policy and its ability to respond to the needs of the Brazilian TGD community, it is far from optimal [7].

Studies evaluating the impact of health policies addressed toward TGD in Brazil have reported contradictory results. The first group of studies affirmed that the focus of health policies on HIV contributed to the over medicalization and stigma of trans women; despite this focus, access to HIV prevention and treatment is still limited for trans women, mostly due to the restrictive policy design [8–11]. Studies of HIV prevalence in trans women in various countries, including Brazil, have shown that trans women are one of the groups of people that are the most vulnerable to infection [12–14].

The second group of studies about TGD in Brazil showed that trans-specific healthcare services do not provide integral healthcare and, therefore, do not fulfill the needs of TGD who are not seeking gender affirming surgery [15, 16]. Additionally, other studies have reported that TGD suffer from daily discrimination and their access to healthcare is hindered [17–20]. TGD tend to avoid seeking healthcare because they assume they will be discriminated against, and this is a particularly serious concern considering the difficulty they have with expressing their needs to untrained health professionals [21, 22]. Prejudice against gender and sexual diversity are common in Brazil [23, 24]. Furthermore, health professionals are unprepared to talk about gender and sexuality with their patients, which often results in the belief that everyone is cisgender and heterosexual [25]. Inappropriate attitudes are not rare among health professionals; for example, they may assume that the name or gender provided to them by the patient is incorrect and address the patient using the name assigned at birth and the pronouns associated with the gender assigned at birth even when patients inform them that they do not want to be addressed in that manner [26]. In addition to triggering future avoidance and causing general discomfort to the patient, these attitudes can cause incorrect diagnoses and the implementation of potentially harmful medical treatments.

Recent studies have started to address the broad health needs and barriers to access to healthcare among TGD [27, 28]. However, studies that have been conducted in Brazil so far have focused on specific health problems or on segments of the community. A larger survey is necessary to identify vulnerabilities of TGD and their specific needs in order to improve health policies. Therefore, the objective of this study was to assess the healthcare needs of and access

barriers for TGD in two Brazilian states that offer specific services to this population. Trans-related discrimination in healthcare contexts and its impact on healthcare access were also investigated.

Methods

The “Trans Health Research Project” is a hospital and web-based cross-sectional survey that was built with input from the medical and trans communities to assess the healthcare needs of and access barriers for TGD residents in two Brazilian states. It is an evidence-informed, policy-making initiative of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) in tandem with the Universidade de São Paulo (USP).

Participants

Data were collected from two Brazilian states that pioneered the provision of specialized services for TGD since the Brazilian health policies for TGD were first implemented: Rio Grande do Sul, Brazil southernmost state, and São Paulo a state in the Southeast region. Both states have gender identity programs that provide gender affirming surgery at university hospitals. Since the Brazilian Unified Health System provides georeferenced care, patients seeking gender affirmation must access those procedures in the states in which they live. Patients of the two programs were voluntarily invited to complete an electronic version of the survey. The questionnaire was also available on the Internet through an online Facebook announcement during two time periods: July–October 2014 and January–March 2015.

Assessments and Measures

The survey was modeled after the TransPULSE project [29]. TransPULSE was one of the first large-scale studies that addressed the health needs and vulnerabilities of TGD and their barriers to healthcare access. The project aimed to improve the quality of life of TGD in Ontario, Canada by measuring the level of social exclusion and its impact on physical and mental health. The original TransPULSE survey was built with the input from the medical and TGD communities. For this study, it was adapted to Portuguese for use in the Brazilian population by a group of health practitioners who work in gender and sexuality diversity and was assessed by Brazilian TGD community members. The Brazilian survey is composed of 122 items grouped into 11 categories related to demographic characteristics; physical, sexual and mental health; and experiences of discrimination in healthcare, work and educational contexts.

Gender identity was assessed using the two question method, and persons were considered eligible for participation if they reported a gender different from that assigned to them at birth [30]. The organized Brazilian social movement prefers the use of the terms *travesti*, transsexual and trans person (man or woman) to the anglophone umbrella term transgender [31]. *Travesti* is a culturally specific gender identity term for Brazilians. *Travestis* are trans people who were designated as male at birth but affirm a female gender performance and bodily form, although they typically do not undergo neovaginoplasty. Their gender identity varies: most identify as male, some identify as women, and others simply identify as *travesti* [32]. Based on their self-reported gender identity, participants were re-categorized as trans women, trans men or gender diverse persons. Trans women were those who were designated as male at birth but identified as women, trans women or *travestis*. Trans men were those who were designated as female at birth but identified as men or trans men. Finally, gender diverse persons were those who identified with a gender identity outside the binaries (male–female), such as queer, non-binary, a-gender, etc. Participants also answered about their self-perception on medical gender affirmation status (done, doing, plan to do, not sure, will not do).

Race/skin-color/ethnicity was designated using the Brazilian Institute of Geography and Statistics censuses categories: white, black, yellow (mostly, East Asians), and indigene. One other category, *pardo*, was used, which commonly refers to Brazilians of a mixed-race, typically a mixture of white, Afro- and native Brazilian.

Regarding hormones, participants answered questions about: knowledge; main sources of information; access (free or not); barriers to obtain a prescription; actual usage; for those that never used hormones, reasons why not; main source of acquiring; current usage and monitoring; and, needle sharing. Regarding other medical gender-affirmation procedures, participants answered the following questions: body modification procedures (surgery, silicone implants, TGD-related plastic surgeries); for those who never underwent any of those procedures, why not; for those who already did, where; usage of industrial silicone; needle sharing. Finally, concerning healthcare discrimination, participants answered yes or no to several scenarios after the question: “because you are a TGD, has a healthcare provider ever...”. All the alternatives to this question were modeled by the experiences of TGD community members and professionals that work with them.

Analysis

Central tendency and frequency statistics were calculated for the survey variables analyzed in this article. relationships between outcomes and contextual variables were

calculated using χ^2 tests with the phi (ϕ) coefficient for effect size. Differences were considered significant when the p value was smaller than 0.05, the 95%, confidence interval did not include 0 and the effect size was larger than 0.15.

Results

Seven hundred and one TGD answered the survey, and 626 met the inclusion criteria for this study. The average age of the participants was 26.4 years [95% CI (25.8, 27.1 years); SD 8.5 years; Mdn 24 years], and the age range of the participants was 18–61 years. Additional sociodemographic data are presented in Table 1.

TGD-Related Care

This block of results addresses information related to access and use of hormones (Table 2) and other medical gender-affirmation procedures (Table 3). Of the participants who reported “other” as the main source of information on hormones stands out: “I do not know who to contact to talk about these issues”, “I have no money to buy”, “I will only use with specific professional monitoring”. Of the participants who marked “other” as reason for did not perform medical gender-affirmation procedures, we highlight six responses related to non-coverage of orchiectomy procedure (removal of the testicles) in the Brazilian public health system, and “I don’t know where to start”, “I have no money and I think the process is to bureaucratic”, “lack of help in the Brazilian public health system; the system does not think about trans people” and “I need to open up to people who do not believe me”.

General Healthcare Access and Discrimination

In regard to access to general healthcare, the participants were asked if they felt comfortable discussing their health needs as a TGD with the health professionals to whom they had access ($n=626$). 25.6% ($n=148$) said they feel very uncomfortable, 36.5% ($n=211$) said they feel uncomfortable, 25.8% ($n=149$) said they feel comfortable and 12.1% ($n=70$) said they feel very comfortable. When asked if they had to teach a health professional about their needs as a TGD ($n=626$): 30.3% ($n=188$) answered yes, a lot, 32.4% ($n=188$) answered yes, a little, and 34.7% ($n=217$) answered no.

Data regarding the assumption that discrimination affects healthcare access is presented in Table 4 and includes answers to scenarios of discrimination in the healthcare context presented to the participants.

Table 1 Demographic characteristics

	Trans women (<i>n</i> = 382) N (%)	Trans men (<i>n</i> = 188) N (%)	Gender diverse people (<i>n</i> = 56) N (%)
Age groups			
18–24	177 (46.3)	126 (67.0)	39 (69.6)
25–34	126 (33.0)	41 (21.8)	13 (23.2)
35–44	57 (14.9)	16 (8.5)	2 (3.6)
45–54	17 (4.5)	5 (2.7)	–
55–64	5 (1.3)	–	2 (3.6)
Race/color/ethnicity			
White	268 (70.4)	146 (70.2)	40 (71.4)
<i>Pardo</i>	82 (21.5)	32 (17.8)	5 (8.9)
Black	22 (5.8)	13 (6.9)	6 (10.7)
Yellow	8 (2.1)	5 (2.7)	5 (8.9)
Indigene	1 (0.3)	3 (1.6)	–
Education			
None	8 (2.1)	2 (1.0)	1 (1.8)
Fundamental education	41 (10.7)	26 (13.0)	–
Middle education	238 (62.3)	116 (61.5)	36 (64.3)
Higher education	73 (19.1)	37 (20.7)	15 (26.8)
Postgraduate studies	22 (5.8)	7 (3.8)	4 (7.1)
Population of city of residence			
5000–50,000 inh.	78 (20.3)	49 (26.4)	9 (16.1)
50,000–100,000 inh.	51 (14.1)	14 (8.7)	6 (10.7)
100,000–500,000 inh.	99 (25.7)	54 (28.7)	8 (10.7)
>500,000 inh.	154 (39.9)	71 (37.8)	35 (62.5)
Mode of survey completion			
Web	315 (82.5)	164 (87.2)	56 (100.0)
Hospital	67 (17.5)	24 (12.8)	–
Medical gender affirmation status			
Done	85 (22.3)	7 (3.7)	2 (3.6)
Doing	166 (43.5)	72 (38.3)	11 (19.6)
Plan to do	85 (22.3)	89 (47.3)	15 (26.8)
Not sure	30 (7.9)	10 (5.3)	20 (35.7)
Will not do	16 (4.2)	10 (5.3)	8 (14.3)

When asked if they avoided healthcare when it was needed because they are a TGD, 43.2% (*n* = 249, Total *n* = 577) of participants said yes. The majority (58.7%, *n* = 270) of participants who reported being discriminated against in any situation described in Table 4 avoided seeking care when it was needed compared to 17.8% (*n* = 39) of participants who did not report being discriminated against. Healthcare discrimination experiences significantly affected the frequency of healthcare avoidance [χ^2 (1, 577) = 92.4, *p* < .001, ϕ = 0.4]. A history of discrimination was associated with a 6.7-fold increase in the frequency of avoidance of health services [95% CI (4.5, 10.1)].

Discussion

Trans healthcare has been regulated in Brazil since the end of the 1990s. Nevertheless, the results of this article confirm that barriers to accessing those services are faced by TGD. Despite the unrestricted coverage, an alarmingly large percentage of participants stated not being informed or being informed mainly by peers of healthcare options for TGD, not being able to find medical professionals who prescribe hormones and using hormones without medical supervision. Trans women are the most vulnerable members of the TGD community to the use of hormones without medical supervision, as they can easily

Table 2 Information, access and use of hormones

	Trans women N (%)	Trans men N (%)	Gender diverse people N (%)
Have enough knowledge?	<i>n</i> = 351	<i>n</i> = 166	<i>n</i> = 51
Yes	133 (37.9)	83 (50.0)	14 (27.5)
No	131 (37.3)	37 (22.3)	17 (22.3)
Not sure	78 (22.2)	43 (25.9)	19 (25.9)
Don't need information about hormones	9 (2.6)	3 (1.8)	1 (2.0)
Main sources of information	<i>n</i> = 340	<i>n</i> = 159	<i>n</i> = 50
Internet	134 (39.4)	87 (54.7)	29 (58.0)
Physician	72 (21.2)	24 (15.1)	3 (6.0)
Other TGD	62 (18.2)	31 (19.5)	8 (16.8)
Friends	31 (9.1)	2 (1.3)	3 (6.0)
Books and medical articles	27 (7.9)	10 (6.3)	4 (8.0)
Others	8 (2.3)	5 (3.1)	3 (6.0)
Relatives	6 (1.8)	–	–
Have free access?	<i>n</i> = 340	<i>n</i> = 159	<i>n</i> = 50
No	234 (68.8)	144 (71.7)	29 (58.0)
Yes	78 (22.9)	18 (11.3)	3 (6.0)
Not sure	28 (8.2)	27 (17.0)	18 (36.0)
Failed to obtain a prescription?	<i>n</i> = 340	<i>n</i> = 159	<i>n</i> = 50
I never tried to obtain a hormone prescription	142 (41.8)	72 (45.3)	37 (74.0)
I've tried and failed	114 (33.5)	52 (32.7)	6 (12.0)
I always succeeded	18 (5.3)	35 (22.0)	7 (14.0)
Ever used hormones?	<i>n</i> = 348	<i>n</i> = 162	<i>n</i> = 50
Yes	292 (83.9)	79 (48.8)	15 (30.0)
If you never used hormones, why?	<i>n</i> = 56	<i>n</i> = 83	<i>n</i> = 35
I'm still deciding whether using hormones is right for me	23 (41.1)	16 (19.3)	21 (60.0)
I can't find a doctor to prescribe me hormones	22 (39.3)	46 (55.4)	6 (17.1)
I don't plan to use hormones	9 (16.1)	6 (7.2)	8 (22.9)
About to begin using hormones	1 (1.8)	11 (13.3)	–
Other	1 (1.8)	4 (4.8)	–
Main source of acquiring ^a	<i>n</i> = 291	<i>n</i> = 208	<i>n</i> = 15
Internet pharmacy	114 (39.2)	12 (15.2)	4 (26.7)
Friends or relatives	79 (27.1)	13 (16.5)	2 (13.3)
Medical specialist	75 (25.8)	42 (53.2)	5 (33.3)
General physician	53 (18.2)	15 (19.0)	4 (26.7)
Pharmacy	46 (15.8)	–	–
On the street or from a stranger	23 (7.9)	14 (17.7)	4 (26.7)
Phytomedicines or supplements	8 (2.7)	7 (8.9)	–
Veterinary supplies	4 (1.4)	2 (2.5)	–
Others	3 (1.0)	1 (1.3)	–
Using now?	<i>n</i> = 290	<i>n</i> = 78	<i>n</i> = 15
Yes, without medical supervision	150 (51.7)	22 (28.8)	3 (20.0)
Yes, with medical supervision	91 (31.4)	48 (61.5)	6 (40.0)
No	49 (16.9)	8 (10.3)	6 (40.0)
Monitoring the effects?	<i>n</i> = 240	<i>n</i> = 70	<i>n</i> = 9
No	105 (43.8)	17 (24.3)	3 (33.3)
Yes, on a regular basis	81 (33.8)	40 (57.1)	4 (44.4)
Yes, but not regularly	51 (21.3)	12 (17.1)	2 (22.2)
I'm not sure	3 (1.3)	1 (1.4)	–

Table 2 (continued)

	Trans women N (%)	Trans men N (%)	Gender diverse people N (%)
Shared needles when using?	<i>n</i> = 345	<i>n</i> = 161	<i>n</i> = 50
No	275 (79.7)	109 (67.7)	24 (52.0)
Never used injectable hormones	59 (17.1)	50 (31.0)	26 (52.0)
Yes	10 (2.9)	1 (0.6)	–
Not sure	1 (0.3)	2 (1.2)	–

^aMultiple answers**Table 3** Medical gender-affirmation procedures

	Trans women N (%)	Trans men N (%)	Gender diverse people N (%)
Underwent any body modification procedures (surgery, silicone implants, TGD-related plastic surgeries, etc.)?	<i>n</i> = 344	<i>n</i> = 161	<i>n</i> = 50
Yes	103 (29.9)	18 (11.2)	–
If not, why? ^a	<i>n</i> = 242	<i>n</i> = 141	<i>n</i> = 50
I have no money to pay for it	167 (69.0)	92 (65.2)	19 (38.0)
I am afraid	33 (13.6)	23 (16.3)	20 (40.0)
I do not want to be treated in a public hospital	26 (10.7)	25 (17.7)	9 (18.0)
I have tried and failed	29 (11.6)	23 (16.32)	4 (8.0)
I do not want to/it does not apply to me	33 (12.4)	8 (5.7)	25 (50.0)
In process	13 (5.4)	18 (12.8)	–
In doubt	1 (0.4)	4 (2.8)	–
Other	13 (5.4)	8 (5.7)	1 (2.0)
If you already did, where? ^a	<i>n</i> = 102	<i>n</i> = 208	–
Private hospital or clinic	78 (76.8)	15 (78.9)	–
Clandestine hospital or clinic	19 (18.6)	–	–
Public hospital or clinic	13 (12.7)	4 (21.1)	–
Another country	9 (8.8)	2 (10.5)	–
Did it myself	3 (2.9)	–	–
Used industrial silicone?	<i>n</i> = 343	–	–
Yes	33 (9.6)	–	–
Shared needles to inject?	<i>n</i> = 32	–	–
Yes	1 (3.1)	–	–

^aMultiple answers

access hormones by taking contraception drugs without a prescription and, therefore, without controlling for their effects (Table 2). Hormonal therapy is part of the established treatment for gender dysphoria because it induces the development of the desired secondary sexual characteristics. TGD receive estrogen and testosterone to induce cross-gender affirmation. In a study of TGD on hormone therapy, 5% of patients suffered from venous thrombosis or pulmonary embolism during the first year of hormonal use or during gender affirming surgery. Moreover, the prevalence of stroke was higher among trans women

than among cisgender men, and the prevalence of type two diabetes was higher among trans women than among transsexual men [33, 34]. Moreover, sharing needles to inject hormones, which was reported by some participants in this study, increases vulnerability to HIV infection, which is already known to burden this population. These data reinforce the urgent need for services for TGD who are considering exclusively using hormone therapy and the provision of information on healthier administration of hormones regardless gender affirming surgery. Although the Brazilian health policy directed toward

Table 4 Discrimination in healthcare context

Because you are a TGD, has a healthcare provider ever... ^a	Trans women (<i>n</i> = 382) N (%)	Trans men (<i>n</i> = 188) N (%)	Gender diverse people (<i>n</i> = 56) N (%)
None of the above	149 (39.1)	65 (34.6)	24 (42.9)
Not used the name you indicated that you wanted to be called	145 (38.0)	86 (45.7)	10 (17.9)
Told you they do not know enough about TGD-related care to provide it	85 (22.2)	59 (31.4)	11 (19.6)
Thought the gender listed on your ID or forms was incorrect	82 (21.5)	44 (23.4)	4 (7.1)
Used hurtful or insulting language about TGD identity or experiences	76 (19.9)	36 (19.1)	12 (21.4)
Discouraged you from exploring your gender	69 (18.1)	42 (20.2)	19 (33.9)
Belittled or ridiculed you for being a TGD	52 (13.6)	33 (17.6)	11 (19.6)
Refused to discuss or address TGD-related health concerns	44 (11.5)	33 (17.6)	7 (12.5)
Refused to see you or ended your care because you were TGD	36 (9.4)	20 (10.6)	5 (8.1)
Told you that you were not really a TGD	28 (7.3)	26 (13.8)	19 (33.9)
Refused to examine parts of your body because you are TGD	27 (7.1)	10 (5.3)	1 (1.8)

^aMultiple answers

TGD was changed in 2013 to include hormonal therapy in secondary level attention services, this research result shows that these guidelines are not yet being fully followed. This finding reinforces the importance of a response by first level attention services, as hormonal therapy is continuous, and its effects must be controlled.

Considering surgical procedures, the observation of life trajectories that contradict the homogeneous view of TGD in this study stands out. There was a subset of TGD who did not plan to use hormones and did not want to undergo surgeries (Tables 1, 2, 3). This subset of TGD has been receiving attention in the literature [28]. However, in the current study, this group reported being more frequently discouraged from exploring their gender and being told that they are not really TGD. This subset of TGD requires acknowledgement by all health services, but especially by mental health professionals who must present patients with gender affirmation options even if they do not wish to undergo gender affirming surgery.

To balance the need to reduce prejudice and the need for TGD to have healthcare access, the idea of gender dysphoria is used as a transitory condition resulting from uncomfortable feelings caused by the lack of agreement of gender identity with primary and secondary sexual characteristics emerged. Thus, the term gender dysphoria refers to a form of suffering that can be healed. In contrast to gender identity disorder, the use of the term gender dysphoria allows health services to offer a specific form of action without imposing a permanent stigma on TGD. However, these two terms have recently been adopted and may not encompass all jargon and clinical practice. Moreover, many courses in the health field in Brazil still teach sexuality and gender in a strictly reproductive view and do not properly address gender and sexual diversity, which could be the root of

the insensitivity toward TGD reported by our participants [23–25].

The use of industrial silicone for breast implants can be considered an indicator of failure to provide access to healthcare for the TGD community, as Brazilian health services provide proper silicone implants. Injection of dimethyl polysiloxane or paraffin oils carries the risk of biological and chemical contamination resulting in ulcers, abscesses and other serious potential consequences, such as pulmonary embolism, granulomatous hepatitis and acute renal failure [35, 36]. Reports by our participants of a lack of money and knowledge, when the system is supposed to offer unrestricted care, reveals the difficulty of accessing healthcare. Another indicator is the fact that the majority of participants underwent body modification procedures at clandestine and private clinics, even though they are offered for free at Brazilian health services. Paying for such services points to the presence of barriers to accessing Brazilian health services; for example, the procedure of orchiectomy is not offered by Brazilian health services, and discrimination by Brazilian health professionals may cause TGD to choose to pay for health services at alternative facilities [37]. This leads us to our last point.

The majority of TGD felt uncomfortable expressing their needs to health professionals. Most TGD had to teach health professionals about their issues, and they reported being victims of discrimination. An important finding of this study is that the main complaint of this study population was their social name being disrespected, even though resolutions at the national and state level are in place that reassure the use of social names. Complaints about their gender identity not being accepted and healthcare being denied represent more serious concerns. As previously discussed, the education of health professionals still does not

combat prejudice views that can impact healthcare. Laws against prejudice toward persons with different gender identities and sexual orientations that allow for administrative punishment exist at the state and municipal level, but this type of prejudice is not a crime under federal law.

The results of this study, which are in line with previous literature about the impact of prejudice on the avoidance of healthcare access, show that past discrimination increases the avoidance of healthcare services when they are needed by TGD by more than sixfold. This avoidance can generate a serious threat in case of emergency care. Recent studies documented the impact of discrimination on health service avoidance by the Brazilian TGD population. A study of *travestis* in south Brazil showed that the participants avoided institutionalized health services and preferred other forms of healthcare [21]. Almost all participants reported going to African American religious places to receive healthcare. They stated preferring such places because they offered care and protection without asking questions about body modifications, sexual orientation, or gender identity. Above all, healthcare avoidance may result in TGD not undergoing or postponing gender-affirming procedures, which are thoroughly documented to improve health outcomes in this population [38].

Conclusions

Despite the existence of official policies regarding healthcare for Brazilian TGD in the two states studied, this research identified barriers to the promotion of protective and inclusive actions and evidence-based policies for TGD.

Based on our results, especially the access barriers and reported discrimination scenarios, we propose some actions. First, it is important to inform TGD of their rights since they can access gender affirmation procedures in both studied states, covered by the Brazilian public health system. Health practitioners should also receive training through education for TGD hormonal and surgical care, and campaigns to promote the uses of social names and the correct pronouns. Actions like this are already in course in Brazil [39]. Additionally, regarding the use of offensive language and the refusal in health care, the dissemination of legal and administrative mechanisms to restrain and prevent discrimination in the health context is essential. Prevent discrimination, as shown by our results, would not only assure the rights and autonomy of TGD but would decrease their healthcare avoidance, improving their health condition in general.

The sample used in this research was not proportional to the states of Brazil; thus, estimates made from these data could be biased. Furthermore, the level of education of the sample is higher than the Brazilian average. It is possible

that TGD with less education may face additional barriers. It is important to note that the worst healthcare access and greatest discrimination may exist for TGD who do not have access to the internet and tertiary care. Secondly, this article did not include participants from states that did not have any specific health services for TGD, and data from such states could reveal differences in health access and discrimination. Finally, self-reports of gender identity may be biased because only persons comfortable revealing their status complete such reports. This may be particularly true for gender diverse individuals.

Despite these limitations, the results indicate that Brazilian health policies for this population need to emphatically guarantee the specific healthcare needs of transgender but especially gender diverse persons. Additionally, constant training of health practitioners is necessary in order to mitigate potential prejudiced attitudes. By incorporating these recommendations, health systems can equip themselves with knowledge about the health needs of TGD and can also ensure that professionals are competent and aware of the relevant and specific health needs of this population to offer humanized care.

Funding AB Costa has received PROEX and PDSE scholarships grants from the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES). SH Koller has received research grant from the Universal Issuance 477016/2013-8 Universal Public Call 14/2013-Track C by of the Brazilian National Counsel of Technological and Scientific Development (CNPQ).

Compliance with Ethical Standards

Conflict of interest HC Nardi, MIR Lobato, A Saadeh, DAM Gagliotti, HT Rosa Filho, ANV Fontanari, A Mueller, D Cardoso, B Soll, K Schwarz, MA Schneider, RF Catelan, PF Pase declare that he/she has no conflict of interest.

Ethical Approval All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. This study was approved by the institutional review board and Human Ethic Committee of Universidade Federal do Rio Grande do Sul Institute of Psychology and Hospital de Clínicas as well as Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo institutional review board.

Informed Consent Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

References

1. Coleman E, et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend.* 2012;13(4):165–232.
2. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons

- learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health*. 2005;95(7):1162–72.
3. Grangeiro A, da Silva L, Teixeira P. Response to AIDS in Brazil: contributions of social movements and the sanitary reform. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(1):87–94.
 4. Bockting W. Transforming the paradigm of transgender health: a field in transition. *Sex Relation Ther*. 2009;24(2):103–7.
 5. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav*. 2010;39(2):499–513.
 6. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(6):568–77.
 7. Mello L. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade [Health policies for lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and travestis in Brazil: the pursuit of universality, integrality and equity]. *Sex Salud Soc*. 2011;9:7–28.
 8. Carvalho M. A (im)possível pureza: medicalização e militância na experiência de travestis e transexuais [The (im)possible purity: medicalization and activism in travesti and transsexual experience]. *Sex Salud Soc*. 2011;8:36–62.
 9. Pelúcio L, Miskolci R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes [The prevention of deviance: the aids apparatus and the repatologization of dissent sexualities]. *Sex Salud Soc*. 2009;1:125–57.
 10. Peres W. Violência estrutural e AIDS na comunidade travesti brasileira [Structural violence and AIDS in Brazilian transvestite community]. *Rev Psi UNESP*. 2008;3:21–31.
 11. Silva S, Barboza R. Exclusão social e consciência política: luta e militância de transgêneros no ENTLAIDS [Social exclusion and political awareness: transgender activism and fights in National Meeting of Transvestites and Transsexuals who Fight and Prevent AIDS]. *Cadernos CERU*. 2009;20(1):257–76.
 12. Baral S, et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214–22.
 13. Costa A, Fontanari A, Jacinto M, et al. Population-based HIV prevalence and associated factors in male-to-female transsexuals from southern Brazil. *Arch Sex Behav*. 2014;44(2):521–4.
 14. Poteat T, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet*. 2015;385(9964):274–86.
 15. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. [Transsexuality and public health in Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2009;14(4):1141–9.
 16. Muller M, Knauth D. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é ‘babado’! [Inequalities in the Brazilian Unified Health System: the case of care for transvestites is ‘babado’!]. *Cad EBAPEBR*. 2008;6(2):1–14.
 17. Martins T, et al. Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: a respondent-driven sampling survey. *AIDS Care*. 2013;25(5):606–12.
 18. Sousa P, Ferreira L, Sá J. 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]. *Cien Saude Colet*. 2013;18(8):2239–51.
 19. Rocha K, Barbosa L, Barboza Z, et al. Attitudes and perceptions of the Brazilian public health system by transgender individuals. *Forum Qual Soc Res*. 2009;10(2):1–21.
 20. Souza M, et al. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil [Therapeutic itineraries of transvestites from the central region of the state of Rio Grande do Sul, Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2014;19(7):2277–86.
 21. Socías M, et al. Factors Associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Inter J Equity Health*. 2014;13(1):81.
 22. Bauer G, et al. Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: results from a respondent-driven sampling survey. *Ann Emerg Med*. 2014;63(6):713–20.
 23. Costa A, et al. Homophobia or sexism? A systematic review of prejudice against nonheterosexual orientation in Brazil. *Int J Psychol*. 2013;48(5):900–9.
 24. Costa A, et al. Prejudice toward gender and sexual diversity in a Brazilian Public University: prevalence, awareness, and the effects of education. *Sex Res Soc Policy*. 2015;12(4):261–72.
 25. Rufino A, Madeiro A, Girão M. Sexuality education in Brazilian Medical Schools. *J Sex Med*. 2014;11(5):1110–7.
 26. Cerqueira-Santos E, et al. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde [Gays, lesbians, bisexuals, transgenders perception’s of the Brazilian Unified Health System]. *Interam J Psychol*. 2010;44(2):235–45.
 27. Bradford J, et al. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the virginia transgender health initiative study. *Am J Public Health*. 2013;103(10):1820–9.
 28. Giami A, Beaubatie E. Gender identification and sex reassignment surgery in the trans population: a survey study in France. *Arch Sex Behav*. 2014;43(8):1491–501.
 29. TransPULSE: provincial survey. 2012. <http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/05/Trans-PULSE-survey-information-only-copy-2012.pdf>. Accessed 27 Nov 2015.
 30. Reisner S, et al. Monitoring the health of transgender and other gender minority populations: validity of natal sex and gender identity survey items in a U.S. national cohort of young adults. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1224.
 31. Carvalho M, Carrara S. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil [Towards a Trans future? Contributions to a history of the travesti and transsexual movement in Brazil]. *Sex Salud Soc*. 2013;14:319–51.
 32. Barbosa C. “Doidas e putas”: usos das categorias travesti e transexual [“Freaks and whores”: uses of travesti and transsexual categories]. *Sex Salud Soc*. 2013;14(2):352–79.
 33. Wierckx K, et al. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *J Sex Med*. 2012;9(10):2641–51.
 34. Wierckx K, et al. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *Eur J Endocrinol*. 2013;169(4):471–8.
 35. Ellenbogen R. Injectable fluid silicone therapy. Human morbidity and mortality. *J Am Med Inform Assoc*. 1975;234(3):308–9.
 36. Mepham N, et al. People with gender dysphoria who self-prescribe cross-sex hormones: prevalence, sources, and side effects knowledge. *J Sex Med*. 2014;11(12):2995–3001.
 37. Guaranha C. O Desafio da Equidade e da Integralidade: Travestilidades e Transexualidades no Sistema Único de Saúde [The challenge of equity and integrality: travestilities and transsexualities in Brazilian Unified Health System] [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
 38. Murad M, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010;72(2):214–31.
 39. Costa A, et al. Effectiveness of a multidimensional web-based intervention program to change Brazilian health practitioners’ attitudes toward the lesbian, gay, bisexual and transgender population. *J Health Psychol*. 2016;21(3):356–68.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/322231342>

HIV-Related Healthcare Needs and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People

Article in *AIDS and Behavior* · January 2018

DOI: 10.1007/s10461-017-2021-1

CITATIONS

0

READS

19

12 authors, including:



Angelo Brandelli Costa

Pontifícia Universidade Católica do Rio Gran...

68 PUBLICATIONS 129 CITATIONS

SEE PROFILE



Anna Martha Vaites Fontanari

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

26 PUBLICATIONS 45 CITATIONS

SEE PROFILE



Karine Schwarz

Instituto da Voz, Porto Alegre, Brasil

30 PUBLICATIONS 92 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Processos de resiliência e vulnerabilidade na transição para a vida adulta - Resilience and vulnerability processes in the transition to adulthood [View project](#)



Cultural Crowds [View project](#)

All content following this page was uploaded by [Angelo Brandelli Costa](#) on 06 January 2018.

The user has requested enhancement of the downloaded file.



HIV-Related Healthcare Needs and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People

Angelo Brandelli Costa¹ · Anna Martha Vaitses Fontanari² · Ramiro Figueiredo Catelan³ · Karine Schwarz² · Juliana Ledur Stucky¹ · Heitor Tome da Rosa Filho² · Paola Fagundes Pase¹ · Daniel Augusto Mori Gagliotti⁴ · Alexandre Saadeh⁴ · Maria Inês Rodrigues Lobato² · Henrique Caetano Nardi³ · Silvia Helena Koller^{5,6}

© Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2018

Abstract

The aim of this study is to investigate HIV-related healthcare needs and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. Data were collected from gender identity clinics and the questionnaire was also made available on the Internet. Out of the 543 participants—62.1% ($n = 337$) transgender women, 28.7 ($n = 156$) transgender men and 9.2% ($n = 50$) gender diverse people, 63.7% had been tested at least once in their lives. The prevalence of self-reported HIV-positive status among transgender women was 16.5%, of which 92.0% reported having a physician with whom they regularly consulted about HIV, whereas none of the transgender men or gender diverse people reported HIV-positive status. In addition, 8.2% of transgender men and 12.5% of gender diverse people did not know their serological status. Finally, 71.0% of the participants were unfamiliar with post-exposure prophylaxis. The study discusses the need for adequate behavior-oriented HIV health policies and training of healthcare professionals regarding the needs of Brazilian transgender and gender diverse people.

Keywords Transgender people · HIV testing · HIV treatment · Brazil · Post-exposure prophylaxis

Introduction

Burden of HIV Among Transgender and Gender Diverse People

Data from a recent meta-analysis show that transgender women (TW) are highly vulnerable to HIV infection. In a sample of 11,006 TW, the estimated prevalence of HIV was 19.1%; compared to the general population, TW are 48.8 times more likely to contract HIV [1]. Another meta-analysis revealed an even greater risk among TW sex workers [2]. The study suggests that TSW face unique structural, interpersonal, and individual vulnerabilities that contribute to their high risk of HIV infection. In Brazil, the scenario is similar [3]. Grinsztejn et al. [4] recruited 345 TW from Rio de Janeiro, Brazil, using respondent-driven sampling and found that 31.2% presented HIV diagnosis, indicating that TW bear the largest burden of HIV among any at-risk population in Brazil.

HIV prevalence is low among transgender men (TM), varying between 0 and 4.3% [5–7]. Regarding specifically gender diverse people (GDP), or those who identified with a gender outside the gender binary, there is even less data

✉ Angelo Brandelli Costa
angelo.costa@puccs.br; brandelli.costa@ufrgs.br

¹ Department of Psychology, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Avenida Ipiranga 6681, Prédio 11, Sala 933, Porto Alegre, RS, Brazil

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

³ Department of Social Psychology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

⁴ Transdisciplinary Gender Identity and Sexual Orientation Service (AMTIGOSNUFOR), Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil

⁵ Department of Psychology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

⁶ Optentia Research Focus Area, North-West University, Vanderbijlpark, South Africa

available [8]. Data collection in lower- and middle-income countries such as Brazil is still scarce regarding these populations [7].

Stigma and Healthcare Access

Stigma and prejudice increase the vulnerability of transgender and gender diverse (TGD) people, whether through direct violence and discrimination or by hampering access to healthcare and preventing inclusion in the labor market. In Brazil, the high degree of prejudice against lesbian, gay, bisexual, and transgender populations is well known [9]. Stigma and prejudice are especially evident towards TGD individuals, whose gender expressions differ from hegemonic beliefs [10]. According to the Trans Murder Monitoring Project, Brazil has one of the highest TGD-related homicide rates in the world [11]. In addition to explicit violence, TGD individuals still encounter barriers, motivated by direct or indirect discrimination, in accessing public services, particularly healthcare [12].

HIV Testing for Transgender and Gender Diverse People

Recent studies evaluated HIV testing among TGD in low- and middle-income nations, using qualitative research with in-depth interviews and focus groups and quantitative research with online and in person surveys. Briefly these studies revealed barriers to HIV testing, such as homeless [13], mental health (daily/weekly alcohol use and post-traumatic stress symptoms) [14], unawareness [15], cost [15–17], healthcare provider mistreatment [18, 19], confidentiality breaches [16, 18–20], HIV-related stigma [13, 15, 16, 18–20] and internalized homonegativity [13]. Furthermore, it was highlighted that HIV testing frequently did not include counseling [20] and that lack of support was an important barrier for HIV testing [17]. HIV testing was the main focus of those studies, with one exception that evaluated associations between HIV prevention and human rights for sexual minorities. Therefore, there is a lack of studies considering other forms of HIV prevention, such as post-exposure prophylaxis (PEP), and access to health care after HIV diagnosis. Moreover, recent studies included men who have sex with men (MSM) in tandem with transgender women (TW) in their sample, which could be a confusing for two main reasons. First, considering transgender women among MSM is by itself a form of discrimination, since most transgender women are not, and do not want to be recognized as, men. Second, none of the studies acknowledged gender diverse people, focusing predominantly on sexual behavior and, therefore, neglecting the impact of gender identity on increasing sexually transmitted infection (STI) prevalence; gender identity can affect social and contextual

factors that can increase vulnerability and risk on proximate factors, like sexual behavior [2, 21–23].

The UNAIDS fast-track commitments to end AIDS by 2030 prioritize successfully integrating people living with HIV into healthcare to suppress their viral load, improve their health, and reduce their risk of transmitting HIV. To that end, people living with HIV must fully embrace the HIV care continuum, learning about their HIV-status, and adhering to antiretroviral therapy as soon as possible. Understanding the context in which TGD access HIV-testing and HIV-related healthcare is an important step within the new strategy.

The objective of this study is to report HIV-related healthcare needs and access barriers for TGD people in Brazil. Trans-related discrimination in HIV-oriented healthcare context was also investigated. This is the first study to thoroughly analyze the barriers that TW face in accessing free universal healthcare and the difficulties that TM and GDP have when accessing HIV-related healthcare.

Methods

The Trans Health Research Project is a hospital and web-based cross-sectional survey, based on input from the medical and TGD communities, aimed at assessing the healthcare needs and access barriers of TGD residents in two Brazilian states. It is an evidence-informed, policy-making initiative. The methods are described in detail in another study derived from this research [12].

This study was approved by the institutional review board and Human Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) as well as by the Universidade de São Paulo (USP) and its institutional review board. Written informed consent was obtained from all the study participants.

Participants

Data were collected in two Brazilian states: Rio Grande do Sul and São Paulo. Both states have gender identity programs that provide gender-affirming surgery at university hospitals. Since the Brazilian National Health System provides georeferenced care, patients seeking gender affirmation must undergo these procedures in the states in which they live. Before and after group and individual meetings, patients from the two programs were invited, though convenience sampling, by the researchers to voluntarily answer an electronic version of the survey. The questionnaire was also available on the Internet through an online Facebook announcement targeting TGD during two time periods: July–October 2014 and January–March 2015. The

participants have not receive neither payment incentive nor any direct benefit for joining the research.

Instruments

The survey was modeled after the TransPULSE project [24], one of the first large-scale studies to address the health needs and vulnerabilities of TGD individuals and barriers to healthcare access. For this study, it was adapted to Portuguese for use in the Brazilian population by a group of health practitioners who work in gender and sexual diversity fields and assessed by members of the Brazilian TGD community.

Gender identity was evaluated using the two-question method, and subjects were considered eligible to participate if they reported a gender different from that assigned to them at birth [25]. Organized social movements in Brazil prefer the terms *travesti*, transsexual and trans person (man or woman) to the Anglophone umbrella term transgender [26]. *Travesti* is a culturally specific gender identity term used in Brazil [27]. Based on their self-reported gender identity, participants were re-categorized as transgender women (TW), transgender men (TM) or gender diverse people (GDP). TW were those who were designated male at birth, but identified as women, trans women or *travestis*. TM were those designated as female at birth, but identified as men or trans men, while GDP were those who identified with a gender outside the gender binary.

Race/skin color/ethnicity was attributed using the census categories of the Brazilian Institute of Geography and Statistics: white, black, yellow (mostly East Asians), and indigene. The category *pardo* was also used, which commonly refers to Brazilians of mixed-race, typically a mixture of white, Afro- and native Brazilian. With respect to HIV-related healthcare access and barriers, participants answered questions on reasons for avoiding testing, reasons for testing, and discrimination in the HIV treatment context. The possible answers to these questions were modeled on the experiences of TGD community members and health professionals who work with them.

Participants also answered questions related to HIV testing frequency, self-reported serological status, use of antiretroviral therapy, and knowledge and use of PEP.

Data Analysis

Central tendency and frequency statistics were calculated and the relationships between HIV-testing and sociodemographic factors were determined using χ^2 tests and the Mann–Whitney U-test (continuous measures). The strength of the association between each correlate and HIV testing was expressed as an odds ratio, with a 95% confidence interval, via logistic regression. Although age was collected as a continuous variable it was analyzed, along with the rest of

the variables, as ordinal. Indigenes from the race/skin color/ethnicity category and widow(er)s were excluded from this analysis due to the low sample size.

Results

Seven hundred and one volunteers answered the survey. However, considering the complete questionnaire used in the present article, the total sample consisted of 543 TGD people—62.1% ($n = 337$) TW, 28.7% ($n = 156$) TM and 9.2% ($n = 50$) GDP. Of these, 84.5% ($n = 459$) responded to the survey online and 15.5% ($n = 84$) in the two hospitals. The average age of the participants was 26.8 years (95% CI [26.1, 27.5], SD 8.8, Mdn 24), ranging from 18 to 65 years old. Most of the sample (53.2%) was of emerging adults (ages between 18 and 24 years). More sociodemographic data can be found in Table 1.

Regardless of whether they had been previously tested for HIV infection, participants were asked if they had avoided testing for any of the reasons reported in Table 2.

With regards to HIV testing in particular, 63.7% ($n = 346$, $N = 543$) of participants had already been tested at least once in their lifetime. Regarding gender identity, 72.7% ($n = 245$) of TW, 50.6% ($n = 77$) of TM and 52% ($n = 26$) of GDP had been tested. Determinants for testing are shown in Table 3.

Most respondents (46.7%, $n = 158$, $N = 338$) had been tested in the last 6 months. Specifically, 23.1% ($n = 78$) had been tested in the past 3 months, 23.7% ($n = 80$) from 3 to 6 months previously, 17.8% ($n = 60$) from 6 months to 1 year, 16.9% ($n = 57$) between 1 and 2 years ago, and 18.6% ($n = 63$) more than 2 years previously. No statistically significant difference was found for testing frequency according to gender identity ($X^2(8,338) = 3.06$, $p = 0.930$).

According to the logistic regression (Table 3) age, marital status, race/color/ethnicity and religiosity were associated to HIV-testing.

Table 4 summarizes reasons why participants sought HIV testing. Most were tested as part of a routine medical check-up, for hospitalization or surgical procedure.

Considering the total tested sample, including TW, TM and GDP, self-reported HIV prevalence was as follows: 11.8% ($n = 40$, $N = 339$) of participants reported being HIV positive; 79.1% ($n = 268$), HIV negative; 7.1% ($n = 24$) did not know; and 2.1% ($n = 7$) preferred not to reveal their HIV status. With regards to gender identity, 16.5% ($n = 40$, $N = 242$) of TW reported being HIV positive; whereas none of the TM or GDP reported HIV-positive status. However, 8.2% ($n = 6$, $N = 73$) of TM and 12.5% ($n = 3$, $N = 24$) of GDP did not know their serological status, comparing to 9.1% of TW ($n = 31$, $N = 339$).

Table 1 Demographic characteristics

	Transgender women (N = 337) N (%)	Transgender men (N = 156) N (%)	Gender diverse people (N = 50) N (%)
Age groups			
18–24	154 (45.7)	100 (64.1)	35 (70.0)
25–34	111 (32.9)	36 (23.1)	11 (22.0)
35–44	50 (14.8)	15 (9.6)	2 (4.0)
45–54	17 (5.1)	5 (3.2)	–
55–64	5 (1.5)	–	2 (4.0)
Race/color/ethnicity			
White	243 (72.1)	120 (72.1)	36 (72.0)
<i>Pardo</i>	68 (20.2)	23 (20.2)	4 (8.0)
Black	18 (5.3)	10 (5.3)	5 (10.0)
Yellow	7 (2.1)	3 (2.1)	5 (8.0)
Indigene	1 (0.3)	1 (0.3)	–
Education			
None	7 (2.1)	2 (1.3)	1 (2.0)
Elementary education	32 (9.5)	19 (12.2)	–
High school education	214 (63.5)	99 (63.5)	31 (62.0)
Higher education	62 (18.4)	31 (19.9)	14 (28.0)
Graduate studies	22 (6.5)	5 (3.2)	4 (8.0)
Population of city of residence			
5000–50,000 inh.	69 (20.5)	38 (24.4)	9 (18.0)
50,000–100,000 inh.	43 (12.8)	10 (6.4)	5 (10.0)
100,000–500,000 inh.	84 (24.9)	48 (30.8)	6 (12.0)
More than 500,000 inh.	141 (41.8)	60 (38.5)	30 (60.0)
Marital status			
Single	253 (75.1)	111 (71.2)	39 (78.0)
Common-law marriage	45 (13.4)	32 (20.5)	1 (14.0)
Married	31 (9.2)	12 (7.7)	3 (6.0)
Divorced	7 (2.1)	1 (0.6)	–
Widow(er)	1 (0.3)	–	1 (2.0)
Religious beliefs			
Have a religion	270 (80.1)	112 (71.2)	33 (66.0)
No religion or atheist	67 (19.9)	45 (28.9)	17 (34.0)

Of the HIV-positive people (all TW), only 7.7% ($n = 3$, $N = 39$) reported not having a physician with whom they regularly consult about HIV. Of HIV positive people, 18.0% ($n = 7$, $N = 39$) stated they were not using medication to treat HIV.

Table 5 presents a list of discrimination scenarios related to HIV treatment. It considers exclusively HIV-positive TW. Almost half of the HIV-positive participants (48.7%, $n = 19$) reported some type of discrimination in the healthcare context. For more details, a recent publication contains data concerning discrimination in general healthcare including HIV-related [12].

Finally, access to information on PEP was investigated ($N = 544$). Of the respondents, 71% ($n = 386$) did not know what it was; 26.5% ($n = 144$) were familiar with it, but had

never used it; and only 2.6% ($n = 14$) had already used it. In an assessment based on gender identity, 69.4% ($n = 234$, $N = 337$) of TW, 74.5% ($n = 117$, $N = 157$) of TM and 70.0% ($n = 35$, $N = 50$) of GDP were unfamiliar with PEP. In addition, only 3.0% ($n = 10$, $N = 337$) of TW, 1.3% ($n = 2$, $N = 157$) of TM and 4.0% ($n = 2$, $N = 50$) of GDP had used PEP.

Discussion

To date, this is the first study to thoroughly analyze the barriers that TGD individuals face in accessing free universal healthcare policies and the difficulties they encounter in obtaining HIV-related healthcare.

Table 2 Reasons to avoid HIV-testing by gender identity (multiple answers)

Have you ever AVOIDED HIV testing for any of these reasons?	Transgender women (N = 337)	Transgender men (N = 156)	Gender diverse people (N = 50)
	N (%)	N (%)	N (%)
I always had safe sex, so I didn't believe I needed to get tested	84 (24.9)	15 (9.6)	11 (22.0)
I was afraid I might be HIV positive	59 (17.5)	5 (3.2)	11 (22.0)
I don't believe I'm at risk	59 (17.5)	52 (33.3)	16 (32.0)
It was not important to me to get tested	48 (14.2)	29 (18.6)	16 (32.0)
I always used clean needles so I didn't believe I needed to get tested	43 (12.8)	36 (23.1)	13 (26.0)
I felt healthy, so I didn't believe I needed to get tested	42 (12.5)	19 (12.2)	4 (8.0)
I hadn't had sex recently, so I didn't believe I needed to get tested	37 (11.0)	11 (7.1)	8 (16.0)
I didn't know where to get anonymous testing	23 (6.8)	7 (4.5)	5 (10.0)
The HIV testing staff are/have been hostile or insensitive to me	22 (6.5)	6 (3.9)	3 (6.0)
Other reasons	22 (6.5)	21 (13.5)	6 (12.0)
I didn't want other people to know I got tested	20 (5.9)	2 (1.3)	4 (8.0)
I didn't want my partner to know I got tested	8 (2.4)	1 (0.6)	–

Avoidance of HIV Testing: Lack of Anonymity and Fear of Harassment

In addition to general healthcare scenarios [10, 12, 28], trans-related discrimination is also reported with regard to HIV related-care. With respect to HIV testing, Table 2 highlights avoidance due to concerns over anonymity and expected prejudice: 6.8% of participants did not know where to get tested anonymously and 5.9% would not want others to know about their testing. Previous data already demonstrated that resistance to testing in trans women is related to uncertainty regarding the confidentiality of results [29]. Additionally, 6.5% of the respondents believed health professionals would harass them. Table 5 contains discrimination experiences related to health professionals providing HIV-related care.

Nevertheless, more than 70.0% of our sample had already been tested for HIV at least once and 68.9% had done so in the previous 6 months. This is almost twice as high as the national average; considering data from the Ministry of Health's 2008 Awareness research, attitudes and practices related to STI and AIDS in the Brazilian population, 36.5% of participants reported having been tested for HIV at least once in their lifetime and 38.4% stated they had been tested in the past 12 months [30]. In agreement with our results, 84.4% of *travestis* of another research in the north of Brazil reported they had been tested for HIV at some point in their lives 47.30% in the previous 12 months [31]. Likewise, 69.0% of *travestis* in a research conducted in a northwestern Brazilian state had been tested for HIV [32]. Contrasting with Brazilian data, a recent study in Canada, using the same methodology, reported that only 54.0% of participants (including TM) had been tested for HIV infection [5].

The majority of our sample cited routine or non-HIV-associated care as reasons for testing. Despite the high frequency of testing, avoidance due to stigma and prejudice may prompt lower treatment adherence and can, therefore, be addressed by public policies.

Care Continuum: Where Do You Go After Testing?

In regard to the care continuum, most participants stated adherence to treatment and the use of medication. According to the Brazilian Epidemiological AIDS and STI Report [7, 33] 3% of people diagnosed with HIV adhere to treatment and 48.0% take medication. Our study showed better results: 92.3% linked to care and 82.1% using antiretroviral therapy. Paradoxically, our sample exhibited a high prevalence of HIV infection, suggesting some exhaustion of current prevention strategies. According to international guidelines [34], PEP is an option to avoid HIV infection. PEP has been a policy for sexual exposure to HIV in Brazil since 2010. It is available for cases of sexual violence, unprotected sexual intercourse and occupational accidents. Nevertheless, 71.0% of participants were unfamiliar with PEP, highlighting the need to promote new prevention strategies for those groups.

HIV Across Healthcare, Accentuating the Medicalization and Stigmatization of TGD

Studies evaluating the impact of health policies on TGD health have highlighted that the emphasis on HIV has prompted the medicalization and stigmatization of this population. Despite the focus on HIV, in Brazil, for example there are still limitations in terms of accessing prevention policies and treatment alternatives by this groups [35]. Therefore, inasmuch as TGD individuals are

Table 3 HIV-testing by sociodemographics

	n (%)	Wald	Odds ratio	95% CI
Age groups				
18–24	132 (45.7)	41.83**	0.18	0.10–0.30
25–34	134 (84.8)	5.22**	0.40	0.18–0.88
35–44	58 (86.6)	0.10	0.83	0.26–2.62
45–54	17 (77.3)	1.39	3.07	0.48–19.65
55–64	5 (71.4)	55.32	Ref.	Ref.
Race/color/ethnicity^a				
White	248 (62.3)	4.05*	0.51	0.27 – 0.98
<i>Pardo</i>	69 (72.6)	0.01	1.08	0.27 – 4.35
Black	18 (54.6)	0.03	0.92	0.41 – 2.09
Yellow	10 (66.7)	5.05	Ref.	Ref.
Indigene	1 (50.0)	–	–	–
Education				
None	7 (70.0)	0.27	1.56	0.30 – 8.15
Elementary education	29 (56.9)	0.02	0.94	0.39 – 2.24
High school education	204 (59.3)	0.80	0.70	0.32 – 1.52
Higher education	83 (77.6)	0.06	1.14	0.40 – 3.26
Graduate studies	23 (74.2)	2.151	Ref	Ref
Population of city of residence				
5000–50,000 inh.	63 (54.3)	0.80	0.71	0.34 – 1.50
50,000–100,000 inh.	38 (65.5)	0.01	1.02	0.60 – 1.73
100,000–500,000 inh.	81 (58.7)	3.58	0.66	0.48 – 1.01
More than 500,000 inh.	164 (71.0)	5.28	Ref.	Ref.
Marital status^b				
Single	247 (61.3)	0.03	1.05	0.61 – 1.80
Common-law marriage	52 (62.0)	4.64	0.35	0.13 – 0.91
Married	40 (87.0)	0.45*	1.88	0.29 – 11.97
Divorced	6 (75.0)	4.85	Ref.	Ref.
Widow(er)	1 (50.0)	–	–	–
Religion				
Have a religion	278 (67.2)	4.81*	1.70	1.06–2.69
No religion or atheist	68 (52.7)	–	Ref.	Ref.

** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$ ^aExcluding indigene^bExcluding widow(er)s

targeted as a priority in terms of HIV policies, healthcare professionals are not trained in regard to the needs of this population, making them more vulnerable to HIV infection.

Data from Argentina shows that a high proportion of TW avoid health services due to stigma, discrimination, and exposure to violence [28]. This demonstrates the importance of providing formal training for health professionals on issues related to gender and sexuality. Furthermore, the specific needs of the TGD population must be addressed, providing better quality services that respect cultural differences and therefore minimize barriers to healthcare access.

Limitations

The sample used in this research was not representative of all Brazilian states; as such, estimates based on these data could be biased. Furthermore, the level of education of the sample is higher than the Brazilian average and less educated TGD probably face additional barriers due to education and knowledge about the characteristics of, and need for, health care and treatment [36]. It adequate accessibility to a physician once diagnosed with HIV infection could also indicate a sample bias, since a small part of the sample was collected from the two gender identity programs, located in hospitals, where medical assistance and referrals are easier.

Table 4 Reasons for HIV-testing by gender identity (multiple answers)

	Transgender women (N = 242) N (%)	Transgender men (N = 76) N (%)	Gender diverse people (N = 24) N (%)
Part of a routine medical check-up, for hospitalization or a surgical procedure	84 (34.7)	38 (50.0)	9 (37.5)
I just wanted to find out if I was infected or not	79 (32.6)	8 (10.5)	10 (41.7)
I felt I had unsafe sex	65 (26.9)	3 (4.0)	5 (20.8)
No particular reason	50 (20.7)	22 (28.95)	7 (29.2)
Someone suggested I should be tested	38 (15.7)	10 (13.2)	3 (12.5)
I was concerned I could give HIV to someone	21 (8.7)	2 (2.6)	5 (20.8)
I had sex with someone I knew was HIV positive	7 (2.9)	–	–
I was feeling sick	14 (5.8)	–	–
I thought I might have been exposed at work	9 (3.7)	1 (1.3)	1 (4.2)
I had been sexually assaulted	9 (3.7)	–	–
I had sex with someone who I suspected was HIV positive	16 (6.6)	1 (1.3)	–
I shared needles or drug-using equipment	2 (0.8)	–	–
I had to get tested for life insurance coverage	–	1 (1.3)	–
I do not know	2 (0.8)	1 (1.3)	–
Other	9 (3.7)	5 (6.6)	3 (12.5)

Table 5 Discrimination in HIV-related healthcare contexts faced by transgender women living with HIV infection (multiple answers)

Because you are a TGD individual, has a healthcare provider ever...	Transgender women (n = 39) N (%)
None of the above	20 (51.3)
Not used the name you indicated that you wanted to be called	9 (23.1)
Told you that you were not really TGD	4 (10.3)
Used hurtful or insulting language about TGD identity or experiences	3 (7.7)
Told you they do not know enough about TGD-related care to provide it	3 (7.7)
Belittled or ridiculed you for being TGD	3 (7.7)
Refused to see you or ended your care because you were TGD	3 (7.7)
Refused to examine parts of your body because you are TGD	3 (7.7)
Thought the gender listed on your ID or forms was incorrect	2 (5.1)
Discouraged you from exploring your gender	1 (2.6)
Refused to discuss or address TGD-related health concerns	1 (2.6)

Is important to note that the worst health care access and greatest discrimination may be experienced by TGD with no access to the Internet or tertiary care.

An important limitation is the fact that all measures used were self-reported. There are a number of well documented biases in the use of HIV and sexual behavior related self-report measures [37]. However, a recent study done in Brazil with MSMs found that self-report of HIV infection was a reliable indicator among that group; agreement between self-report and the test was very good ($\kappa = 0.88$) [38]. Although populations have distinct characteristics, TGD and MSM, taking into account inherent biases, the data of the present research can be considered reliable.

An additional limitation was the low statistical power in regression analysis on HIV-testing. For the variable marital status, the χ^2 -test revealed significant associations with the dependent variable ($p < 0.01$). By contrast, the corresponding odds ratios for these relationships exhibited 95% confidence intervals including 1, falling just short of statistical significance.

Despite these limitations, the results indicate that HIV-related health policies for TGD populations need to foster initiatives aimed to control HIV infection, such as prevention. Additionally, continuous training of health practitioners is needed to mitigate potentially prejudiced attitudes in HIV-related healthcare contexts. This study also demonstrates the

urgent need for adequate behavior-oriented HIV healthcare policies and training of professionals regarding the needs of TGD.

Authors Contribution All the authors contributed significantly and are in agreement regarding the contents of this manuscript. AC designed the study, wrote the protocol, was responsible for analysis, and participated in data interpretation, draft of the article and final approval of this version. AF, JS and RC participated in data analysis and interpretation, draft of the article and final approval of this version. HF, DG, KS and PP participated in the study design and final approval of the article. AS, HN, ML and SK were responsible for the study design and data interpretation, as well as draft of the article and its final approval.

Funding This study was funded by the Universal Issuance 477016/2013-8 Universal Public Call 14/2013—Track C by of the Brazilian National Council of Technological and Scientific Development (CNPQ), and through PROEX and PDSE grants from the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES).

Compliance with Ethical Standards

Conflicts of interest The authors declare that there are no conflicts of interest.

Ethical Approval All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Informed Consent Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

References

1. 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(3):214–22. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8).
2. Poteat T, Wirtz AL, Radix A, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet*. 2015;385(9964):274–86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3).
3. Costa AB, Fontanari AMV, Jacinto MM, et al. Population-based HIV prevalence and associated factors in male-to-female transsexuals from southern Brazil. *Arch Sex Behav*. 2015;44(2):521–4. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0386-z>.
4. Grinsztejn B, Jalil EM, Monteiro L, et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet HIV*. 2017;4(4):169–76. [https://doi.org/10.1016/s2352-3018\(17\)30015-2](https://doi.org/10.1016/s2352-3018(17)30015-2).
5. Bauer GR, Travers R, Scanlon K, Coleman TA. High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-292>.
6. Herbst JH, et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav*. 2008;12(1):1–17. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9299-3>.
7. Reisner SL, Murchison GR. A global research synthesis of HIV and STI biobehavioural risks in female-to-male transgender adults. *Glob Public Health*. 2016;11(7–8):866–87. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134613>.
8. Scheim IA, Jackson R, James L, Sharp Doppler T, Pyne J, Bauer GR. Barriers to well-being for aboriginal gender-diverse people: results from the Trans PULSE Project in Ontario, Canada. *Ethn Inequal Health Soc Care*. 2013;6(4):108–20. <https://doi.org/10.1108/EIHC-08-2013-0010>.
9. Costa AB, Peroni RO, Camargo ES, Pasley A, Nardi HC. Prejudice toward gender and sexual diversity in a Brazilian Public University: prevalence, awareness, and the effects of education. *Sex Res Social Policy*. 2015;12(4):261–72. <https://doi.org/10.1007/s13178-015-0191-z>.
10. Cerqueira-Santos E, Calvetti PU, Rocha K, Moura A, Barbosa L, Herme J. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde [Perception of gay, lesbian, bisexual and transgender, transsexual and travesti users about Brazilian unified health system]. *Interam J Psychol*. 2010;44(2):235–45. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0386-z>.
11. Balzer C, Hutta JS, Adrián T, Hyndal P. Transrespect versus transphobia worldwide: a comparative review of the human-rights situation of gender-variant/trans people. Berlin: Transgender Europe (TGEU); 2012.
12. Costa AB, Rosa FHT, Pase PF, Fontanari AMV, Catelan RF, Mueller A, et al. Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *J Immigr Minor Health*. 2016. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>.
13. Andrinopoulos K, Hembling J, Guardado ME, Maria Hernandez F, Nieto AI, Melendez G. Evidence of the negative effect of sexual minority stigma on HIV testing among MSM and transgender women in San Salvador, El Salvador. *AIDS Behav*. 2015;19(1):60–71. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0813-0>.
14. Bao A, Colby DJ, Trang T, et al. Correlates of HIV testing among transgender women in Ho Chi Minh, Vietnam. *AIDS Behav*. 2016;20(Suppl 3):371–8. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1574-8>.
15. Pal K, Ngin C, Tuot S, et al. Acceptability study on HIV self-testing among transgender women, men who have sex with men, and female entertainment workers in Cambodia: a qualitative analysis. *PLoS ONE*. 2016;11(11):e0166129. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166129>.
16. Lippman SA, Moran L, Sevelius J, et al. Acceptability and feasibility of HIV self-testing among transgender women in San Francisco: a mixed methods pilot study. *AIDS Behav*. 2016;20(4):928–38. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1236-2>.
17. Frye V, Wilton L, Hirshfield S, et al. “Just because it’s out there, people aren’t going to use it”: HIV self-testing among young, black MSM, and transgender women. *AIDS Patient Care STDS*. 2015;29(11):617–24. <https://doi.org/10.1089/apc.2015.0100>.
18. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Brien N, et al. Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: a qualitative study. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):1–9. <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21385>.
19. 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*. 2015. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1057757>.
20. Wirtz AL, Clouse E, Veronese V, et al. New HIV testing technologies in the context of a concentrated epidemic and evolving HIV prevention: qualitative research on HIV self-testing among men who have sex with men and transgender women in Yangon,

- Myanmar. PLoS ONE. 2017;20(1):1–9. <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21796>.
21. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):13–24. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0).
 22. Boerma JT, Weir SS. Integrating demographic and epidemiological approaches to research on HIV/AIDS: the proximate-determinants framework. *J Infect Dis*. 2005;191(Suppl 1):S61–7. <https://doi.org/10.1086/425282>.
 23. Lewis ND. Is the social–ecological framework useful in understanding infectious diseases? The case of HIV/AIDS. *EcoHealth*. 2005;2(4):343–8.
 24. TransPULSE. Provincial survey. 2012. <http://transpulseproject.ca/wp-content/uploads/2012/05/Trans-PULSE-survey-information-only-copy-2012.pdf>.
 25. Reisner SL, Conron KJ, Tardiff LA, Jarvi S, Gordon AR, Austin SB. Monitoring the health of transgender and other gender minority populations: validity of natal sex and gender identity survey items in a U.S. national cohort of young adults. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1224. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1224>.
 26. Carvalho M, Carrara S. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil [Towards a trans future? Contributions to a history of the travesti and transsexual movement in Brazil]. *Sex Salud Soc*. 2013;14:319–51. <https://doi.org/10.1590/s1984-64872013000200015>.
 27. Barbosa C. “Doidas e putas”: usos das categorias travesti e transexual [“Freaks and whores”: uses of travesti and transsexual categories]. *Sex Salud Soc*. 2013;14(2):352–79. <https://doi.org/10.1590/s1984-64872013000200016>.
 28. Socías ME, Marshall BD, Arístegui I, et al. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):1–12. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>.
 29. Pinheiro Junior FM, Kendall C, Martins TA, et al. Risk factors associated with resistance to HIV testing among transwomen in Brazil. *AIDS Care*. 2016;28(1):92–7. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1066751>.
 30. Pascom ARP, Arruda MR, Simão MBG. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos 2008 [Research on knowledge, attitudes and practices in the Brazilian population from 15 to 64 years-old 2008]. Ministério da Saúde, Brasília, Brazil; 2011.
 31. Sousa PJD, Ferreira LOC, Sá JBD. 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]. *Cien Saude Colet*. 2013;18(8):2239–51. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800008>.
 32. Martins TA, Kerr LRF, Macena RH, et al. Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of north-east Brazil: a respondent-driven sampling survey. *AIDS Care*. 2013;25(5):606–12. <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.726342>.
 33. Brazilian Ministry of Health. Boletim epidemiológico AIDS e DST [Epidemiological data on AIDS and IST]. Ministério da Saúde, Brasília, Brazil; 2012.
 34. World Health Organization. Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection. Geneva: WHO; 2014. <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/info/en/>.
 35. Silva AS, Barboza R. Exclusão social e consciência política: luta e militância de transgêneros no ENTLAIDS [Social exclusion and political awareness: transgender struggle and activism in ENTLAIDS]. *Cadernos CERU*. 2009;20:257–76.
 36. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Plan*. 2004;19(2):69–79. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh009>.
 37. Weinhardt LS, Forsyth AD, Carey MP, Jaworski BC, Durant LE. Reliability and validity of self-report measures of HIV-related sexual behavior: progress since 1990 and recommendations for research and practice. *Arch Sex Behav*. 1998;27(2):155–80.
 38. Mota RMS, Kerr LRF, Kendall C, Pinho A, de Mello MB, Dourado I, et al. Reliability of self-report of HIV status among men who have sex with men in Brazil. *JAIDS*. 2011;57:S153–6.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br