

ALÍCIA KRÜGER

**AVIÕES DO CERRADO
USO DE HORMÔNIOS POR TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS DO
DISTRITO FEDERAL BRASILEIRO**

BRASÍLIA, 2018



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ALÍCIA KRÜGER

**AVIÕES DO CERRADO
USO DE HORMÔNIOS POR TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS DO
DISTRITO FEDERAL BRASILEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Merchán-Hamann

Coorientadora: Prof.^a Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez

BRASÍLIA

2018

ALÍCIA KRÜGER

AVIÕES DO CERRADO
USO DE HORMÔNIOS POR TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS DO
DISTRITO FEDERAL BRASILEIRO

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília.

Aprovada em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edgar Merchán-Hamann (presidente)
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Edu Turte Cavadinha
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Prof.^a Dra. Fran Demétrio
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof.^a Dra. Maria da Graça Hoefel (suplente)
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho à minha bisavó e primeira professora, Hercília Ferreira de Andrade Ribas (in memoriam), eterna incentivadora de meus estudos nesta longa estrada da vida, na qual vou correndo e não posso parar.

À minha amada e saudosa mãe Neide (in memoriam) e a meu amado pai Ocimar, pedras angulares sobre as quais constantemente me (re)construo.

A Marialba, por ter me concedido a vida.

À madrinha Deoneia, por ser, na verdade, uma mãedrinha.

À tia irmã(e) Michelli, por sempre estar a meu lado e por ter se tornado uma mulher inspiradora para esta aspirante mulher.

A meu sobrinho Lucas, que amo como a um filho.

Ao meu amado noivo, Gabriel, parceiro de jornada, paciente nos vales, vibrante nos picos desta onda chamada vida a dois.

AGRADECIMENTOS

A meus pais, avós, bisavós, sobrinho e familiares: VOCÊS SEMPRE SERÃO TUDO!

Às amigas e amigos queridos conquistados ao longo destes anos na Universidade, em especial à Ádria e Marcita, Karol, Vivi, Jeh e Cami. Àqueles que sempre foram fundamentais neste longo e sinuoso caminho chamado vida.

Ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, e à Equipe da Pesquisa DIVAS, pela cessão dos respectivos bancos de dados, que possibilitaram a existência do presente trabalho. Deste Departamento, também agradeço a Ana Roberta, Isabela, Damiana, Ana Monica e Mariana pelos auxílios.

Aos colegas do DIAHV, que cotidianamente me aguentam, louca para terminar esta dissertação e, em especial, à equipe da PAS.

Ao Prof. Dr. Edgar Mechán-Hamann, orientador deste trabalho, grande médico, sanitarista e epidemiologista e um amigo sempre sorridente, com o qual a Colômbia graciosamente nos presenteou.

À Prof.^a Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez, co-orientadora deste trabalho, exímia antropóloga, muito sensível e amiga para uma conversa a qualquer hora, sendo ela um presentão do Chile para “nosotros”.

Aos professores doutores Edu Cavadinha, Fran Demétrio e Maria da Graça Hoefel por comporem esta banca com sua expertise profissional e de vida. Aos dois primeiros, gostaria de destinar especial agradecimento e estender cumprimentos pajubás de muita aquendação, por compartirem do mesmo sangue trans que corre em minhas veias. À Prof.^a Maria da Graça, em específico, enquanto pessoa cis,

agradeço imensamente por, com tanto carinho, receber o convite de uma banca com tal temática, mostrando sua sensibilidade humana ímpar.

Aos Prof. Drs. Mônica Siqueira Malta e Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos, pesquisadores titulares da Pesquisa DIVAS, brilhantes profissionais que estão encampando essa que é mais do que uma pesquisa, mas sim um grande instrumento de promoção de direitos humanos de pessoas trans no Brasil, construída por, para e com a população trans.

Ao estatístico Dr. Sandro Sperandei, da Fundação Oswaldo Cruz-RJ, pelo auxílio nas análises dos dados, sem o qual a presente dissertação não poderia existir.

À queridíssima Angela, pelas importantes contribuições técnicas a este trabalho. Sem essas contribuições, o resultado não seria tão precioso.

Aos amigos-irmãos Anderson, Erick, Aline. O amor por vocês vem, certamente, da força que vocês me dão.

A meus filhotes Xico, Nina e Frida, também a Rume e Bob que me deram força na vida, seja em PG, seja em BSB para que este trabalho pudesse ser mais leve.

Ao movimento social trans do Brasil, do qual sou orgulhosamente integrante e que muito contribuiu a proporcionar conhecimento não só teórico, mas, principalmente, prático em relação a essa pauta, tornando a presente pesquisa, mais do que uma dissertação, um instrumento de visibilidade de nossa população e de nossa causa dentro da comunidade científica.

A todos que, de uma forma ou outra, contribuíram para que este trabalho fosse realizado.



*“Perdi-me do nome,
Hoje podes chamar-me de tua,
Dancei em palácios,
Hoje danço na rua.
Vesti-me de sonhos,
Hoje visto as bermas da estrada,
De que serve voltar
Quando se volta p'ró nada.
Eu não sei se um Anjo me chama,
Eu não sei dos mil homens na cama
E o céu não pode esperar.
Eu não sei se a noite me leva,
Eu não ouço o meu grito na treva,
E o fim vem-me buscar.
Sambei na avenida,
No escuro fui porta-estandarte,
Apagaram-se as luzes,
É o futuro que parte.
Escrevi o desejo,
Corações que já esqueci,
Com sedas matei
E com ferros morri.
Eu não sei se um Anjo me chama,
Eu não sei dos mil homens na cama
E o céu não pode esperar.
Eu não sei se a noite me leva,
Eu não ouço o meu grito na treva,
E o fim vem-me buscar.
Trouxe pouco,
Levo menos,
E a distância até ao fundo é tão pequena,
No fundo, é tão pequena,
A queda.
E o amor é tão longe,
O amor é tão longe... E a dor é tão perto”*

(Pedro Abrunhosa, Balada de Gisberta)

APRESENTAÇÃO

Prazer!

Sou Alícia Krüger, 24 anos, pontagrossense de nascença e criação, brasileira de coração e por adoção, capricorniana, farmacêutica (a primeira farmacêutica trans do Brasil, a primeira trans formada pela UEPG), trabalhadora do, pelo e para O SUS, feminista e TRAVESTI.

Nascida de Marialba, criada e amada por Neide, por Hercília, por Michelli, Deoneia e Elza (aquenda quantas mulheres babadeiras! Logo, não poderia eu dar n'outra coisa!). Filha do seu Ocimar, churrasqueiro de primeira, mãe de Rume, Bob, Xico, Nina e Frida, noiva de Gabriel.

Feita mulher no meio de tantas grandes mulheres, travesti por teimosia contra o *status quo*, humana!

Deste modo, eis aqui que vos apresento um trabalho que é parte de minha trajetória pessoal e profissional. É um trabalho que aborda sim conceitos e práticas sobre hormonização, saúde e corpo. Mas mais que isso, vos apresento (ao menos tento) um trabalho sobre vidas: vidas humanas, iguaizinhas a mim. Travestis e mulheres transexuais, iguaizinhas a mim e tããããõ diferentes.

Há de se reconhecer que este trabalho vos está sendo apresentado no Brasil de 2018: espaço-tempo de intensas críticas e indagações ao que se chama de ideologia de gênero, dispositivo pelo qual se ataca identidades e vivências trans, por esferas religiosas e governamentais. Todavia, deve-se salientar que o dispositivo gênero não é insólito, vistos os diversos e robustos estudos acerca desta questão. Gênero não é ideologia, é teoria, é prática, é ciência, é vida.

E o nome “Aviões do Cerrado”? Bem, fosse para ser racional, nem eu saberia explicar. A racionalidade mínima diz que é pelo fato deste estudo ter sido conduzido em Brasília, cuja região central e mais famosa, o plano piloto, tem a forma de um avião. Ademais, a metáfora de avião, diz respeito a uma forma de retratar corpos de mulheres que são tidos como esculturais. Machista? E como! Logo, a ideia é pegar este termo para, ao menos, tentar ressignificá-lo. Inclusive como já fizemos com o termo travesti, sempre tão atrelado ao negativo. Vociferar o ser travesti é resistência. Travestis estão sim nas esquinas se prostituindo e assim podem continuar sempre que desejarem. Travestis estão também nas escolas, nas universidades, nas

empresas, até mesmo pilotando aviões. Mas a verdade maior deste nome é que ele veio depois de uma noite mal dormida, na qual no meio da madrugada, talvez os espíritos das fadas travestis mais babadeiras vieram me dizer: vai lá e desconstrói.

Se conseguirei? Sei lá, acho que não. Se bem que a gente pode tanto quando acredita. Unidas então, melhor ainda. Unida a toda esta academia, tem também um ativismo trans que me constrói.

Logo, entrem agora numa viagem a bordo desse avião que, como todos os outros, não é conduzido por uma só pessoa, mas por várias. Este trabalho é sim meu, mas também de todas as pessoas trans que carrego comigo e pessoas cis parceiras desta jornada.

Apertem seus cintos e abram muito suas mentes. Nosso voo vai começar!

RESUMO

Introdução: Mulheres transexuais e travestis, na busca de signos de feminilidade corporal, recorrem a diferentes tecnologias de modificação corporal, como é o caso de hormônios. Pelas características de frequente negação de acesso a serviços de saúde, o uso desses hormônios ocorre, majoritariamente, por automedicação. **Objetivo:** Descrever a prevalência autorrelatada do uso de hormônios pelas travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal. **Método:** Estudo transversal com amostragem realizada por RDS, contendo um questionário do tipo *KAP*, realizado com mulheres transexuais e travestis maiores de 18 anos de idade, com algum vínculo com o DF e que nunca tenham participado da pesquisa. Para a análise das diferenças estatísticas, utilizaram-se intervalos de confiança de 95%. As prevalências foram estimadas utilizando o estimador RDS-II. Todas as análises foram realizadas no programa R, versão 3.4.4 utilizando o pacote RDS. **Resultados:** Foram analisadas informações de 201 participantes. O estudo contou com uma amostra jovem, com mediana de idade de 24 anos. A prevalência geral de uso contínuo de hormônios foi de 64,5%. A formulação mais utilizada foi a que combina estrogênio e progesterona (86,2%), nas vias injetável (75,1%) e oral (66%), respectivamente. A maioria (84%) das participantes consegue os hormônios diretamente nas farmácias, sem receituário médico. As orientações sobre o uso desses hormônios vêm, majoritariamente, de outras travestis e transexuais (41%). A satisfação com o uso dos hormônios é alta (mais de 70%), assim como os efeitos indesejados que são sentidos com o uso de hormônios (em 63% dos casos). A descontinuidade do uso de hormônios, em caso de efeitos indesejados, foi a atitude tomada pela maioria das respondentes (43%). **Conclusões:** De modo geral, percebe-se que o uso de hormônios é bastante prevalente, como relatado na literatura. A automedicação, na maior parte dos casos, é também uma conclusão corroborada por outros achados. Altas taxas de satisfação mostram uma busca pelo prazer individual com a autoimagem. Este estudo demonstrou a realidade do processo de hormonização destas pessoas, refletida nas altas taxas de efeitos indesejados, de descontinuidade de uso e recebimento de informações técnicas apenas de pares.

Palavras-chave: Travestis e Mulheres Transexuais; Hormonização, Corpo, Acesso; Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Transgender women and *travestis*, in search of signs of corporal femininity, resort to different technologies of body modification, as is the case of hormones. Due to the frequent denial of access to health services, the use of these hormones occurs, mostly, by self-medication. **Objective:** To describe the self-reported prevalence of hormone use by transgender women and *travestis* in the Federal District. **Method:** A cross-sectional study with RDS sampling, containing a KAP questionnaire, carried out with transgender women and *travestis* over 18 years of age, with some link with the FD and who had never participated in the survey. For the statistical differences analysis, 95% confidence intervals were used. Prevalences were estimated using the RDS-II estimator. All analyzes were performed in program R, version 3.4.4 using the RDS package. **Results:** We analyzed information from 201 participants. The study had a young sample with an age median of 24 years. The overall prevalence of continuous use of hormones was 64.5%. The most used formulation was the one that combines estrogen and progesterone (86.2%), in the injectable (75.1%) and oral (66%) presentations, respectively. Most (84%) get the hormones directly in pharmacies, without medical prescription. The guidelines on the use of these hormones come mainly from other transgender women and *travestis* (41%). The satisfaction with the use of the hormones was high (more than 70%), as well as the side effects felt with the use of hormones (in 63% of cases). Discontinuation of hormone use in cases of side effects was the attitude most of the respondents (43%) took. **Conclusions:** It is generally perceived that the use of hormones is quite prevalent, as reported in the literature. Self-medication in most cases is also a conclusion corroborated by other findings. High satisfaction rates show a search for individual pleasure with self-image. This study showed the reality of use of hormones by these persons, reflected on high rates of unwanted effects, discontinuation of use and technical information obtained only from peers.

Keywords: *Travestis* and Transgender women; Hormones; Body; Access; Health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. O tripé do sexo biológico.....	22
Figura 2. Diferenciação sexual e desenvolvimento da genitália interna e externa	23
Figura 3. Gene SRY e diferenciação do sexo masculino	25
Figura 4. Distribuição das cadeias de recrutamento de acordo com o número de ondas de recrutamento	36
Figura 5. Diagrama de redes de recrutamento do Distrito Federal.....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estabelecimentos de saúde que realizam atendimento especializado no âmbito do “Processo Transexualizador” do SUS.	28
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das 201 entrevistadas da Pesquisa DIVAS no Distrito Federal, 2017	42
Tabela 2. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios. Distrito Federal, 2017	43
Tabela 3. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo identidade de gênero. Distrito Federal, 2017.....	45
Tabela 4. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo faixa etária. Distrito Federal, 2017.....	48
Tabela 5. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo raça/cor. Distrito Federal, 2017	50
Tabela 6. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo escolaridade. Distrito Federal, 2017	52
Tabela 7. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo informação se trabalhou como profissional do sexo nos últimos 30 dias. Distrito Federal, 2017	54
Tabela 8. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo renda. Distrito Federal, 2017	56

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Cis	Abreviação de “cisgênero”, pessoa cuja identidade de gênero está consoante ao gênero designado ao nascimento
Trans	Abreviação de “transgênero”, pessoa cuja identidade de gênero não está consoante ao gênero designado ao nascimento
DF	Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
RDS	<i>Respondent Driven Sampling</i>
PNAD-C	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAUM	Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamentos
ICTQ	Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
PNM	Política Nacional de Medicamentos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Corpos-aviões esculpidos por si mesmas: o [não] acesso à saúde.....	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	Como se constrói um [novo] corpo social, cultural e biologicamente?	21
3	OBJETIVOS	33
3.1	Objetivo geral.....	33
3.2	Objetivos específicos.....	33
4	MÉTODOS	34
4.1	Desenho do estudo	34
4.2	População de estudo.....	34
4.3	Amostragem.....	35
4.4	Período e local do estudo	37
4.5	Equipe, fonte e coleta de dados	37
4.6	Variáveis de estudo	38
4.7	Análise dos dados	38
4.8	Limitações do estudo	39
4.9	Aspectos éticos	39
5	RESULTADOS	41
6	DISCUSSÃO	58
7	RECOMENDAÇÕES	69
8	CONCLUSÕES	71
	REFERÊNCIAS	73
	ANEXO A – CESSÃO DE BASE DE DADOS	82
	ANEXO B – PARECER DO CEP/ENSP DE APROVAÇÃO DA PESQUISA DIVAS	87
	ANEXO C – PARECER DO CEP/FEPECS DE APROVAÇÃO DA PESQUISA DIVAS	94
	ANEXO D – BLOCOS A E H DO QUESTIONÁRIO – PROJETO DIVAS	98
	ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)– PESQUISA DIVAS	110

1 INTRODUÇÃO

“Inútil querer me classificar, eu simplesmente escapulo não deixando.
Gênero não me pega mais.”

Clarice Lispector, *Água Viva*

Socialmente, estão bastante definidos os papéis do que se entende por homem e por mulher. Parte dessa conceituação se realiza com base em aspectos biológicos tais como a genitália, considerando a hegemonia das definições biomédicas. Pessoas que possuem pênis são classificadas como homens e as que têm vagina, como mulheres [1].

Tais papéis começam a ser construídos desde que o indivíduo ainda está no útero de quem o gera, quando a família começa a preparar o enxoval de acordo com o sexo, ou seja, a genitália que esse bebê possui, revelada por um exame de ultrassonografia. Ali se inicia a legitimação da representação social que se faz desse sexo. Dessa forma, cor de rosa para as meninas e azul para os meninos são marcadores dessa diferença social [2].

Depois que o bebê nasce, a primeira coisa que se identifica é justamente esse genital: “É menino, olha que baita sacão roxo!”, ou então: “É menina, tem vagina”. E aí percebe-se a primeira manifestação perpetrada do machismo institucionalizado, pois ninguém brada: “É uma menina, vejam que belo buetão vermelho!”

Todavia, em uma perspectiva crítica, a travesti Amara Moira Rodvalho [3] salienta que, na verdade, a relação entre sexo definido ao nascimento com base no aparelho genital e as expressões de gênero do indivíduo não ocorre de forma cartesiana. Os comportamentos da pessoa podem não corresponder aos papéis associados, tradicionalmente, ao sexo definido com base na genitália de nascimento.

O conceito de gênero se firma, principalmente, na segunda onda feminista nos anos 1970, período em que o determinismo biológico passa a ser duramente criticado [4]. O termo visa referir-se a um conjunto de atributos adquiridos pela

socialização do indivíduo, inserido em contextos culturais diferenciados pelas diversas condições econômicas e sociais de onde se vive, como se vive e com quem se convive.

Os estudos de gênero contribuíram para desenvolver a compreensão social dos tradicionais papéis de gênero anteriormente citados, e também das expressões e identidade de gênero, que Jaqueline Gomes de Jesus [5] descreve como “gênero com o qual uma pessoa se identifica, que pode ou não concordar com o gênero que lhe foi atribuído quando de seu nascimento” (p. 15). E, para ir além, como o próprio prefixo “trans” já traz consigo, ontologicamente, a identidade de gênero demonstra quem a pessoa, de fato, é.

Em relação à identidade de gênero, os indivíduos podem ser compreendidos a partir de dois grandes grupos: o das pessoas cisgênero (ou por abreviação: cis), no qual a identidade de gênero é consoante ao sexo atribuído ao nascimento, e o das pessoas transgênero (ou transexuais, ou ainda a abreviação trans), no qual a identidade de gênero não está em consonância com o sexo atribuído ao nascimento. Por exemplo, uma pessoa que nasce com pênis, a quem se atribui o sexo masculino e que possui identidade de gênero masculina, é considerada cis. Já uma pessoa que nasça com um pênis e a quem seja atribuído o gênero masculino, havendo contestação e esta tenha sua construção psicossocial quanto mulher, tem-se uma pessoa trans. Vale então frisar: identidade de gênero não é apenas de pessoas trans. Todas as pessoas, cis ou trans, possuem identidade de gênero [3, 5].

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 [6], define duas populações bastante específicas: travestis e transexuais. O termo transgênero, bastante utilizado na academia, mas pouco entre movimentos sociais – que, inclusive, construíram essa Política junto ao Ministério da Saúde – acaba não aparecendo [6].

Segundo Kulick [7], no Brasil, utiliza-se a categoria travesti por questões políticas, tendo em vista que os movimentos sociais por reivindicação de direitos foram iniciados pelas travestis. Todavia, tanto travestis quanto mulheres transexuais podem ser consideradas pessoas trans de identidade feminina. Ainda, sendo as travestis uma categoria genuinamente brasileira, não se traduz a palavra travesti para línguas estrangeiras.

Não há, contudo, significativa diferença entre travestis e mulheres transexuais, que seja marcada por cirurgias genitais que esta faz e não aquela, por

ingestas diferenciadas de hormônios ou mesmo por feminilidade. Como já dito, ambas são pessoas trans de identidade feminina e a diferença que poderia marcar as duas identidades seria a conotação política e/ou subjetiva.

Pode haver outras classificações identitárias que não sigam o binarismo de gênero, como indivíduos não binários, agêneros, *genderqueer*, entre outros. Judith Butler, filósofa expoente da teoria *queer*¹, tece uma crítica ao sistema binário à luz dessa teoria, afirmando que, mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e constituição, não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois e que, assim como o gênero é social e culturalmente construído, o sexo também o é [8].

As pessoas também podem ser compreendidas a partir do direcionamento de sua atração sexual, afetividade ou desejo, ou seja, por sua orientação sexual. Têm-se, portanto: homossexuais (sentem atração pelo seu mesmo gênero); heterossexuais (atração pelo gênero oposto); bissexuais (atração por ambos os gêneros) e assexuais (ausência de atração). Fica claro, então, que identidade de gênero e orientação sexual são conceitos bastante distintos. Uma pessoa trans não é, por exemplo, por definição, um homossexual e sim uma pessoa com identidade de gênero diferente daquela atribuída ao nascimento. E essa pessoa trans, assim como uma pessoa cis, pode ser heterossexual, homossexual, bissexual ou assexual [5].

1.1 Corpos-aviões esculpidos por si mesmas: o [não] acesso à saúde

Grande parte das travestis e mulheres transexuais recorrem às tecnologias médicas para que algumas características inerentes ao sexo masculino que lhes foi designado ao nascimento sejam suprimidas e para que as características tidas como femininas manifestem-se em seu fenótipo. Butler classifica esta manifestação fenotípica da dita feminilidade, como a passabilidade, ou ainda, a inteligibilidade de um corpo, o que significaria ‘parecer cada vez mais com uma mulher cis [8,9].

A busca da afirmação dos estereótipos femininos, desta passabilidade, pode ocorrer por desejo próprio da pessoa trans, em busca de conforto e prazer individual com a imagem, ou pela necessidade que esta encontra de enquadrar-se nos

¹ Para saber mais sobre a teoria *queer*, ler Colling L. Mais definições em trânsito. Teoria Queer. Disponível em <http://www.cult.ufba.br/maisdefinicoes/TEORIAQUEER.pdf>.

padrões que a sociedade exige como sendo femininos e, assim, tentar fugir dos preconceitos diários. A normatização dos corpos é um dos grandes motivos para a procura desse recurso, reproduzindo modelos legendários da concepção de gênero [10].

Judith Butler discorre sobre essa normatização e alega que o discurso médico apresenta a intenção de padronizar o conceito de normal – se é isso que existe – usando como referência a dicotomia de gênero. Logo, as pessoas trans fogem dos parâmetros sociais ditos normais, pois não entram em nenhuma categoria de gênero socialmente aceita, o que os (as) coloca como corpos abjetos, ou seja, corpos estranhos, que causam repulsa e exclusão, tornando-se “vidas precárias”; daí a tentativa de normatização por meio das tecnologias médicas [8].

Uma dessas tecnologias médicas utilizadas por travestis e mulheres transexuais para feminização corpórea é o uso de hormônios para produzir formas tidas como femininas em seu corpo.

No Brasil, legalmente, a hormonização deve ser prescrita por profissional médico [6]. No entanto, a maioria das pessoas trans se automedica e não recorre a serviços de saúde para realizar sua hormonização. A automedicação é direito do cidadão e, desde que consciente, não é, necessariamente, um ato errôneo. Todavia, no caso de pessoas trans, ela ocorre devido à dificuldade de acesso aos serviços, pela falta de médicos que dominem a questão e consigam prescrever com segurança os medicamentos para essas usuárias. Outro obstáculo é o preconceito arraigado na cultura dos profissionais de saúde, que desrespeitam e deslegitimam as identidades trans, além de ainda haver, na cultura médica, uma patologização atrelada à questão trans, o que afugenta pessoas trans dos serviços de saúde [11].

Sobre a automedicação, Arán e Murta [11] ainda mencionam que se trata de uma prática instaurada entre mulheres transexuais e travestis. Quando estas acessam os serviços, já vêm utilizando hormônios por indicação de pessoas das suas redes ou por informações obtidas na Internet. As autoras destacam, ainda, que a maioria das travestis e mulheres transexuais começa pelo consumo de anticoncepcionais orais e injetáveis, ingerindo vários comprimidos por dia, na crença de que obterão efeitos mais rápidos. Utilizam-se também hormônios indicados para reposição hormonal na menopausa em altas doses, o que as leva a um alto risco de problemas relacionados a esses medicamentos. Tais fatos retratam a precariedade da assistência a essa população, caracterizada pela negação da sua existência

pública. Ademais, são comumente estigmatizadas e discriminadas pela população, de modo geral, e pelos serviços de saúde em particular [12].

Mesmo frente a tantas barreiras, as pessoas que conseguem acessar os serviços de saúde podem optar por consultas particulares ou pelo atendimento gratuito no Sistema Único de Saúde (SUS), pelo chamado Processo Transexualizador.

O Processo Transexualizador foi instituído no Brasil pela Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, do Ministério da Saúde [13], revogada, redefinida e ampliada pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 [14]. O processo garante a travestis e transexuais o acompanhamento multidisciplinar e procedimentos cirúrgicos e hormonais de acordo com sua identidade de gênero.

Arán, Murta e Lionço [11] fazem uma análise crítica do Processo Transexualizador e pontuam que, mesmo considerando o inegável benefício que alguns serviços têm prestado a usuários transexuais, vale destacar que a exigência do diagnóstico como condição de acesso ao tratamento vem sendo continuamente problematizada, por meio das contribuições realizadas no campo da saúde coletiva, das ciências sociais e da bioética.

Este diagnóstico sempre foi baseado na Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua décima versão (CID-10), no qual o denominado 'transexualismo' estava catalogado no grupo F6, que se destinava aos diversos tipos de transtornos de personalidade e de comportamento de adultos. O 'transexualismo' constava especificamente como um Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), com o código F64.0 [11].

Entretanto, em 2018, na nova versão deste manual, a CID-11, após anos de intensas discussões entre especialistas e ativistas trans, houve a exclusão das identidades trans da categoria de transtorno mental passando a ser descrita no capítulo de Transtornos Sexuais e de Saúde Sexual como "incongruência de gênero" [66]. Espera-se, desta forma, que a lógica de pareceres e diagnósticos mentais, instrumentos do poderio psicológico e psiquiátrico deixe de existir, sendo uma barreira a menos para que pessoas trans acessem serviços de saúde. [11]

Para travestis e mulheres transexuais, a hormonização, geralmente, baseia-se na administração de estrogênio por via oral ou injetável e de antiandrogênicos progestágenos que bloqueiam a ação excessiva da testosterona [9].

Para Coleman et al. [15], a hormonização deve ser individualizada com base

nas metas da pessoa usuária do serviço, na relação risco/benefício dos medicamentos, na presença de outras condições de saúde e na consideração de questões sociais e econômicas.

Se a hormonização for realizada de maneira incorreta, as usuárias ficam expostas a muitos riscos. Deutsch, Bhakri e Kubicek [16] dizem que mulheres trans, em razão do uso, em doses excessivas, de estrogênios e antiandrogênicos progestágenos, ou devido à estimulação dos nervos intercostais pela presença de implante mamário, podem desenvolver hiperprolactinemia com ou sem galactorreia. Além disso, o etinilestradiol pode causar resistência à insulina. Fenômenos tromboembólicos e isquemia cerebrovascular podem ocorrer pelo excesso da dose, tipo e via de administração dos estrogênios.

Já que no SUS há uma perspectiva de integralidade, é fundamental considerar a especificidade de cada encontro para a elaboração do projeto terapêutico de cada paciente, de acordo com suas expectativas, seus temores e seus desejos. Assim, o projeto terapêutico de mudanças corporais deve levar em conta a diversidade e a singularidade das narrativas trans, pois nem todas as pessoas desejam ou necessitam os mesmos procedimentos de cuidado e nem almejam os mesmos resultados [17].

O presente trabalho abordará como se dá o uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro, incluindo aspectos como acesso, compra, vias de administração, motivações de uso, reações esperadas e adversas e outros, cruzados com dados sociodemográficos. A análise, pioneira no DF, busca contribuir dando luz a esse panorama, com um melhor entendimento sobre as necessidades de melhoria em saúde pública no processo de hormonização dessas pessoas. Este trabalho não é sobre hormônios, é sobre pessoas, é sobre vidas!

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Como se constrói um [novo] corpo social, cultural e biologicamente?

“Antes de qualquer coisa, a existência é corporal”.

David Le Breton

Com a frase acima, de seu livro “A sociologia do corpo” [18], Le Breton expressa a centralidade da corporeidade humana como fruto de indagações e questionamentos de diversas áreas do conhecimento, como a antropologia, a história, a filosofia e as ciências da saúde. A análise cultural do corpo privilegia sua dimensão simbólica e as representações construídas ao seu redor, as quais são essenciais para a sua compreensão. Isso porque o “corpo é a interface entre o social e o individual, a natureza e a cultura, o psicológico e o simbólico” (p. 97). Le Breton contribui, sobretudo, com a mudança epistêmica para que se firme a tese de que um ser não é um corpo, mas sim, tem um corpo.

A grande contribuição do conceito de corporeidade é a compreensão de que um corpo socialmente inteligível é uma construção cotidiana e contínua. Logo, torna-se impossível a compreensão do corpo sem o seu contexto, sem a educação e a política que o formatam no interior de uma cultura, sem as dimensões ética e estética que o atravessam. Aspectos socioculturais e econômicos como idade, raça/cor, escolaridade, renda, tipo de trabalho (e que serão analisados neste estudo) também integram a noção de corporeidade e, especificamente em saúde, compõem os determinantes sociais no processo saúde/doença [9].

Uma das primeiras manifestações da corporeidade se instaura no processo de definições e construções relacionadas ao sistema sexo/gênero no nascimento, com base nas características biológicas do corpo [2].

Por outro lado, Thomas Laqueur [20] lança luz às mudanças ontológicas sobre corpo ao longo da história, e argumenta que o século XVII é um marco nesse contexto. O autor reflete a tese de um “modelo de sexo único”, colocando o homem/pênis no ápice da evolução e a mulher como um inverso anatômico e social do homem. Até o século XVII, a definição de diferenciação de homem e mulher perpassava, principalmente, os papéis socioculturais exercidos. Já após esse

período, com o avanço dos estudos de anatomia, cria-se o “modelo dos dois sexos”, separando radicalmente sistemas orgânicos com funções diferentes, porém complementares, biológica e socialmente, de maneira imutável.

Dessa época até os dias atuais, o sexo, na medicina, ainda é compreendido como algo natural, imutável, enquanto o gênero, principalmente para as ciências sociais e humanas, é resultado de uma construção histórico-social dinâmica.

Foucault pontua que não se tem a intenção de mostrar que os discursos dos “saberes” são falsos ou constituem meias verdades, mas sim evidenciar como os saberes, poderes e verdades se estruturam nas realidades compreendidas a partir do “dispositivo da sexualidade” [21]. Essas categorias foucaultianas são produzidas por meio de questionamentos a respeito da sexualidade, principalmente na reflexão dos discursos da medicina no século XIX.

Butler [8], porém, afirma que, além do gênero, o sexo é também um construto social mutável. Mesmo biologicamente, o sexo não se resume apenas à genitália externa de um indivíduo. O dito sexo biológico é composto de aspectos gonadais/hormonais e também cromossômicos, para além dos genitais, proposto no presente estudo como um tripé [22], apresentado na Figura 1.

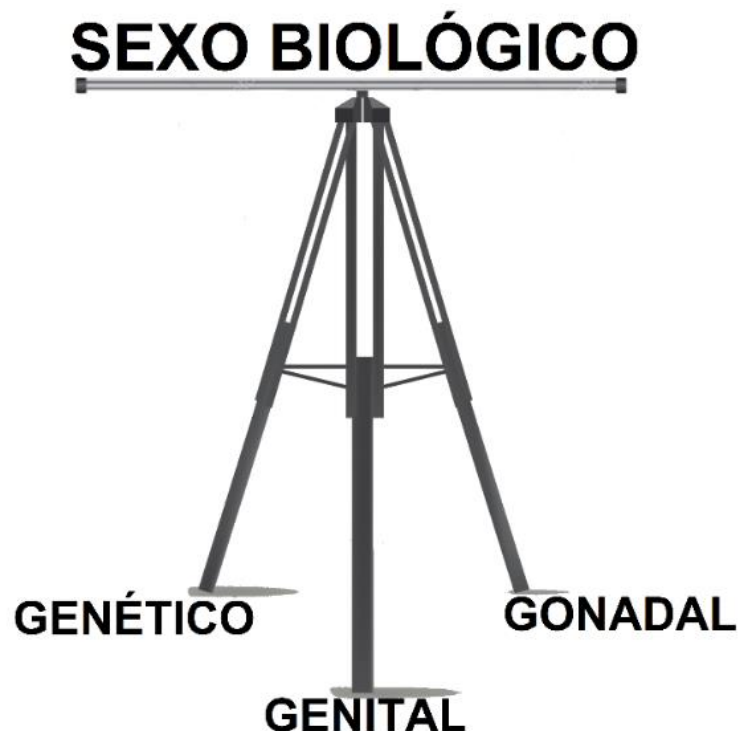


Figura 1. O tripé do sexo biológico
Fonte: a autora.

Percebe-se, na figura, uma aparente proeminência ou importância do genital, mas, tridimensionalmente, genética e gônadas também atuam de forma sinérgica e coesa para que a estrutura do sexo biológico se mantenha em pé. Dessa forma, mesmo sendo o dito sexo biológico produto desse tripé, a identificação da anatomia genital acaba sendo o indicador principal do sexo e do gênero a que o sujeito pertence, antes mesmo de seu nascimento, por meio de exames de ultrassonografia.

Sabe-se que, por definição e por leis físicas, quando se quebra um dos pilares de um tripé, este cai. Atualmente, é possível alterar cirurgicamente o genital de nascimento; nessa cirurgia, as gônadas (testículos ou ovários) são retirados e, conseqüentemente, a produção de hormônios endógenos também se altera. Vê-se que, pela própria definição biológica, intervenções podem quebrar, não somente um, mas até dois desses pilares. Diariamente, tomar hormônios é, também, uma forma de abalar as estruturas desse tripé, pois os hormônios fazem o papel exógeno que as gônadas fariam de modo endógeno [22].

O terceiro pilar, até então dito imutável, a genética, também merece uma visão não transfóbica, à luz da própria ciência biológica. Iniciamos com a compreensão da fisiologia, demonstrando que o desenvolvimento da genitália interna (a) e externa (b) do feto ocorre em torno da sexta semana de gravidez, como pode ser visto na Figura 2.

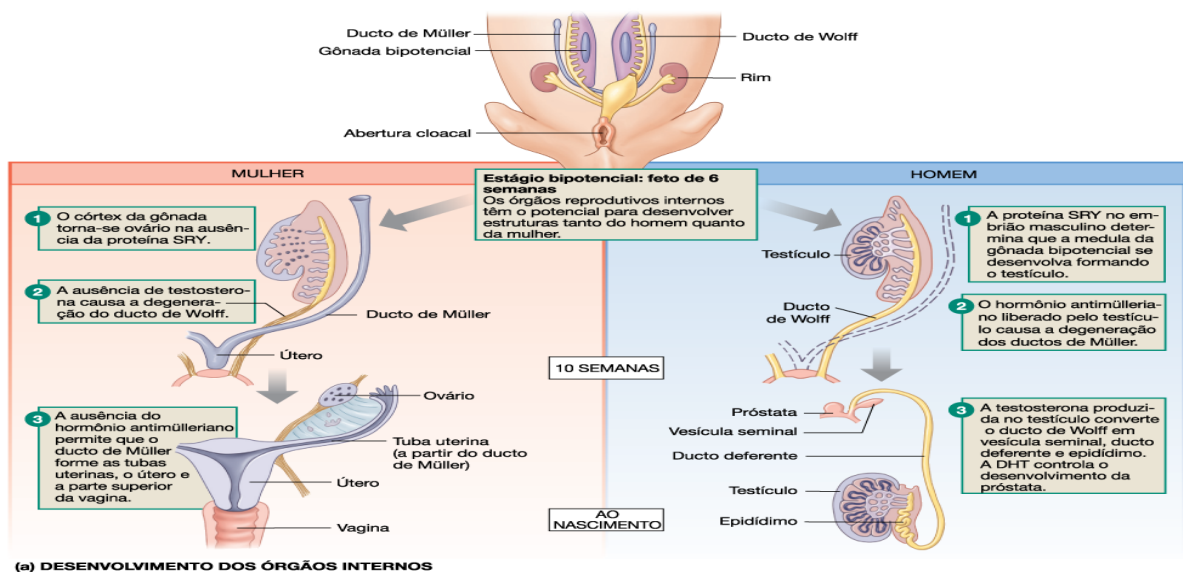


Figura 2. Diferenciação sexual e desenvolvimento da genitália interna e externa. (continua)

Fonte: Silverthorn DU. Fisiologia Humana: uma abordagem integrada. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2010. 989 p. [23]

Legenda: DHT = Diidrotestosterona

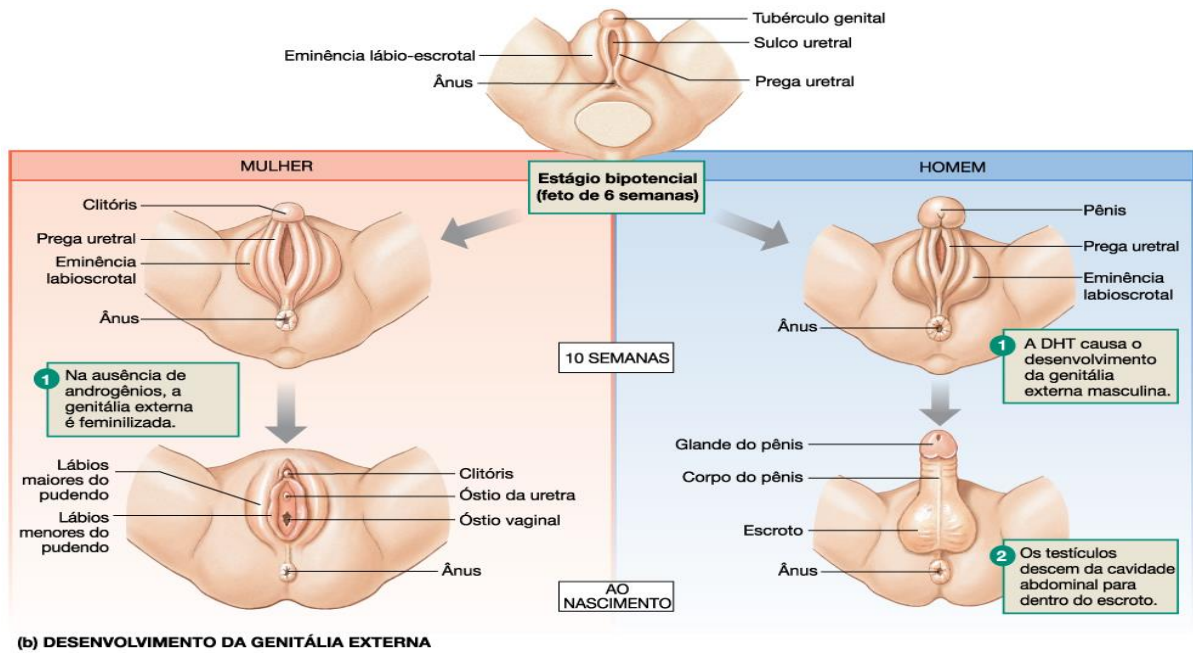


Figura 2. Diferenciação sexual e desenvolvimento da genitália interna e externa. (conclusão)

Fonte: Silverthorn DU. Fisiologia Humana: uma abordagem integrada. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2010. 989 p. [23]

Legenda: DHT = Diidrotestosterona

Tal desenvolvimento ocorre sob a influência de uma cascata de genes, começando com o gene SRY, que determina o sexo e está presente no braço curto do cromossomo Y. O gene SRY codifica várias proteínas relacionadas com a diferenciação testicular e a produção de testosterona pelas células de Leydig (Figura 2). A produção de testosterona pelos testículos é necessária para a diferenciação sexual dos órgãos sexuais entre 6 e 12 semanas de gravidez. A conversão periférica da testosterona em diidrotestosterona é essencial para a formação do pênis, da próstata e do escroto. Já o desenvolvimento dos órgãos sexuais ditos femininos no útero é baseado principalmente na ausência de androgênios [24].

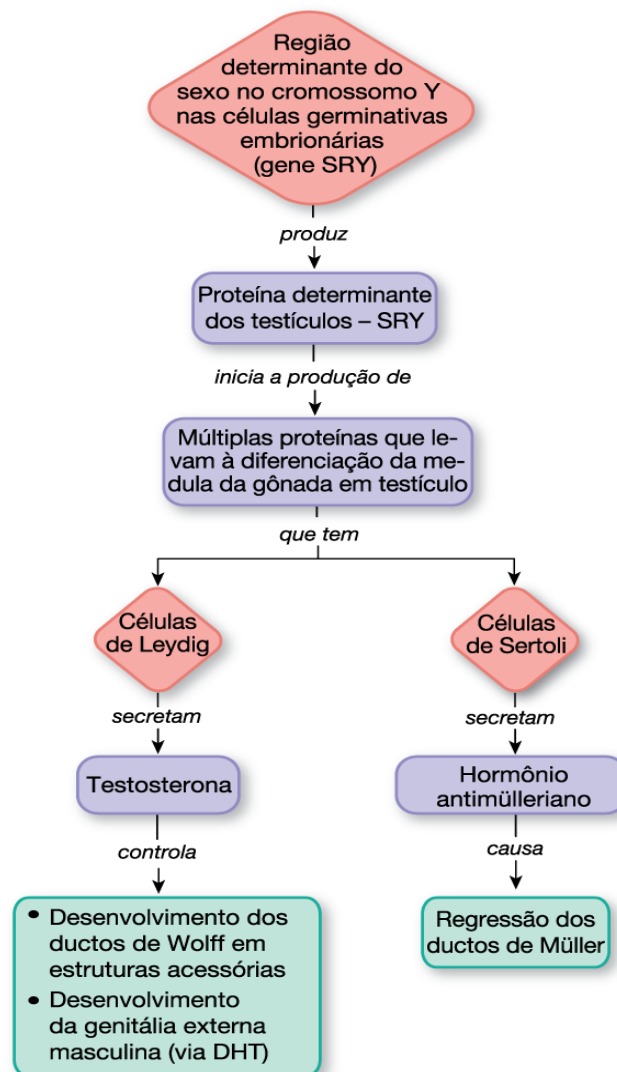


Figura 3. Gene SRY e diferenciação do sexo masculino

Fonte: Silverthorn DU. Fisiologia Humana: uma abordagem integrada. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2010. 989 p. [23]

DHT = Diidrotestosterona

Percebe-se, então, que o cromossomo Y tem como função precípua a da formação dos genitais no período intrauterino. Depois, entra em ação a cascata de produção da testosterona, mediante a sinalização bioquímica. Em não havendo mais testículos, tal função se perde [25].

Ademais, apenas em outra situação o cromossomo Y tem um papel importante: nas poucas heranças (doenças) sexuais ligadas a esse cromossomo, envolvendo os denominados genes holândricos, que caracterizam as heranças restritas ao sexo dito masculino. As poucas e mais conhecidas heranças ligadas a esse cromossomo são a hipertricose, que é a presença de pelos grossos e longos nas orelhas masculinas, e também a calvície de padrão dito masculino [26].

Outrossim, ambos os fenômenos são dependentes da testosterona para manifestarem-se, ou seja, ainda assim o sexo genético por si só não é causa suficiente: há a necessidade da ação de hormônios para que se manifestem [27].

Percebe-se aí que o uso transfóbico das ciências biológicas para segregar sexos e firmar a tese de que “mulheres transexuais e travestis são pessoas de sexo biológico [sic] masculino, com identidade feminina” é autolimitado. A própria ciência explica a diversidade de possibilidades de configurações sexuais biológicas, sem falar, ainda, nas intersexualidades que diversificam ainda mais esse quadro. Deve-se apenas salientar que este tripé está sob influências histórico-culturais, sociais e ambientais dinâmicas, pois, como dito na introdução deste trabalho, tanto as ideias de gênero, quanto as de sexo variam entre as sociedades em seus diferentes momentos históricos e que a ideia deste tripé aqui apresentada é bastante própria de uma noção ocidental de sexo no século XXI.

Rodvalho [3] diz que, na verdade, a relação entre sexo anatômico e gênero não ocorre de forma tão direta e natural. Identidade de gênero e sexo definido ao nascimento não funcionam diretamente como causa e consequência. Nesse espectro encontram-se a transexualidade e a travestilidade, que podem ser compreendidas como a não correspondência do indivíduo às expectativas definidas socialmente para o seu sexo designado ao nascimento com base em sua genitália. A pessoa identifica-se com os elementos tidos como do sexo oposto ao seu, podendo submeter-se a procedimentos cirúrgicos e/ou hormonais para modificar seu corpo e externar o fenótipo desejado [28].

Como já apontado, corpos masculinos e femininos acabam sendo definidos biológica e socialmente a partir dos genitais e dos caracteres sexuais secundários que os compõem. Essa divisão binária dos corpos faz com que muitas pessoas busquem recorrer a estereótipos do gênero que expressam caracteres da padronização do que é “normal”, realizada pelo discurso médico-biológico [8]. A busca dessa afirmação pode ocorrer por desejo próprio da pessoa trans ou pela necessidade que esta encontra de enquadrar-se nos padrões que a sociedade exige como sendo femininos ou masculinos [29].

Butler [8] insiste na perspectiva da desconstrução do sexo como uma inscrição biologicamente dada, à qual corresponde uma definição linear do gênero, ao dizer: “O gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado” (p. 25). Ao contrário, a autora compreende

que a biologia é um fator existente no que se refere ao sexo e ao gênero de um indivíduo, mas afirma que tanto o sexo e o gênero, quanto a identidade de gênero e suas performances, são muito mais produtos do contexto sociocultural e político em que o indivíduo está inserido do que meramente um estatuto biológico:

“A matriz cultural por intermédio da qual a identidade de gênero se torna inteligível exige que certos tipos de ‘identidade’ não possam ‘existir’ – isto é, aquelas em que o gênero não decorre do sexo e aquelas em que as práticas do desejo não ‘decorrem’ nem do ‘sexo’, nem do ‘gênero’. [...] Ora, do ponto de vista desse campo, certos tipos de ‘identidade de gênero’ parecem ser meras falhas do desenvolvimento ou impossibilidades lógicas, precisamente porque não se conformaram” [8] (p. 39).

Para uma expressão clara de seu gênero, grande parte das pessoas (cis e trans) incorrem a indumentárias e processos de modificação corporal, utilizando-se de tecnologias farmacêuticas, médicas e cirúrgicas para criar em si símbolos lidos socialmente de acordo com seu gênero [30]. No caso das travestis e mulheres transexuais, uma das tecnologias utilizadas é o uso de hormônios para a dita feminização corporal. Dentre cirurgias e procedimentos estéticos, esses medicamentos estão no rol das tecnologias de mais fácil acesso, menor preço e maior facilidade de administração, para alcançar resultados corporais [29].

Para as mulheres transexuais e travestis, a hormonização compreende, basicamente, a administração de um antiandrogênico para a supressão da ação periférica da testosterona, um tipo de estrogênio para obtenção dos caracteres sexuais secundários e, em alguns casos, um progestágeno para o crescimento dos seios [9]. Dentre os mais comumente utilizados, destacam-se o comprimido combinado de estrogênio e progestágeno, o medicamento injetável de mesma formulação e, também, os antiandrogênicos [16].

O uso de hormônios, portanto, merece, para além do olhar meramente farmacológico, uma compreensão sociocultural e também do cuidado humanizado atrelado a essa prática.

O farmacêutico Lucas Tramontano [22] discorre acerca da influência dos hormônios no reforço do binarismo sexual e de gênero, explorando a teoria do que denomina “gênero molecular”. As ciências farmacológicas e fisiológicas, de maneira isolada, visam apenas, para além de diferenças anatômicas, diferenciar bioquimicamente os sexos/gêneros. Os estudos de hormonização acabam por focar apenas a cascata hormonal do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal – de

onde o hormônio surge, por onde passa e até onde vai para exercer seus (e) feitos [31].

Benedetti [30] disserta que mulheres transexuais e travestis brasileiras estão inseridas num contexto de busca de um ideal de beleza feminina que, paulatinamente, construiu-se com signos como quadris largos, glúteos fartos e seios grandes. Hormonizar-se é, então, fabricar uma beleza padrão.

Com um sistema de saúde público e privado construído a partir do binarismo de sexo e gênero, a demanda das pessoas por essas modificações corporais torna-se quase inalcançável [32, 65]. A criação de serviços específicos de nível ambulatorial e cirúrgico – por meio do Processo Transexualizador do SUS – para atender a tal demanda é uma das tentativas de minimizar a precariedade de acesso. Todavia, poucos são os serviços do tipo existentes no Brasil. Ademais, alguns são habilitados pelo Ministério da Saúde (o que significa estar consoante à Portaria do processo Transexualizador e receber verbas da União) e outros não (o que não significa ausência de atendimento, mas sim que não há repasse de verba federal), sendo estes últimos prestados pelos próprios territórios, conforme se pode observar no Quadro 1. Vale ressaltar que Brasília, sítio do presente estudo, consta da lista a seguir como um dos ambulatórios não habilitados pelo Ministério da Saúde.

Quadro 1. Estabelecimentos de saúde que realizam atendimento especializado no âmbito do “Processo Transexualizador” do SUS. (continua)

Serviço	UF	Portaria de habilitação	Modalidade
Serviço do Processo Transexualizador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC UFPE)	PE	Portaria SAS/MS nº 1.055, de 13 de outubro de 2014	Ambulatorial e Hospitalar
Serviço do Processo Transexualizador do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC UFG)	GO	Portaria GM/MS nº 3.183, de 29 de dezembro de 2016	Ambulatorial e Hospitalar
Unidade de Urologia Reconstructora Genital do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (HUPE UERJ)	RJ	Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008	Ambulatorial e Hospitalar
Serviço do Processo Transexualizador do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC FMUSP)	SP	Portaria GM/MS nº 3.125, de 28 de dezembro de 2016	Ambulatorial e Hospitalar

Quadro 1. Estabelecimentos de saúde que realizam atendimento especializado no âmbito do “Processo Transexualizador” do SUS. (continuação)

Serviço	UF	Portaria de habilitação	Modalidade
Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HC UFRGS)	RS	Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008	Ambulatorial e Hospitalar
Programa Transexualizador do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM)	ES	Portaria GM/MS nº 410, de 22 de fevereiro de 2018	Ambulatorial
Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais do Hospital das Clínicas de Uberlândia	MG	Portaria GM/MS nº 3.128, de 28 de dezembro de 2016	Ambulatorial
Ambulatório de Disforia de Gênero do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE)	RJ	Portaria GM/MS nº 3.126, de 28 de dezembro de 2016	Ambulatorial
Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento (CRT) em DST/AIDS de Santa Cruz	SP	Portaria GM/MS nº 3.231, de 29 de dezembro de 2016	Ambulatorial
Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano	PR	Portaria GM/MS nº 3.233, de 29 de dezembro de 2016	Ambulatorial
Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA)	BA	Portaria GM/MS nº 2.051, de 5 de julho de 2018	Ambulatorial

Quadro 1. Estabelecimentos de saúde que realizam atendimento especializado no âmbito do “Processo Transexualizador” do SUS. (continuação)

Serviço	UF	Portaria de habilitação	Modalidade
Ambulatório transexualizador da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (UREDIFE)	PA	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga	PB	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório do Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP)	BA	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório Portas abertas - Saúde integral das pessoas trans: cuidar e acolher, da Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto	SE	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório de Saúde de Homens Trans do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) da Universidade de Pernambuco (UPE)	PE	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório de Saúde Trans do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto	CE	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório Trans DF	DF	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório de Transexualidade do Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi (HGG)	GO	Não habilitado	Ambulatorial
Unidade Básica de Saúde com projeto de atenção e acolhimento à população LGBT	RS	Não habilitado	Ambulatorial

Quadro 1. Estabelecimentos de saúde que realizam atendimento especializado no âmbito do “Processo Transexualizador” do SUS. (conclusão)

Serviço	UF	Portaria de habilitação	Modalidade
Ambulatório de Saúde de Travestis e Transexuais do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP)	MS	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório de atenção especializada no Processo Transexualizador do Hospital Eduardo de Menezes – Rede FHEMIG	MG	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (AMTIGOS) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (IPq/HC USP)	SP	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório do Núcleo de Estudos, Pesquisa, Extensão e Assistência à Pessoa Trans Professor Roberto Farina da UNIFESP	SP	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo Campus Ribeirão Preto	SP	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório Municipal de Saúde Integral de Travestis e Transexuais	SP	Não habilitado	Ambulatorial
Atenção à saúde de travestis e transexuais na Atenção Básica de São Paulo	SP	Não habilitado	Ambulatorial
Ambulatório para pessoas travestis, transexuais, transgênero do Centro de Saúde da Lagoa	SC	Não habilitado	Ambulatorial

Fonte: a autora, com base na legislação mencionada.

A concentração dos serviços somente nessas poucas cidades, em um país com dimensões continentais, dificulta o acesso de muitos (as) usuários (as), que tentam atendimento em suas cidades por meio do SUS. Logo, a procura pelos medicamentos diretamente no balcão das farmácias, sem receituário médico, é uma constante entre as pessoas trans [17].

Em relação à compra direta em farmácia sem receituário médico, verifica-se, também, a dicotomia entre a existência de uma maior liberdade individual e autonomia de acesso por parte do indivíduo, e a frequente ausência do cuidado profissional em saúde. Todavia, cabe lembrar que há, no estabelecimento farmácia, a presença de um profissional de saúde: o farmacêutico.

Nesse sentido, o profissional farmacêutico, embora sua inclusão não seja preconizada na equipe mínima do Processo Transexualizador do SUS, pode contribuir para com as usuárias e outros prestadores de cuidados da saúde ao estar envolvido na gestão da hormonização [33]. Com a prática da atenção farmacêutica, o profissional pode auxiliar na elucidação de dúvidas da usuária em relação a doses, contraindicações, interações medicamentosas e custo-benefício, facilitar o uso racional dos medicamentos e, também, propor um acompanhamento farmacoterapêutico que possibilite a avaliação individual em cada caso. Tais práticas contribuem para a qualidade de vida dessas mulheres, evitando possíveis riscos à saúde, provenientes da própria hormonização ou de um manejo inadequado desta [34].

Aos conhecimentos de diferentes áreas, é imprescindível agregar um olhar humanizado, com foco em direitos humanos, livre de preconceitos e de caráter acolhedor, para promover a autonomia do sujeito, noções da cogestão do cuidado em saúde e atenção ao próprio corpo. Pessoas trans são sujeitos de direito pleno.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever a prevalência autorrelatada do uso de hormônios pelas travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a frequência do uso de hormônios entre as travestis e mulheres transexuais;
- Sistematizar a distribuição desse uso frente às características sociodemográficas.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo epidemiológico transversal, contendo um questionário do tipo KAP (do inglês: *Knowledge, Attitude and Practices* – Conhecimentos, Atitudes e Práticas), cujo recrutamento e amostragem de participantes é realizada pela metodologia *Respondent-Driven Sampling* (RDS). Os dados levantados no presente trabalho compõem o “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis” – Pesquisa DIVAS, realizada em 12 sítios brasileiros: Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Campo Grande, Brasília, Manaus, Belém, Salvador, Recife e Fortaleza, encomendada pelo Ministério da Saúde para avaliar as prevalências dos agravos supracitados. Todavia, a pesquisa aborda muitos outros aspectos de saúde e do cotidiano destas pessoas.

O presente estudo utiliza os dados primários coletados no sítio Brasília e enfoca a utilização de hormônios para modificação corporal de travestis e mulheres transexuais, pois, apesar do título, a pesquisa também engloba as mulheres transexuais e outras identidades trans femininas. As informações foram obtidas por meio de questionário, de onde informações sobre modificações corporais eram constantes, e este sendo aplicado por entrevistador, individualmente, a cada participante.

4.2 População de estudo

Para este estudo, foram selecionadas travestis e mulheres transexuais com idade igual ou superior a 18 anos completos, que tenham sido designadas como do sexo masculino ao nascer, mas que se identifiquem com o gênero feminino.

Como critério de inclusão, as participantes deveriam ter algum vínculo com o DF (trabalhar, morar, estudar e/ou passar a maior parte do tempo) e nunca terem participado da pesquisa, portando um convite válido e inédito do estudo, entregue por alguma outra já entrevistada [35].

4.3 Amostragem

Utilizou-se a metodologia de recrutamento e amostragem *Respondent-Driven Sampling* (RDS), que se inicia com uma pequena amostra intencional, entre cinco e dez pessoas [35], geralmente identificada por meio de uma “pesquisa formativa” inicial. Cada integrante dessa amostra inicial é denominada “semente”, e irá recrutar novos indivíduos de sua rede social; por sua vez, cada indivíduo recrutado irá recrutar uma nova “onda” (pequeno conjunto) de contatos. Assim, a população de estudo segue crescendo em “ondas” de recrutamento, sendo interrompida após alcançar um critério de parada – um dado tamanho de amostra, definido a priori; um certo quantitativo de casos; um determinado número de ondas etc. [36]. Cada indivíduo pode recrutar apenas um número restrito de contatos, definido de antemão (geralmente três, como no caso desta pesquisa), para evitar que alguns indivíduos com muitos contatos “dominem” a amostra [37]. A estrutura da rede social de recrutamento é utilizada nos resultados e cada rede social é analisada de forma isolada, objetivando levar em conta as características de cada grupo social recrutado. Com base no princípio de “seis graus de separação”, essa abordagem poderia atingir potencialmente qualquer membro de uma população em apenas seis ondas, de modo que a cobertura total é possível, pelo menos teoricamente [37].

A metodologia de pesquisa RDS foi desenvolvida por Douglas Heckathorn em 1997 para a realização de estudos com usuários de drogas injetáveis, em que o recrutamento dos sujeitos é conduzido pelo entrevistado. Vem sendo muito utilizada para levantamento de comportamento e sorologia em grupos de difícil acesso, como profissionais do sexo, gays e outros homens que fazem sexo com homens e a população trans [38].

A amostragem RDS é orientada pelos entrevistados e combina a chamada “amostragem de bolas de neve” (que leva os indivíduos a se referirem àqueles que conhecem, e estes, por sua vez, também àqueles que conhecem, e assim por diante) com um modelo matemático que pondera a amostra para compensar o fato de esta ter sido coletada de forma não aleatória, tentando torná-la probabilística nas análises [37].

Essa metodologia representa um avanço porque resolve a dificuldade, existente até então, quanto à amostragem de grupos de difícil acesso, isto é, grupos pequenos em relação à população geral e que também são marginalizados e

criminalizados. Isso inclui grupos de difícil acesso amostral relevantes para a saúde pública, como travestis e transexuais.

A amostragem por RDS traz um modelo matemático que analisa o processo de recrutamento e pondera a amostra para compensar os padrões de recrutamento não aleatórios. Esse modelo é baseado em uma síntese e extensão de duas áreas da matemática: a teoria das cadeias de Markov e a teoria tendenciosa de redes. A teoria estatística resultante permite que os pesquisadores forneçam estimativas populacionais imparciais e medidas da precisão dessas estimativas. Isso amplia o âmbito no qual amostras estatisticamente válidas podem ser extraídas, para incluir muitos grupos de importância para a saúde pública, políticas públicas, artes e cultura.

No estudo conduzido no DF, foram selecionadas 201 pessoas com convite válido. Essas 201 pessoas foram geradas a partir de dez “sementes”. Na Figura 4, em que Bastos et al. [35] mostram a distribuição das cadeias de recrutamento de acordo com o número de ondas de cada um dos 12 sítios da pesquisa, nota-se que o sítio de Brasília foi bastante produtivo. Observa-se que 60% dessas sementes geraram cadeias de mais de quatro ondas, produzindo um total de nove ondas.

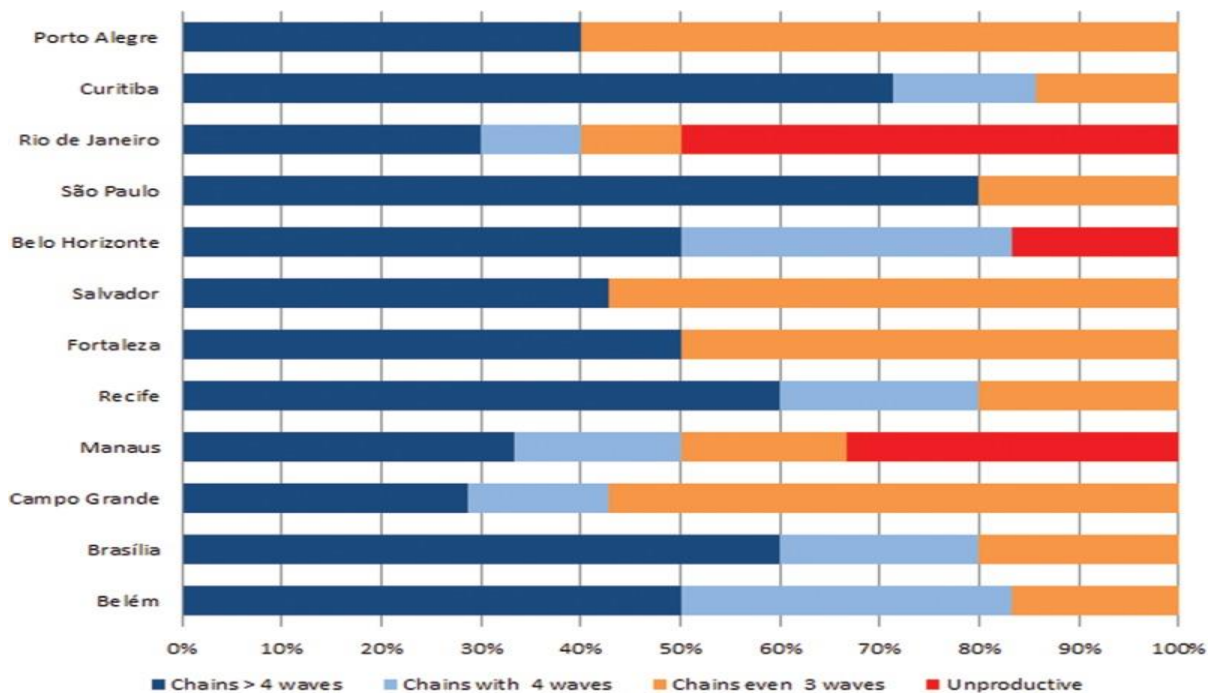


Figura 4. Distribuição das cadeias de recrutamento de acordo com o número de ondas de recrutamento

Fonte: Bastos FI et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: Assessing Different Methods to Adjust Infection Rates of a Hard-to-Reach, Sparse Population. *Medicine* [Internet] 2018 maio [acessado em 2018 nov 18];97:16-24 [35].

A partir das ondas de recrutamento, uma estrutura gráfica em forma de redes pode ser criada, para melhor visualização de como se deu o estudo em cada sítio. A estrutura final das redes de recrutamento do Distrito Federal é apresentada na Figura 5.

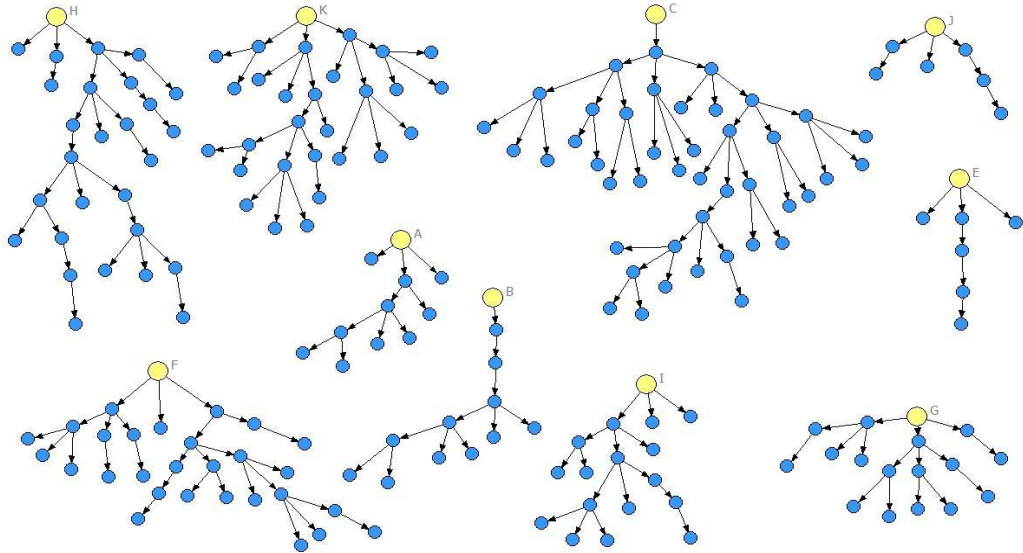


Figura 5. Diagrama de redes de recrutamento do Distrito Federal

Fonte: adaptado de Bastos FI et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: Assessing Different Methods to Adjust Infection Rates of a Hard-to-Reach, Sparse Population. *Medicine* [Internet] 2018 maio [acessado em 2018 nov 18];97:16-24. [35].

4.4 Período e local do estudo

O estudo foi realizado entre maio e setembro de 2017 no Centro de Saúde nº 1 de Brasília – Hospital-Dia, localizado na EQS 508/509.

4.5 Equipe, fonte e coleta de dados

A equipe foi formada pela coordenadora do sítio Brasília, Prof.^a Dr.^a Ximena Pamela Díaz Bermúdez; pelos supervisores de campo Prof. Dr. Edgar Merchán-Hamann e Dr.^a Alcinda Godoi; e pela equipe de entrevistadores e de laboratório, formada por Alcícia Krüger, Amanda Martins de Souza, Bárbara Lopes, Pedro Falcão e Vitor Venâncio.

Os dados obtidos para este estudo são oriundos do questionário da citada Pesquisa DIVAS, especificamente do cruzamento de dados do bloco A, de perfil

socioeconômico, com dados do bloco H, de modificações corporais, com foco na utilização de hormônios.

Os dados foram coletados em questionários de papel, por entrevistadores da equipe e, posteriormente, cada questionário foi escaneado e enviado, por e-mail, à equipe central da pesquisa no Rio de Janeiro, para processamento.

Ressalta-se que os entrevistadores selecionados possuíam ampla experiência com pessoas trans, sendo uma delas, inclusive, travesti (autora do presente estudo). Os entrevistadores foram treinados tanto na metodologia da coleta de dados quanto na abordagem humanizada às entrevistadas. Esses procedimentos visaram diminuir o viés de aferição de dados e também criar um ambiente acolhedor para as mulheres transexuais e travestis entrevistadas.

4.6 Variáveis de estudo

As variáveis sociodemográficas utilizadas foram: identidade de gênero, idade de início de transição, faixa etária, raça/cor, escolaridade, status de empregabilidade, trabalho sexual e renda.

Esses dados são relacionados a questões de: uso de hormônios, motivo para uso de hormônios, tipo de hormônio utilizado, via de administração do hormônio, quem aplica (se injetável), idade de início de uso, onde conseguiu o hormônio, se recebeu orientações para o uso, quem forneceu as orientações, satisfação com os resultados alcançados com o uso de hormônios, efeitos indesejados e ação realizada quando de efeitos indesejados com o uso.

4.7 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada utilizando as variáveis sociodemográficas e as de perfil de uso destes hormônios. Apresentou-se o perfil sociodemográfico e de uso de hormônios das entrevistadas, bem como a análise da distribuição sociodemográfica desse uso, a fim de verificar como se dá a utilização desses medicamentos entre pessoas de diferentes identidades autorreferidas, renda, idade, raça/cor, escolaridade, entre outros.

Para a análise das diferenças estatísticas, utilizaram-se intervalos de confiança de 95%. As prevalências foram estimadas por meio do estimador RDS-II [39]. Inicialmente, o tamanho da rede de contatos de cada indivíduo foi estabelecido

pela resposta à pergunta: “Das pessoas que você conhece pelo nome/apelido e que também te conhecem pelo nome/apelido, quantas você encontrou ou falou pessoalmente, por telefone ou Facebook/WhatsApp nos últimos 30 dias? ”. A partir desse valor, foi atribuído um peso amostral para cada indivíduo igual ao inverso do tamanho da rede.

Dessa forma, indivíduos com maior rede de contatos e, portanto, maior probabilidade de serem incluídos na pesquisa receberam pesos menores que aqueles com menor rede e menor probabilidade de serem incluídos. Por se tratar de uma amostra RDS, em que o recrutamento é feito pelos próprios membros da amostra, nenhum indivíduo poderia apresentar rede de tamanho zero, uma vez que ele precisa ter encontrado ao menos um conhecido para receber o convite e participar da pesquisa. Todas as análises foram realizadas no programa R, versão 3.4.4 [40] utilizando o pacote RDS [41].

Cruzaram-se os achados ajustados usando dois estimadores – o estimador clássico usualmente conhecido como estimador II, originalmente proposto por Volz e Heckathorn [39] – e uma nova estratégia para ajustar os dados gerados pela RDS, parcialmente baseada em estatística bayesiana, chamada por isso de estimador RDS-B.

A prevalência ajustada foi comparada com estimativas geradas por análises não ponderadas, usando o que foi chamado de estimador “*naive*” ou de estimativas aproximadas. Dessa forma, não há n absoluto nas tabelas com cruzamentos de dados, pois, dada essa ponderação necessária, as estimativas percentuais extrapolariam ou subestimariam um n absoluto.

4.8 Limitações do estudo

É importante frisar que o presente estudo está, inevitavelmente, sob influência dos vieses clássicos de estudos transversais, mas, também, dos vieses específicos relacionados à amostragem por RDS. Tais limitações serão explanadas, detalhadamente, na discussão deste estudo.

4.9 Aspectos éticos

Em relação aos aspectos éticos, foram observados os critérios definidos pelas Resoluções nº 466/2012 [42] e nº 510/2016 [43] do Conselho Nacional de Saúde –

CNS, aplicadas à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep sobre investigações em seres humanos. O estudo nacional e dos sites contou com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Todavia, como este é um recorte de apenas algumas variáveis que utiliza um banco de dados e sem nenhuma possibilidade de identificar os indivíduos e cujos dados finais são pertencentes ao Ministério da Saúde, dispensa-se a necessidade de TCLE. Entretanto, foram solicitadas previamente as autorizações de acesso às instituições gestoras e responsáveis pela guarda e confidencialidade dessas informações, garantindo, assim, que todos os dados objetos deste estudo fossem disponibilizados sem qualquer tipo de variável que nos permitisse uma identificação individual.

A saber, o projeto intitulado: “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis (Pesquisa DIVAS)”, CAAE: 49359415.9.0000.5240, da qual os dados levantados no presente trabalho passam a fazer parte, foi aprovado, nacionalmente, pelo CEP/ENSP em 23/10/2016 e, no Distrito Federal, em 10/04/2017.

Este estudo foi desenvolvido com dados cedidos pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

5 RESULTADOS

O presente estudo mostrou que, das 201 entrevistadas, mais da metade (54,5%) identificavam-se como mulheres trans, seguidas pelas travestis (30,4%) e aquelas que se autorreferiram como mulheres, independentemente de classificações como trans ou cis (14%), conforme a Tabela 1.

Em relação à faixa etária, percebe-se também uma amostra jovem, com 46,3% das entrevistadas entre 18 e 24 anos e 33,6% entre 25 e 34 anos. A mais jovem tinha 18 anos e a mais velha 68. A média foi de 28 anos e a mediana de 24.

De modo geral, as participantes iniciaram a transição do gênero masculino designado ao nascimento para o gênero feminino ainda bastante jovens, com a maioria entre 16 e 18 anos (39,4%), sendo a mais jovem com 7 anos e a maior com 58. A média foi de 17,9 anos e a mediana de 17 anos.

Mais da metade das entrevistadas se autodeclararam como sendo de raça/cor parda (50,4%), seguida de brancas (27,5%) e pretas (17,3%).

A escolaridade das pessoas apresentou-se concentrada entre aquelas que estudaram até o ensino fundamental (28,7%) e médio (48%). Uma proporção menor conseguiu atingir níveis superiores de educação formal (cerca de 24%).

No tocante à ocupação, a maioria das entrevistas relatou estar trabalhando. Em trabalhos formais com carteira assinada foram 12,6%; sem carteira assinada, 9,3%; e a maioria relatou trabalhar como autônoma (58,7%). Houve também uma pequena parte das entrevistadas que referiu estar estudando (9%). Ainda em relação a trabalho, a maior parte relatou não ter realizado trabalho sexual nos últimos 30 dias (56,1%).

Por fim, ainda que a maioria das entrevistas tenha relatado estar trabalhando, a renda média destas ainda era baixa. A maioria delas referiu receber até dois salários mínimos mensalmente (cerca de 53%), seguidas daquelas que recebiam entre dois e quatro salários mínimos por mês (cerca de 28%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das 201 entrevistadas da Pesquisa DIVAS no Distrito Federal, 2017.

Variáveis sociodemográficas	% (IC 95%)
Identidade de gênero (n=201)	
Mulher	14,0 (5,2-22,7)
Mulher trans	54,5 (42,2-66,8)
Travesti	30,4 (19,4-41,4)
Outros	1,1 (0,3-1,9)
Idade de início de transição (n=201)	
Antes de 16 anos	29,9 (18,6-41,1)
Entre 16 e 18 anos	39,4 (27,8-51,0)
Após os 18 anos	30,7 (18,1-43,3)
Faixa etária (n=201)	
18-24 anos	46,3 (34,0-58,7)
25-34 anos	33,6 (21,3-45,8)
35-49 anos	15,3 (5,9-24,5)
50-64 anos	4,8 (0,0-10,4)
Raça/cor (n=201)	
Branca	27,5 (16,0-39,0)
Preta	17,3 (9,7-24,9)
Parda	50,4 (37,9-62,7)
Outros	4,8 (0,2-9,4)
Escolaridade (n=201)	
Ensino Fundamental	28,7 (19,2-38,1)
Ensino Médio	48,0 (35,5-60,4)
Ensino Superior	21,4 (11,6-31,1)
Pós-Graduação	1,9 (0,0-6,6)
Ocupação (n=201)	
Trabalho formal (com carteira assinada)	12,6 (2,2-22,8)
Trabalho informal (sem carteira assinada)	9,3 (3,0-15,5)
Autônoma	58,7 (46,7-70,8)
Estudante	9,0 (4,0-14,0)
Não trabalha	10,4 (4,4-16,3)
Realizou trabalho sexual nos últimos 30 dias (n=201)	
Sim	43,9 (31,3-56,5)
Não	56,1 (43,5-68,6)
Renda (n=201)	
Até 2 salários mínimos	52,7 (39,3-66,1)
2-4 salários mínimos	27,7 (14,6-40,7)
4 ou mais salários mínimos	19,6 (8,3-30,9)

Fonte: a autora (metodologia RDS - Pesquisa DIVAS).

A Tabela 2 mostra a distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios entre as 201 entrevistadas. São apresentadas questões sobre o uso e suas motivações, os tipos de hormônios utilizados e a respectiva via de

administração e quem o administra (se houver necessidade, a depender da forma farmacêutica do medicamento). Essas questões permitiam mais de uma resposta. O acesso aos medicamentos e a satisfação das usuárias com os hormônios é também relatada na tabela.

Tabela 2. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios. Distrito Federal, 2017. (continua)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Geral (n=201) % (IC95%)
<i>Idade quando começou a usar hormônios (média)</i>	18,7 (17,5-19,9)
<i>Uso de hormônio</i>	
Tomou e continua tomando	64,5 (52,2-76,8)
Tomou mas não toma mais	31,9 (19,7-44,1)
Nunca tomou	3,6 (1,0,0-6,2)
<i>Motivo para uso de hormônio</i>	
Criar/aumentar seios	53,7 (40,7-66,7)
Aumentar/arredondar quadril	46,1 (33,1-59,1)
Suavizar a pele e diminuir pelos	47,5 (34,4-60,6)
Suavizar a voz	28,8 (17,5-40,0)
Ficar feminina	92,5 (83,5-100,0)
<i>Tipo de hormônio utilizado</i>	
Estrogênio	13,5 (6,2-20,8)
Progesterona	6,8 (0,1-13,6)
Estrogênio + progesterona	86,2 (78,2-94,1)
Antiandrogênico	35,7 (22,9-48,5)
Isoflavona	1,4 (0,0,0-7,3)
<i>Via de administração do hormônio</i>	
Injetável	75,1 (64,1-86,2)
Oral	65,9 (52,9-79,0)
Gel transdérmico	5,4 (0,0,0-13,1)
Adesivo	18,9 (7,0,0-30,8)
Outros	0,1 (0,0,0-0,1)
<i>Quem aplica o hormônio injetável</i>	
Autoaplicação	21,7 (10,0,0-33,4)
Amiga(o)	26,9 (14,8-39,0)
Familiar	1,6 (0,0,0-3,4)
Atendente de farmácia	55,7 (41,0,0-70,5)
Profissional da saúde	7,5 (0,0,0-15,1)
<i>Onde consegue o hormônio</i>	
Farmácia sem receita	84,0 (74,1-94,0)
Farmácia com receita	7,9 (0,0,0-16,1)
Amigos/colegas de trabalho	8,7 (0,0,0-17,4)
Bombadeiras	-
Outras trans	5,3 (1,4-9,2)
SUS	0,9 (0,4-1,3)
Internet	1,4 (0,0,0-7,3)
<i>Recebeu orientações sobre cuidados no uso de hormônios</i>	55,0 (41,9-68,1)
<i>Quem forneceu orientações</i>	
Profissional de saúde em geral	39,3 (21,6-57,0)
Endocrinologista	17,5 (1,2-33,7)
Outras travestis/transsexuais	40,8 (24,0,0-57,5)
Bombadeira	5,2 (0,0,0-15,0)

Tabela 2 - Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios. Distrito Federal, 2017 (conclusão)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Geral (n=201) % (IC95%)
<i>Satisfação com os resultados alcançados com o uso de hormônio</i>	
Satisfeita	41,8 (29,0-54,6)
Muito satisfeita	31,3 (18,7-43,8)
Nem satisfeita, nem insatisfeita	17,7 (7,6-27,8)
Muito insatisfeita	0,6 (0,1-1,1)
Insatisfeita	8,6 (1,1-16,2)
<i>Sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de hormônio</i>	
<i>Ação realizada em relação ao efeito indesejado</i>	
Procurou um profissional de saúde	10,2 (0,3-20,1)
Deixou de usar	43,2 (27,8-58,5)
Tomou remédio por conta própria	6,5 (0,6-12,3)
Procurou ajuda de amigos (as), conhecido(as)	2,7 (0,0-7,5)
Procurou ajuda da bombadeira	-

Fonte: a autora (metodologia RDS - Pesquisa DIVAS).

Os dados revelam que a média de idade em que as entrevistadas relataram iniciar o uso de hormônios foi de 18 anos. A mais jovem tinha 7 anos e a mais velha 58. A tabela também mostra que a maioria (64,5%) das entrevistadas já haviam tomado e continuavam tomando hormônios para feminização corpórea. Essa intenção é demonstrada quando 92,5% das entrevistadas relataram desejo de ficar femininas. A feminização é composta de diferentes aspectos, como criar e aumentar seios, arredondar quadris, suavizar pele e voz, conforme as respostas obtidas.

Em relação ao tipo de hormônio, o medicamento mais utilizado é o que combina estrogênio e progesterona na mesma formulação (cerca de 87%), sendo as formas farmacêuticas injetável e oral as mais frequentemente escolhidas, respectivamente. Apenas 35% das entrevistadas reportou fazer uso de antiandrogênicos. É importante ressaltar que, em relação à apresentação injetável, mais da metade das entrevistadas (55,7%) relatou que o medicamento fora aplicado por algum atendente de farmácia.

No tocante ao acesso, 84% das pessoas referiram acessar os hormônios diretamente nas farmácias, sem receituário médico. Mais da metade delas relatou ter recebido orientações sobre o uso do medicamento, em grande parte, por meio de seus pares (outras mulheres transexuais ou travestis), ou de algum profissional de saúde.

A Tabela 2 mostra, ainda, a satisfação das usuárias desses hormônios, sendo que a maioria das entrevistadas relataram estar satisfeitas (42%) ou muito satisfeitas (32%), respectivamente.

Finalmente, em relação aos efeitos adversos referidos com o uso dos medicamentos, mais de 60% já relataram terem sentido esses efeitos. Em consequência, optaram por interromper o uso das substâncias (43,2%).

A Tabela 3 mostra como se dá o uso de hormônios em relação à identidade de gênero autorrelatada. Para fins deste estudo, enfocaremos as identidades de mulher, mulher trans e travesti.

Tabela 3. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo identidade de gênero. Distrito Federal, 2017. (continua)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Identidades de Gênero autorrelatadas			
	Mulher	Mulher trans	Travesti	Outros
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Idade quando começou a tomar hormônios (média)	20,7 (16,6-24,9)	17,6 (16,6-18,7)	18,9 (17,9-19,8)	19,7 (0,0-44,6)
Uso de hormônio				
Tomou e continua tomando	81,5 (65,9-97,0)	53,7 (41,0-66,4)	67,3 (58,3-76,3)	-
Tomou mas não toma mais	15,3 (0,9-29,7)	41,8 (29,2-54,3)	29,5 (20,8-38,3)	100,0 (100,0-100,0)
Nunca tomou	3,3 (0,0-10,4)	4,5 (0,0-9,8)	3,2 (0,0-6,5)	-
Motivo para uso de hormônio				
Criar/aumentar seios	73,7 (55,8-91,7)	40,7 (27,9-53,5)	56,4 (46,7-66,0)	57,1 (0,0-100,0)
Aumentar/arredondar quadril	68,9 (50-87,8)	30,8 (18,8-42,8)	49,3 (39,6-59,1)	57,1 (0,0-100,0)
Suavizar a pele e diminuir pelos	64,4 (44,9-83,9)	31,1 (19,1-43,2)	52,4 (42,6-62,1)	100,0 (100,0-100,0)
Suavizar a voz	37,9 (18,1-57,7)	27,0 (15,4-38,6)	27,5 (18,8-36,2)	57,1 (0,0-100,0)
Ficar feminina	97,2 (90,4-100,0)	92,0 (84,9-99,0)	91,7 (86,3-97,1)	100,0 (100,0-100,0)
Tipo de hormônio utilizado				
Estrogênio	16,4 (1,3-31,5)	6,4 (0,0-12,7)	16,9 (9,6-24,2)	-
Progesterona	1,7 (0,0-7,0)	-	11,9 (5,6-18,1)	-
Estrogênio + progesterona	94,3 (84,8-100,0)	90,8 (83,2-98,3)	82,1 (74,6-89,5)	57,1 (0,0-100,0)
Antiandrogênico	39,3 (19,4-59,2)	22,0 (11,3-32,8)	42,4 (32,8-52,0)	42,9 (0,0-100,0)
Isoflavona	-	-	2,6 (0,0-5,6)	-
Via de administração do hormônio				
Injetável	85,0 (70,5-99,6)	85,1 (75,8-94,3)	67,4 (58,3-76,6)	57,1 (0,0-100,0)
Oral	41,0 (20,9-61,0)	61,1 (48,4-73,8)	74,0 (65,5-82,6)	100,0 (100,0-100,0)
Gel transdérmico	22,6 (5,5-39,6)	-	4,6 (0,5-8,7)	-
Adesivo	7,9 (0,0-18,9)	23,5 (12,5-34,6)	18,9 (11,3-26,6)	-
Outros	-	-	0,1 (0,0-0,7)	-
Quem aplica o hormônio injetável				
Autoaplicação	4,0 (0,0-12,6)	28,6 (15,8-41,4)	22,1 (12,3-31,9)	-
Amiga(o)	41,1 (19,4-62,9)	27,4 (14,8-40,0)	21,9 (12,1-31,6)	100,0 (100,0-100,0)
Familiar	9,4 (0,0-22,2)	0,9 (0,0-3,5)	-	-
Atendente de farmácia	50,5 (28,4-72,6)	46,5 (32,4-60,6)	64,0 (52,7-75,3)	-
Profissional da saúde	8,0 (0,0-19,9)	8,2 (0,5-15,9)	6,9 (1,0-12,9)	-

Tabela 3. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo identidade de gênero. Distrito Federal, 2017. (conclusão)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Identidades de Gênero autorrelatadas			
	Mulher	Mulher trans	Travesti	Outros
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Onde consegue o hormônio				
Farmácia sem receita	87,3 (73,8-100,0)	84,6 (75,2-94)	83,7 (76,5-90,9)	-
Farmácia com receita	22,8 (5,7-40,0)	6,9 (0,3-13,5)	5,1 (0,8-9,3)	-
Amigos/colegas de trabalho	6,8 (0,0-17,0)	9,2 (1,6-16,7)	8,5 (3,1-14,0)	57,1 (0,0-100,0)
Bombadeiras	-	-	-	-
Outras trans	-	5,1 (0,0-10,8)	5,8 (1,3-10,4)	100,0 (100,0-100,0)
SUS	-	0,7 (0,0-2,9)	1,2 (0,0-3,3)	-
Internet	-	-	2,6 (0,0-5,7)	-
Recebeu orientações sobre cuidados no uso de hormônios	51,4 (31,0-71,8)	61,2 (48,5-73,9)	52,9 (43,1-62,6)	-
Quem forneceu orientações				
Profissional de saúde em geral	35,7 (8,4-62,9)	49,9 (33,2-66,5)	33,2 (20,6-45,9)	-
Endocrinologista	48,4 (20,0-76,8)	7,9 (0,0-16,9)	16,8 (6,8-26,9)	-
Outras travestis/transsexuais	27,5 (2,1-52,9)	35,8 (19,9-51,8)	47,0 (33,6-60,3)	-
Bombadeira	-	7,5 (0,0-16,3)	4,9 (0,0-10,7)	-
Satisfação com os resultados alcançados com o uso de hormônio				
Satisfeita	30,0 (11,3-48,7)	41,6 (28,7-54,4)	45,0 (35,3-54,7)	-
Muito satisfeita	41,8 (21,7-61,9)	36,1 (23,6-48,6)	26,4 (17,8-35,0)	-
Nem satisfeita, nem insatisfeita	21,2 (4,5-37,9)	10,1 (2,3-18)	20,8 (12,9-28,7)	57,1 (0,0-100,0)
Muito insatisfeita	2,8 (0,0-9,6)	-	0,5 (0,0-1,8)	-
Insatisfeita	4,2 (0,0-12,4)	12,2 (3,7-20,7)	7,3 (2,2-12,4)	42,9 (0,0-100,0)
Sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de hormônio	47,4 (27,1-67,8)	61,9 (49,3-74,6)	68,3 (59,2-77,4)	57,1 (0,0-100,0)
Ação realizada em relação ao efeito indesejado				
Procurou um profissional de saúde	18,6 (0,0-41,6)	12,9 (1,5-24,4)	6,9 (0,9-12,9)	100,0 (100,0-100,0)
Deixou de usar	17,8 (0,0-40,5)	50,3 (33,2-67,4)	43,4 (31,7-55,0)	100,0 (100,0-100,0)
Tomou remédio por conta própria	3,6 (0,0-14,6)	15,0 (2,8-27,2)	2,1 (0,0-5,5)	100,0 (100,0-100,0)
Procurou ajuda de amigos(as), conhecido(as)	-	6,3 (0,0-14,6)	0,6 (0,0-2,5)	100,0 (100,0-100,0)

Fonte: a autora (metodologia RDS - Pesquisa DIVAS).

Observa-se na Tabela 3 que, em todas as identidades relatadas, as entrevistadas iniciaram o uso de hormônios ainda jovens. Aquelas que se autoidentificaram como mulheres iniciaram o uso de hormônios um pouco mais tarde, seguidas das travestis. As mulheres trans relataram início do uso de hormônios um pouco mais jovens. Entretanto, em todos os casos, as médias variam entre 17 e 21 anos.

Já em relação à identidade autorrelatada, as mulheres indicaram, em maior proporção (81,5%), que tomaram e continuam em uso de hormônios, seguidas das travestis (67,3%) e das mulheres trans (53,7%).

A busca da feminilidade, como motivo de uso de hormônios para alcançar diferentes caracteres sexuais secundários ditos femininos, foi comum entre as identidades, com altas proporções. Houve uma proporção um pouco maior entre as autodenominadas mulheres (cerca de 97%). Entre as mulheres, o relato, em separado, de cada caractere sexual secundário (como criar/aumentar seios, aumentar/arredondar quadril) foi maior que nas demais identidades.

O principal tipo de hormônio utilizado foi estrogênio combinado com progesterona na forma injetável, em todas as identidades autorrelatadas, variando de 82% a 94%. A aplicação desse hormônio, em mais da metade dos casos, foi realizada por um atendente de farmácia, seguidos por aquelas cujas amigas aplicavam. A aquisição dos hormônios se deu majoritariamente nas farmácias, de forma direta, sem prescrição médica.

No que diz respeito ao recebimento de orientações sobre o uso desses medicamentos, mais da metade das respondentes de cada identidade autorreferida relataram terem sido orientadas.

O interessante é ressaltar que, entre as mulheres, essa orientação veio, principalmente, de médico endocrinologista (48,4%). Já em relação às mulheres trans, a orientação foi realizada por um profissional de saúde em geral (49,9%). Das travestis, a orientação veio, majoritariamente, de outras pares travestis ou mulheres transexuais (47%).

Quanto à satisfação com o uso de hormônios, a maioria das respondentes das diferentes identidades relataram estar satisfeitas e até mesmo muito satisfeitas. Nota-se que as autodeclaradas mulheres reportaram em maior proporção estar muito satisfeitas (cerca de 42%).

Sobre efeitos indesejados sentidos com o uso de hormônios, mulheres trans (cerca de 62%) e travestis (cerca de 68%) relataram essa ocorrência, em maior proporção, frente às mulheres (47%). Em sequência, ao analisar o que cada uma delas fez em relação ao efeito indesejado, nota-se que a maioria, em todas as identidades, apenas deixou de utilizá-lo.

A Tabela 4 mostra a distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo as diferentes faixas etárias.

Nota-se que a continuidade do uso dessas substâncias concentra-se entre aquelas mais jovens (até 34 anos). As demais, de idade igual ou superior a 35 anos, em maior proporção, relataram já terem feito uso desses medicamentos, mas não o

fazem atualmente (mais de 40%). As outras respostas seguem o padrão das demais tabelas.

Tabela 4. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo faixa etária. Distrito Federal, 2017. (continua)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Faixas etárias			
	18 a 24 anos	25 a 34 anos	35 a 49 anos	50 ou mais
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Idade quando começou a tomar hormônios (média)	17,2 (16,5-17,9)	19,9 (18,4-21,4)	20,2 (16,9-23,6)	19,1 (14,9-23,4)
Uso de hormônio				
Tomou e continua tomando	67,1 (57,2-77,1)	71,6 (60,7-82,6)	56,3 (38,5-74,0)	7,1 (0,0-25,2)
Tomou mas não toma mais	25,4 (16,2-34,6)	27,9 (17,0-38,8)	43,8 (26,0-61,5)	92,9 (74,8-100,0)
Nunca tomou	7,5 (1,9-13,1)	0,5 (0,0-2,2)	-	-
Motivo para uso de hormônio				
Criar/aumentar seios	51,4 (40,4-62,4)	56,8 (44,7-68,9)	57,9 (40,2-75,6)	34,8 (1,2-68,4)
Aumentar/arredondar quadril	40,3 (29,5-51,0)	49,5 (37,3-61,7)	59,4 (41,8-77,0)	26,4 (0,0-57,4)
Suavizar a pele e diminuir pelos	46,0 (35,1-56,9)	55,1 (43,0-67,3)	47,1 (29,2-65,0)	1,0 (0,0-8,1)
Suavizar a voz	34,8 (24,3-45,2)	22,2 (12,1-32,4)	34,1 (17,1-51,1)	1,0 (0,0-8,1)
Ficar feminina	87,0 (79,6-94,4)	99,2 (97,1-100,0)	97,4 (91,7-100,0)	74,7 (44,0-100,0)
Tipo de hormônio utilizado				
Estrogênio	20,0 (11,2-28,8)	11,0 (3,4-18,6)	3,4 (0,0-10,0)	6,1 (0,0-23)
Progesterona	2,7 (0,0-6,3)	12,8 (4,7-20,9)	6,5 (0,0-15,4)	-
Estrogênio + progesterona	85,5 (77,7-93,2)	87,5 (79,4-95,5)	90,0 (79,3-100,0)	67,6 (34,5-100,0)
Antiandrogênico	42,2 (31,3-53,0)	38,9 (27,1-50,8)	20,1 (5,8-34,5)	2,0 (0,0-12)
Isoflavona	-	4,0 (0,0-8,8)	-	-
Via de administração do hormônio				
Injetável	74,8 (65,3-84,4)	70,0 (58,8-81,2)	88,5 (77,0-99,9)	68,6 (35,8-100,0)
Oral	63,6 (53,0-74,2)	68,3 (56,9-79,6)	58,6 (41,0-76,3)	99,0 (91,9-100,0)
Gel transdérmico	5,3 (0,4-10,2)	2,7 (0,0-6,6)	13,1 (1,0-25,2)	-
Adesivo	24,1 (14,7-33,5)	23,4 (13,0-33,7)	-	-
Outros	0,1 (0,0-0,9)	-	-	-
Quem aplica o hormônio injetável				
Autoaplicação	24,4 (13,5-35,3)	14,0 (3,9-24,0)	13,6 (0,5-26,7)	98,5 (88,2-100,0)
Amiga(o)	27,1 (15,8-38,4)	21,2 (9,4-33,0)	31,6 (13,9-49,4)	49,3 (6,7-91,9)
Familiar	0,4 (0,0-2,0)	2,1 (0,0-6,3)	3,9 (0,0-11,4)	-
Atendente de farmácia	60,9 (48,6-73,3)	50,3 (35,8-64,8)	64,1 (45,9-82,4)	1,5 (0,0-11,8)
Profissional da saúde	4,7 (0,0-10,0)	14,7 (4,4-24,9)	3,0 (0,0-9,4)	-
Onde consegue o hormônio				
Farmácia sem receita	87,9 (80,7-95,0)	83,9 (74,9-92,9)	71,2 (55,0-87,5)	94,9 (79,5-100,0)
Farmácia com receita	6,1 (0,8-11,3)	8,0 (1,4-14,6)	13,1 (1,0-25,2)	5,1 (0,0-20,6)
Amigos/colegas de trabalho	9,0 (2,7-15,3)	8,1 (1,4-14,7)	11,8 (0,2-23,3)	-
Bombadeiras	-	-	-	-
Outras trans	2,6 (0,0-6,1)	4,5 (0,0-9,5)	15,7 (2,7-28,7)	-
SUS	1,5 (0,0-4,1)	0,6 (0,0-2,5)	-	-
Internet	-	4,1 (0,0-8,9)	-	-
Recebeu orientações sobre cuidados no uso de hormônios	55,0 (44,0-65,9)	63,3 (51,5-75,1)	32,5 (15,7-49,2)	73,7 (42,6-100,0)

Tabela 4. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo faixa etária. Distrito Federal, 2017. (conclusão)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Faixas etárias			
	18 a 24 anos	25 a 34 anos	35 a 49 anos	50 ou mais
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Quem forneceu orientações				
Profissional de saúde em geral	38,8 (24,4-53,3)	47,9 (32,6-63,2)	28,2 (0,0-56,5)	-
Endocrinologista	11,6 (2,1-21,1)	19,7 (7,5-31,9)	40,3 (9,4-71,2)	8,3 (0,0-30,9)
Outras travestis/transsexuais	43,7 (29,0-58,4)	39,1 (24,2-54,1)	31,5 (2,3-60,7)	45,9 (4,9-86,8)
Bombadeira	-	6,4 (0,0-13,9)	-	45,9 (4,9-86,8)
Satisfação com os resultados alcançados com o uso de hormônio				
Satisfeita	33,0 (22,7-43,4)	45,1 (32,9-57,3)	61,0 (43,5-78,4)	30,4 (0,0-62,9)
Muito satisfeita	27,7 (17,8-37,5)	32,3 (20,9-43,7)	37,7 (20,4-55,1)	34,8 (1,2-68,4)
Nem satisfeita, nem insatisfeita	24,3 (14,9-33,7)	19,8 (10,0-29,5)	-	1,0 (0,0-8,1)
Muito insatisfeita	1,3 (0,0-3,8)	0,1 (0,0-1,0)	-	-
Insatisfeita	13,7 (6,2-21,3)	2,7 (0,0-6,7)	1,3 (0,0-5,4)	33,8 (0,4-67,2)
Sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de hormônio				
Ação realizada em relação ao efeito indesejado	56,9 (46,0-67,7)	71,0 (59,9-82,1)	58,1 (40,4-75,8)	92,9 (74,8-100,0)
Procurou um profissional de saúde	11,1 (2,0-20,3)	3,4 (0,0-8,8)	14,7 (0,0-31,7)	36,4 (1,2-71,6)
Deixou de usar	40,2 (25,9-54,5)	35,0 (21,0-49,1)	64,1 (41-87,2)	63,6 (28,4-98,9)
Tomou remédio por conta própria	7,2 (0,0-14,7)	9,2 (0,7-17,7)	-	-
Procurou ajuda de amigos(as), conhecido(as)	6,7 (0,0-14,0)	-	-	-

Fonte: a autora (metodologia RDS - Pesquisa DIVAS).

A Tabela 5 traz a distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo raça/cor.

Nota-se que as mais jovens iniciaram o uso de hormônios mais cedo (média de 17 anos entre as de 18-24 anos) e as mais velhas também iniciaram esse uso pouco mais tarde. Atente-se para o fato de que a continuidade do uso de hormônios foi maior entre aquelas que se autorrelataram brancas (75,2%), seguidas das pardas (64,9%) e pretas (51,2%).

Outro ponto a salientar é que as autodeclaradas pretas relatam ter, proporcionalmente, recebido menos orientações sobre o uso de hormônios. E, quando a receberam, a orientação veio majoritariamente de seus pares, outras travestis/mulheres transexuais.

Em relação aos efeitos indesejados, as pretas também relataram tê-los tido em maior proporção que as outras entrevistadas (69%). A interrupção do uso do medicamento foi a opção mais prevalente das respondentes brancas e pardas.

Tabela 5. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo raça/cor. Distrito Federal, 2017. (continua)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Raça/Cor			
	Branca	Preta	Parda	Outras
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Idade quando começou a tomar hormônios (média)	20,2 (18,0-22,4)	18,9 (17,7-20,1)	18,1 (17,0-19,2)	18,4 (16,2-20,6)
Uso de hormônio				
Tomou e continua tomando	75,2 (63,1-87,3)	51,2 (34,3-68,1)	64,9 (55,2-74,7)	72,8 (42,4-100,0)
Tomou mas não toma mais	22,5 (10,8-34,2)	35,2 (19,0-51,4)	33,9 (24,2-43,6)	27,2 (0,0-57,6)
Nunca tomou	2,3 (0,0-6,5)	13,6 (2,0-25,2)	1,2 (0,0-3,4)	-
Motivo para uso de hormônio				
Criar/aumentar seios	59,5 (45,6-73,5)	38,6 (20,8-56,3)	62,4 (52,4-72,4)	12,6 (0,0-35,2)
Aumentar/arredondar quadril	37,8 (24,1-51,6)	46,4 (28,3-64,6)	56,6 (46,4-66,8)	9,5 (0,0-29,4)
Suavizar a pele e diminuir pelos	49,9 (35,7-64,1)	33,3 (16,1-50,4)	57,7 (47,5-67,9)	9,5 (0,0-29,4)
Suavizar a voz	20,6 (9,1-32,1)	12,3 (0,3-24,2)	42,0 (31,8-52,2)	12,6 (0,0-35,2)
Ficar feminina	86,6 (76,9-96,2)	89,6 (78,5-100,0)	95,4 (91,0-99,7)	100,0 (100,0-100,0)
Tipo de hormônio utilizado				
Estrogênio	11,2 (2,3-20,2)	2,2 (0,0-7,6)	18,4 (10,4-26,3)	18,1 (0,0-43,2)
Progesterona	1,6 (0,0-5,3)	7,7 (0,0-17,3)	10,5 (4,2-16,8)	-
Estrogênio + progesterona	84,4 (74,1-94,7)	79,2 (64,4-94,0)	89,3 (82,9-95,7)	81,0 (55,5-100,0)
Antiandrogênico	47,7 (33,5-61,9)	26,4 (10,3-42,5)	29,0 (19,6-38,3)	47,8 (15,2-80,3)
Isoflavona	-	-	2,9 (0,0-6,3)	-
Via de administração do hormônio				
Injetável	58,9 (45,0-72,9)	59,8 (41,9-77,7)	85,5 (78,2-92,8)	93,7 (77,2-100,0)
Oral	63,7 (50,0-77,3)	84,8 (71,7-97,9)	60,1 (50-70,2)	52,4 (18,4-86,5)
Gel transdérmico	10,9 (2,1-19,8)	0,5 (0,0-3,2)	5,0 (0,5-9,5)	-
Adesivo	36,4 (22,8-50,1)	3,6 (0,0-10,4)	11,9 (5,2-18,6)	14,2 (0,0-37,9)
Outros	0,2 (0,0-1,5)	-	-	-
Quem aplica o hormônio injetável				
Autoaplicação	18,5 (4,1-32,9)	4,1 (0,0-13,4)	25,9 (16,1-35,7)	45,2 (11,8-78,6)
Amiga(o)	52,5 (34,1-71,0)	26,1 (5,4-46,7)	21,6 (12,4-30,8)	11,0 (0,0-32)
Familiar	3,5 (0,0-10,3)	-	1,1 (0,0-3,5)	4,9 (0,0-19,4)
Atendente de farmácia	37,7 (20,0-55,4)	61,8 (38,9-84,7)	61,9 (51,0-72,7)	20,6 (0,0-47,8)
Profissional da saúde	5,4 (0,0-13,7)	11,1 (0,0-25,7)	7,5 (1,6-13,4)	9,2 (0,0-28,5)
Onde consegue o hormônio				
Farmácia sem receita	85,3 (75,3-95,4)	90,1 (79,2-100,0)	81,8 (73,9-89,8)	90,6 (70,6-100,0)
Farmácia com receita	22,6 (10,7-34,5)	-	3,9 (0,0-7,9)	-
Amigos/colegas de trabalho	0,8 (0,0-3,4)	1,8 (0,0-6,7)	13,5 (6,5-20,6)	9,5 (0,0-29,4)
Bombadeiras	-	-	-	-
Outras trans	3,6 (0,0-8,8)	8,6 (0,0-18,8)	6,1 (1,1-11,0)	-
SUS	-	-	0,9 (0,0-2,8)	9,5 (0,0-29,4)
Internet	-	-	2,9 (0,0-6,3)	-
Recebeu orientações sobre cuidados no uso de hormônios	68,7 (55,5-81,9)	37,5 (19,9-55,2)	56,7 (46,5-66,9)	57,0 (23,3-90,7)

Tabela 5. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo raça/cor. Distrito Federal, 2017. (conclusão)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Raça/Cor			
	Branca	Preta	Parda	Outras
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Quem forneceu orientações				
Profissional de saúde em geral	38,8 (22,1-55,5)	34,8 (6,5-63,2)	42,2 (28,6-55,7)	16,6 (0,0-50,1)
Endocrinologista	34,5 (18,2-50,8)	-	12,1 (3,1-21,0)	-
Outras travestis/transsexuais	26,6 (11,5-41,7)	50,8 (21,0-80,5)	41,8 (28,3-55,3)	100,0 (100,0-100,0)
Bombadeira	-	-	10,2 (1,9-18,5)	-
Satisfação com os resultados alcançados com o uso de hormônio				
Satisfeita	44,1 (30,0-58,2)	54,4 (36,2-72,5)	35,6 (25,8-45,5)	10,4 (0,0-31,2)
Muito satisfeita	33,5 (20,1-46,9)	13,0 (0,7-25,2)	34,9 (25,1-44,7)	62,5 (29,5-95,5)
Nem satisfeita, nem insatisfeita	20,2 (8,8-31,5)	22,5 (7,3-37,7)	15,3 (7,9-22,7)	27,1 (0,0-57,4)
Muito insatisfeita	-	1,4 (0,0-5,6)	0,8 (0,0-2,7)	-
Insatisfeita	2,2 (0,0-6,4)	8,8 (0,0-19,1)	13,4 (6,4-20,4)	-
Sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de hormônio				
Ação realizada em relação ao efeito indesejado				
Procurou um profissional de saúde	3,3 (0,0-10,6)	21,7 (3,7-39,7)	11,1 (3,0-19,3)	-
Deixou de usar	63,4 (43,9-82,9)	54,0 (32,2-75,8)	33,7 (21,5-45,8)	28,4 (0,0-66,1)
Tomou remédio por conta própria	8,9 (0,0-20,4)	6,5 (0,0-17,3)	5,5 (0,0-11,3)	14,2 (0,0-43,4)
Procurou ajuda de amigos(as), conhecido(as)	10,8 (0,0-23,3)	2,6 (0,0-9,6)	-	-

Fonte: a autora (metodologia RDS - Pesquisa DIVAS).

A Tabela 6 mostra a distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios em diferentes níveis de escolaridade.

Destaca-se que aquelas que reportaram maiores níveis de escolaridade (educação superior) relatam uma continuidade maior no uso de hormônios (72,1%), gradualmente seguidas por aquelas com menores níveis de escolaridade, ou seja, ensino médio (68,8%) e fundamental (53,1%), respectivamente. Aquelas com maiores níveis de escolaridade também reportaram em maior proporção os motivos para tomar esses hormônios, detalhadamente. Aspectos como criar/aumentar seios, aumentar/arredondar quadris, suavizar pele e diminuir pelos, em separado, foram mais citadas por aquelas com maior escolaridade.

As mais escolarizadas relataram, em maior proporção, recebimento de orientações sobre uso de hormônios (cerca de 60% ou mais).

As outras respostas também seguiram os padrões das demais tabelas.

Tabela 6. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo escolaridade. Distrito Federal, 2017. (continua)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Escolaridade			
	Até fundamental	Médio	Superior	Pós-graduação
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Idade quando começou a tomar hormônios (média)	17,3 (16,5-18,2)	18,0 (16,7-19,3)	22,5 (21,1-23,9)	22,6 (18,4-26,8)
Uso de hormônio				
Tomou e continua tomando	53,1 (39,7-66,5)	68,8 (59,3-78,2)	72,1 (57,9-86,2)	43,6 (0,0-93)
Tomou mas não toma mais	45,4 (32,1-58,8)	31,2 (21,8-40,7)	12,4 (2,0-22,8)	56,4 (7,1-100,0)
Nunca tomou	1,5 (0,0-4,7)	-	15,5 (4,1-27,0)	-
Motivo para uso de hormônio				
Criar/aumentar seios	43,0 (29,6-56,4)	55,7 (45,6-65,9)	66,3 (50,1-82,6)	43,6 (0,0-93)
Aumentar/arredondar quadril	29,6 (17,2-41,9)	48,5 (38,3-58,7)	60,2 (43,4-77,0)	94 (70,3-100,0)
Suavizar a pele e diminuir pelos	27,6 (15,6-39,7)	51,6 (41,4-61,8)	68,1 (52,1-84,1)	45,6 (0,0-95,2)
Suavizar a voz	26,4 (14,5-38,3)	30,3 (20,9-39,6)	27,7 (12,3-43,1)	35,6 (0,0-83,2)
Ficar feminina	94,3 (88,0-100,0)	89,3 (83-95,6)	98,0 (93,2-100,0)	100,0 (100,0-100,0)
Tipo de hormônio utilizado				
Estrogênio	12,9 (3,9-21,9)	7,9 (2,4-13,3)	27,3 (12,0-42,6)	39,6 (0,0-88,2)
Progesterona	3,8 (0,0-8,9)	7,6 (2,2-13)	10,5 (0,0-21,0)	-
Estrogênio + progesterona	75,9 (64,4-87,4)	94,2 (89,5-99,0)	78,8 (64,8-92,8)	98 (84-100,0)
Antiandrogênico	22,1 (11,0-33,2)	32,9 (23,3-42,5)	65,1 (48,7-81,4)	43,6 (0,0-93)
Isoflavona	-	-	8,0 (0,0-17,3)	-
Via de administração do hormônio				
Injetável	83,4 (73,4-93,5)	82,4 (74,6-90,2)	39,0 (22,3-55,8)	92 (64,9-100,0)
Oral	69,3 (56,8-81,7)	58,1 (48-68,1)	84,8 (72,5-97,1)	49,7 (0,0-99,4)
Gel transdérmico	0,3 (0,0-1,8)	6,1 (1,2-11,0)	10,0 (0,0-20,3)	20,1 (0,0-60,0)
Adesivo	18,5 (8,0-29,0)	21,5 (13,1-29,9)	14,1 (2,2-26,1)	-
Outros	-	0,1 (0,0-0,8)	-	-
Quem aplica o hormônio injetável				
Autoaplicação	24,0 (11,4-36,5)	17,4 (8,9-25,9)	39,4 (12,5-66,3)	21,9 (0,0-64,8)
Amiga(o)	38,8 (24,5-53,1)	21,3 (12,1-30,5)	19,5 (0,0-41,3)	23,4 (0,0-67,2)
Familiar	4,7 (0,0-10,9)	0,2 (0,0-1,2)	-	-
Atendente de farmácia	53,8 (39,2-68,4)	65,1 (54,4-75,8)	23,9 (1,1-46,6)	-
Profissional da saúde	5,5 (0,0-12,3)	5,1 (0,1-10,0)	15,0 (0,0-33,8)	54,7 (3,1-100,0)
Onde consegue o hormônio				
Farmácia sem receita	83,3 (73,2-93,4)	83,2 (75,6-90,8)	85,6 (73,5-97,7)	100,0 (100,0-100,0)
Farmácia com receita	2,6 (0,0-6,9)	10,3 (4,1-16,5)	10,4 (0,0-20,9)	-
Amigos/colegas de trabalho	9,1 (1,3-16,9)	10,6 (4,3-16,8)	4,0 (0,0-10,7)	-
Bombadeiras	-	-	-	-
Outras trans	10,4 (2,2-18,7)	3,1 (0,0-6,6)	4,0 (0,0-10,7)	-
SUS	1,5 (0,0-4,8)	0,8 (0,0-2,7)	-	-
Internet	-	-	8,0 (0,0-17,3)	-
Recebeu orientações sobre cuidados no uso de hormônios	37,4 (24,3-50,4)	59,9 (49,9-69,8)	67,2 (51,1-83,3)	75,8 (33,3-100,0)

Tabela 6. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo escolaridade. Distrito Federal, 2017. (conclusão)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Escolaridade			
	Até fundamental	Médio	Superior	Pós-graduação
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Quem forneceu orientações				
Profissional de saúde em geral	24,2 (5,3-43,2)	45,4 (32,3-58,5)	33,6 (13,8-53,4)	66,4 (12,4-100,0)
Endocrinologista	7 (0,0-18,2)	16,5 (6,7-26,2)	31,6 (12,1-51,0)	2,7 (0,0-21)
Outras travestis/transsexuais	51,3 (29,2-73,4)	36,4 (23,7-49,1)	43,7 (23,0-64,5)	31 (0,0-83,8)
Bombadeira	26,5 (7,0-46,1)	-	-	-
Satisfação com os resultados alcançados com o uso de hormônio				
Satisfeita	52,2 (38,7-65,7)	37,5 (27,7-47,4)	38,1 (21,4-54,8)	33,6 (0,0-80,5)
Muito satisfeita	23,4 (11,9-34,8)	39,1 (29,1-49,0)	17,9 (4,7-31,1)	64,4 (16,8-100,0)
Nem satisfeita, nem insatisfeita	17,5 (7,2-27,7)	9,7 (3,6-15,7)	42,8 (25,8-59,8)	2 (0,0-16)
Muito insatisfeita	0,2 (0,0-1,2)	1,1 (0,0-3,3)	-	-
Insatisfeita	6,8 (0,0-13,6)	12,6 (5,9-19,4)	1,2 (0,0-4,9)	-
Sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de hormônio				
Ação realizada em relação ao efeito indesejado	72,1 (59,9-84,2)	53,3 (43,2-63,5)	81,7 (68,4-95,0)	41,6 (0,0-90,6)
Procurou um profissional de saúde	12,8 (2,0-23,5)	7,1 (0,0-14,3)	9,9 (0,0-21,2)	51,6 (0,0-100,0)
Deixou de usar	62,3 (46,7-77,9)	36,0 (22,4-49,6)	30,0 (12,6-47,5)	32,3 (0,0-100,0)
Tomou remédio por conta própria	6,3 (0,0-14,1)	6,2 (0,0-13,1)	7,4 (0,0-17,4)	-
Procurou ajuda de amigos(as), conhecido(as)	4,2 (0,0-10,7)	0,9 (0,0-3,6)	2,0 (0,0-7,2)	32,3 (0,0-100,0)

Fonte: a autora (metodologia RDS - Pesquisa DIVAS).

A Tabela 7 detalha a distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo a informação sobre se trabalhou como profissional do sexo nos últimos 30 dias. Aquelas que relataram ter realizado trabalho sexual nos últimos 30 dias iniciaram o uso de hormônios (17,7 anos) mais jovens em relação àquelas que não fizeram sexo comercial (21,3 anos).

As que não relataram sexo comercial responderam, em maior proporção (78,8%), manter o uso de hormônios atualmente, em relação às que realizaram sexo comercial (64,4%). Em relação à motivação para o uso de hormônios, tanto características específicas quanto o “ficar feminina” foram mais prevalentes entre as não trabalhadoras sexuais.

As não trabalhadoras do sexo relataram, também, em maior proporção, terem recebido orientações sobre o uso de hormônios (68,7%), sobretudo por meio de outras travestis/transsexuais e endocrinologista.

A satisfação ou muita satisfação foi semelhante nos dois grupos. As não trabalhadoras do sexo relataram mais efeitos indesejados que as que realizaram

trabalho sexual; todavia, a ação tomada frente a esses efeitos foi a interrupção do uso, em ambos os grupos.

Tabela 7. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo informação se trabalhou como profissional do sexo nos últimos 30 dias. Distrito Federal, 2017. (continua)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Trabalho sexual nos últimos 30 dias	
	Sim	Não
	% (IC95%)	% (IC95%)
Idade quando começou a tomar hormônios (média)	17,7 (16,8-18,7)	21,3 (19,0-23,5)
Uso de hormônio		
Tomou e continua tomando	64,4 (54,3-74,6)	78,8 (67,5-90,2)
Tomou mas não toma mais	33,8 (23,8-43,9)	12,8 (3,6-22,1)
Nunca tomou	1,7 (0,0-4,5)	8,4 (0,7-16,0)
Motivo para uso de hormônio		
Criar/aumentar seios	46,9 (36,3-57,6)	64,8 (51-78,6)
Aumentar/arredondar quadril	33,2 (23,2-43,3)	55,7 (41,3-70,1)
Suavizar a pele e diminuir pelos	42,4 (31,8-52,9)	62,2 (48,2-76,3)
Suavizar a voz	28,9 (19,2-38,6)	31,1 (17,7-44,5)
Ficar feminina	87,2 (80,1-94,4)	100,0 (100,0-100,0)
Tipo de hormônio utilizado		
Estrogênio	14,7 (7,2-22,3)	18,7 (7,4-30,0)
Progesterona	2,8 (0,0-6,2)	12,0 (2,6-21,5)
Estrogênio + progesterona	90,2 (83,9-96,6)	82,8 (71,9-93,7)
Antiandrogênico	31,6 (21,6-41,5)	64,7 (50,9-78,6)
Isoflavona	-	5,7 (0,0-12,4)
Via de administração do hormônio		
Injetável	79,4 (70,8-88,1)	58,4 (44,2-72,7)
Oral	54,2 (43,6-64,9)	82,2 (71,1-93,3)
Gel transdérmico	3,8 (0,0-7,9)	14,5 (4,3-24,7)
Adesivo	30,0 (20,2-39,8)	9,6 (1,0-18,1)
Outros	0,1 (0,0-0,9)	-
Quem aplica o hormônio injetável		
Autoaplicação	12,8 (4,8-20,9)	36,9 (18,6-55,2)
Amiga(o)	27,3 (16,6-38,0)	28,0 (11,0-45,0)
Familiar	0,5 (0,0-2,2)	-
Atendente de farmácia	63,0 (51,4-74,6)	36,1 (18,1-54)
Profissional da saúde	9,5 (2,5-16,5)	-
Idade quando usou hormônio (média)	17,7 (16,8-18,7)	21,3 (19,0-23,5)
Onde consegue o hormônio		
Farmácia sem receita	89,6 (83,0-96,1)	81,2 (69,9-92,5)
Farmácia com receita	4,4 (0,0-8,8)	21,1 (9,3-32,9)
Amigos/colegas de trabalho	7,6 (1,9-13,2)	8,8 (0,6-17,0)
Bombadeiras	-	-
Outras trans	2,8 (0,0-6,3)	2,9 (0,0-7,7)
SUS	0,9 (0,0-3,0)	-
Internet	-	5,7 (0,0-12,4)
Recebeu orientações sobre cuidados no uso de hormônios	54,6 (43,9-65,2)	68,7 (55,2-82,1)
Quem forneceu orientações		
Profissional de saúde em geral	54,5 (40,1-68,9)	8,7 (0,0-18,6)
Endocrinologista	4,8 (0,0-11,0)	45,4 (28,0-62,8)
Outras travestis/transsexuais	39,5 (25,3-53,6)	48,4 (30,9-65,8)
Bombadeira	5,7 (0,0-12,4)	-

Tabela 7. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo informação se trabalhou como profissional do sexo nos últimos 30 dias. Distrito Federal, 2017. (conclusão)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Trabalho sexual nos últimos 30 dias	
	Sim	Não
	% (IC95%)	% (IC95%)
Satisfação com os resultados alcançados com o uso de hormônio		
Satisfeita	35,2 (25,0-45,5)	44,3 (29,9-58,7)
Muito satisfeita	44,3 (33,7-54,9)	21,1 (9,3-32,9)
Nem satisfeita, nem insatisfeita	14,4 (6,9-21,9)	22,9 (10,8-35,1)
Muito insatisfeita	-	0,2 (0,0-1,4)
Insatisfeita	6,1 (1,0-11,2)	11,5 (2,2-20,7)
Sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de hormônio		
	63,6 (53,3-73,9)	71,1 (57,9-84,2)
Ação realizada em relação ao efeito indesejado		
Procurou um profissional de saúde	1,9 (0,0-5,7)	15,7 (3,2-28,1)
Deixou de usar	40,5 (27,2-53,7)	39,3 (22,5-56)
Tomou remédio por conta própria	10,5 (2,2-18,7)	3,2 (0,0-9,3)
Procurou ajuda de amigos(as), conhecido(as)	3,8 (0,0-9,0)	3,2 (0,0-9,3)

Fonte: a autora (metodologia RDS - Pesquisa DIVAS).

Finalmente, a Tabela 8 traz a relação entre o uso de hormônios e a renda mensal das entrevistadas, divididas em faixas salariais de até dois, entre dois e quatro e mais de quatro salários mínimos/mês. A idade de início de uso de hormônios foi pouco maior entre aquelas com menor renda salarial (média de 19 anos entre aquelas com até dois salários mínimos). Nota-se que a maioria das entrevistadas de todas as faixas já tomaram e continuam a tomar hormônios. Todavia, aquelas com maior poder aquisitivo relataram, em maior proporção, a manutenção de sua hormonização (87,3%).

O tipo de hormônio mais utilizado por elas, também bastante semelhante em todas as faixas salariais, é o estrogênio combinado com progesterona, também com as mais abastadas relatando maior uso. Nota-se também que as de maior poder aquisitivo, mais do que as respondentes de outras faixas salariais, relataram fazer uso, também, de antiandrogênicos. As formas farmacêuticas mais utilizadas foram a injetável (79,4%) e a oral (54,2%).

Outro ponto comum entre as entrevistadas foi a forma de aquisição desses medicamentos: diretamente nas farmácias, sem receituário médico.

Já em relação ao recebimento de orientações sobre o uso de hormônios, é interessante notar que aquelas com maior poder aquisitivo relataram, em maior proporção, ter recebido essas orientações, divididas entre aquelas que receberam

as informações por meio de profissionais de saúde e as que as receberam de pares travestis e transexuais.

Tabela 8. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo renda. Distrito Federal, 2017. (continua)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Renda mensal		
	Até 2 SM	2 a 4 SM	4 ou mais SM
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Idade quando começou a tomar hormônios (média)	19,1 (17,6-20,6)	18,7 (17,1-20,3)	18,6 (16,8-20,3)
Uso de hormônio			
Tomou e continua tomando	59,0 (48,6-69,3)	64,1 (50,7-77,4)	87,3 (76,4-98,3)
Tomou mas não toma mais	33,6 (23,7-43,6)	35,3 (22,0-48,6)	12,7 (1,8-23,7)
Nunca tomou	7,4 (1,9-12,9)	0,6 (0,0-2,8)	-
Motivo para uso de hormônio			
Criar/aumentar seios	54,2 (43,3-65,0)	52,3 (38,4-66,3)	57,1 (40,8-73,4)
Aumentar/arredondar quadril	51,3 (40,4-62,2)	43,8 (30,0-57,7)	36,6 (20,8-52,5)
Suavizar a pele e diminuir pelos	45,3 (34,4-56,1)	43,6 (29,7-57,4)	57,5 (41,3-73,8)
Suavizar a voz	21,1 (12,2-30,0)	34,1 (20,9-47,3)	35,5 (19,7-51,2)
Ficar feminina	93,2 (87,8-98,7)	96,1 (90,6-100,0)	83,4 (71,2-95,7)
Tipo de hormônio utilizado			
Estrogênio	7,9 (2,0-13,8)	21,6 (10,1-33,1)	12,7 (1,7-23,6)
Progesterona	7,9 (2,0-13,8)	5,3 (0,0-11,5)	9,7 (0,0-19,4)
Estrogênio + progesterona	86,3 (78,8-93,8)	79,8 (68,6-91)	96,5 (90,4-100,0)
Antiandrogênico	31,9 (21,8-42,0)	30,2 (17,4-43,1)	58,4 (42,2-74,6)
Isoflavona	-	-	7,3 (0,0-15,9)
Via de administração do hormônio			
Injetável	79,9 (71,1-88,6)	63,7 (50,3-77,1)	74,6 (60,3-88,9)
Oral	65,8 (55,4-76,1)	66,3 (53,1-79,4)	68,6 (53,4-83,9)
Gel transdérmico	6,8 (1,3-12,3)	2,6 (0,0-7,1)	2,8 (0,0-8,1)
Adesivo	11,4 (4,5-18,3)	29,7 (16,9-42,4)	28,6 (13,7-43,4)
Outros	-	-	0,3 (0,0-2,0)
Quem aplica o hormônio injetável			
Autoaplicação	19,2 (9,6-28,8)	12,6 (1,0-24,2)	41,6 (22,9-60,4)
Amiga(o)	30,3 (19,2-41,5)	16,1 (3,2-28,9)	38,2 (19,7-56,7)
Familiar	3,1 (0,0-7,3)	0,3 (0,0-2,0)	0,6 (0,0-3,5)
Atendente de farmácia	55,2 (43,2-67,2)	72,7 (57,2-88,3)	19,5 (4,5-34,6)
Profissional da saúde	10,2 (2,9-17,4)	7 (0,0-16,0)	5,4 (0,0-14)
Idade quando usou hormônio (média)	19,1 (17,6-20,6)	18,7 (17,1-20,3)	18,6 (16,8-20,3)
Onde consegue o hormônio			
Farmácia sem receita	86,5 (79,0-94,0)	91,3 (83,5-99,2)	83,4 (71,2-95,7)
Farmácia com receita	9,0 (2,7-15,2)	4,7 (0,0-10,7)	7,8 (0,0-16,6)
Amigos/colegas de trabalho	8,5 (2,4-14,6)	7,9 (0,4-15,4)	12,1 (1,4-22,8)
Bombadeiras	-	-	-
Outras trans	3,6 (0,0-7,6)	-	2,2 (0,0-7,0)
SUS	-	0,8 (0,0-3,3)	1,1 (0,0-4,5)
Internet	-	-	7,3 (0,0-15,9)
Recebeu orientações sobre cuidados no uso de hormônios	53,0 (42,1-63,9)	48,1 (34,2-62,0)	75,7 (61,6-89,8)

Tabela 8. Distribuição das informações relacionadas ao uso de hormônios segundo renda. Distrito Federal, 2017. (conclusão)

Questões relacionadas ao uso de hormônios	Renda mensal		
	Até 2 SM	2 a 4 SM	4 ou mais SM
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Quem forneceu orientações			
Profissional de saúde em geral	30,9 (17,0-44,7)	52,1 (32,0-72,1)	37,8 (19,5-56,1)
Endocrinologista	20,7 (8,6-32,9)	13,7 (0,0-27,5)	20,0 (4,9-35,1)
Outras travestis/transsexuais	46,7 (31,8-61,7)	33,4 (14,5-52,4)	42,4 (23,7-61,0)
Bombadeira	6,1 (0,0-13,3)	11,0 (0,0-23,5)	-
Satisfação com os resultados alcançados com o uso de hormônio			
Satisfeita	41,4 (30,7-52,2)	53,5 (39,6-67,4)	26,3 (11,9-40,8)
Muito satisfeita	32,3 (22,1-42,5)	22,6 (10,9-34,2)	42,5 (26,3-58,8)
Nem satisfeita, nem insatisfeita	11,2 (4,3-18,1)	16,1 (5,8-26,3)	31,1 (15,9-46,4)
Muito insatisfeita	1,4 (0,0-4,0)	-	-
Insatisfeita	13,6 (6,1-21,1)	7,9 (0,4-15,4)	-
Sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de hormônio			
Ação realizada em relação ao efeito indesejado	57,4 (46,6-68,2)	64,3 (50,9-77,6)	70,0 (55,0-85,1)
Procurou um profissional de saúde	11,0 (2,0-20,1)	6,0 (0,0-14,4)	9,2 (0,0-20,5)
Deixou de usar	48,2 (33,8-62,6)	38,1 (21,0-55,1)	31,3 (13,1-49,5)
Tomou remédio por conta própria	6,2 (0,0-13,2)	2,9 (0,0-8,9)	14,3 (0,5-28,0)
Procurou ajuda de amigos(as), conhecido(as)	4,5 (0,0-10,5)	3,1 (0,0-9,2)	-

Fonte: a autora (metodologia RDS - Pesquisa DIVAS).

6 DISCUSSÃO

O perfil identitário das entrevistadas no DF concentra-se, principalmente, entre mulheres transexuais e travestis. O estudo contou com uma amostra jovem, com ampla maioria abaixo de 34 anos, com média de 24 e mediana de 28 anos. O início da dita transição do gênero masculino designado ao nascimento para o feminino da maioria também foi ainda bastante jovem, com média de 18 anos. Em relação à raça/cor, têm-se uma amostra de maioria parda. No tocante à escolaridade, aquelas com ensino médio completo foram as mais prevalentes. Já no que tange à ocupação, a maioria relatou estar trabalhando, em maior proporção, como autônoma. A maior parte da amostra foi formada por aquelas que não relataram ter feito sexo comercial nos últimos trinta dias, quando questionadas. Por fim, a renda média das entrevistadas foi baixa, com ampla maioria não ultrapassando quatro salários mínimos/mês.

Em relação ao uso de hormônios, a maior parte da amostra faz uso desses medicamentos, atualmente. Nota-se uma amostra que inicia esse uso, em média, por volta dos 18 anos de idade. O tipo de hormônio mais frequentemente utilizado foi aquele que combina, na mesma formulação, um estrogênio e um progestágeno, nas formas injetável e em comprimidos, respectivamente. Uma pequena parte das entrevistadas relatou fazer uso de antiandrogênicos. O acesso a esses hormônios é, majoritariamente, direto nas farmácias, sem receituário médico, e as orientações sobre o uso dos medicamentos vem, frequentemente, de seus pares, outras travestis e mulheres transexuais. O nível de satisfação com o uso dos hormônios é alto, bem como o de efeitos indesejados que são sentidos. Quando sentem esses efeitos, a maioria relata interromper o uso dos medicamentos.

As análises do perfil e das características sociodemográficas das entrevistadas frente ao padrão de uso de hormônios sugeriram relevantes diferenças socioculturais e de acesso, diferenças essas, inclusive, já observadas em outros estudos com travestis e mulheres transexuais.

O perfil sociodemográfico das entrevistadas, principalmente no tocante às identidades autorreferidas, faixa etária, raça/cor, escolaridade e renda, é bastante semelhante ao já observado em outros estudos anteriormente conduzidos, também

por metodologia RDS, com mulheres transexuais e travestis, que serão discutidos a seguir.

Em estudo realizado por Grinsztejn et al. [44], no Rio de Janeiro e Baixada Fluminense, a amostra de 345 participantes também foi composta, majoritariamente, por aquelas que se autorreferiram como travestis e mulheres transexuais – entretanto, com a diferença de que, no estudo do Rio de Janeiro, a maioria se autodeclarou travesti, seguidas das mulheres trans. Já um estudo conduzido em São Paulo por Pestana et al. [45], com 576 participantes, seguiu o mesmo padrão identitário do DF, com maioria de mulheres trans, seguidas das travestis.

Em relação à idade, ambos os estudos supracitados também contaram com uma amostra jovem. A mediana da presente pesquisa foi de 24 anos, enquanto a mediana de idade do estudo do Rio de Janeiro foi de 28 – pouco mais velha. Um estudo conduzido em Fortaleza por Martins et al. [46], com 304 participantes, obteve metade da amostra com menos de 24 anos. Já o estudo de São Paulo obteve uma média de 32 anos. Percebe-se que a maioria dos estudos, mesmo os RDS, acabam abordando populações de estudo jovens e, portanto, permanece desconhecido o perfil de idades mais avançadas.

Em relação à raça/cor, assim como o encontrado no presente estudo, as respondentes de São Paulo e Fortaleza se autorreferiram, majoritariamente, como pardas, brancas e pretas, respectivamente. As do Rio de Janeiro tiveram, como única diferença, aquelas autodeclaradas pretas à frente das brancas, mas com as pardas mais prevalentes. Na presente pesquisa, as categorias parda e preta estiveram sobrerrepresentadas em relação aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2016 [47], nos quais ~46% e ~8%, respectivamente, se autodeclararam pardos e pretos. Já as brancas foram sub-representadas em relação à PNAD-C, que contou com ~44% de brancos. Vale ressaltar, entretanto, que a referida pesquisa não inquiriu os participantes sobre suas identidades de gênero, utilizando apenas a variável sexo, logo, não se sabe se há e quantas são as pessoas trans deste estudo.

A escolaridade relatada é bastante semelhante entre todos os estudos, com a maioria das respondentes referindo ter completado o ensino médio, assim como em relação à renda mensal, que é de baixa a média, segundo relato das participantes. Ambos os dados também vão ao encontro aos dados da PNAD-C de 2016. Alguns

estudos internacionais, realizados pela mesma metodologia, apresentam padrões socioeconômicos bastante semelhantes [48].

A distribuição do uso de hormônios também é relatada nos estudos de Grinsztejn e de Pestana. A maior parte das entrevistadas das pesquisas carioca e paulista referem estar fazendo uso desses medicamentos. Outro estudo paulista [49], realizado por Maschião et al., também transversal, mas conduzido por metodologia “*snowball*”, com 673 participantes, abordando especificamente o uso de hormônios, oferece maior detalhamento sobre a prática. Muitas semelhanças entre os estudos são encontradas, guardadas as proporções em relação às diferenças de tamanho de amostra e método. Enquanto no presente estudo cerca de 65% das entrevistadas relatam o uso de hormônios, no estudo de Maschião elas são mais de 90%. A média de idade de início do uso de hormônios no estudo de SP foi de 17 anos, sendo de 18 no DF. O estudo paulista não explorou os tipos de hormônios utilizados, mas, como a pesquisa brasileira ora realizada, demonstrou que a maioria (mais de 80% em ambos os estudos) das entrevistadas acessa esses medicamentos sem prescrição médica.

O presente estudo demonstrou que a maioria das respondentes utiliza hormônios como tecnologia de feminização corporal. Os principais símbolos corporais relatados dessa feminilidade são os seios, os quadris largos e pele macia e sem pelos. Tais signos corporais são comumente relatados, em outros estudos, por travestis e mulheres transexuais brasileiras ao buscarem tecnologias médicas, como os hormônios [7, 28].

Com base na literatura, pode-se sugerir que a quase totalidade de mulheres transexuais e travestis que buscam essa tecnologia médica visam a afirmação de estereótipos femininos, pautadas na busca do prazer, do desejo individual e da satisfação com sua autoimagem. Isso pode ocorrer, em grande parte, pela necessidade de adequação aos padrões que a sociedade cis-heteronormativa impõe como sendo femininos, com base no binarismo de gênero [8, 50]. O conceito butleriano de inteligibilidade ajuda a compreender a busca de fuga de um lugar de abjeção para um lugar de existência social compreendida. Essa construção – visando o feminino e seus símbolos – o permite, corporalmente, uma leitura das expressões e da identidade de gênero dessas pessoas. O fato é corroborado neste estudo quando, estratificando-se a amostra por identidade autorrelatada, aquelas que se autodeclararam mulheres e as mais jovens (até 34 anos), responderam, em

maior proporção, a busca pela feminilidade e seus signos, afirmando também que seguem tomando hormônios desde que os iniciaram. A busca por um padrão de beleza cisgênero e jovial poderia ser uma hipótese explicativa [51].

Todavia, é importante que esta análise vá além e possa compreender a dimensão da corporeidade, transcendendo a única noção de um corpo como sendo dispositivo de autossatisfação com a imagem. Este também pode se configurar como um dispositivo de autoproteção social. Parecer cada vez mais com uma mulher cis, muitas vezes, pode evitar constrangimentos sociais diários e até mesmo violências transfóbicas. Essa hipótese é alicerçada pelo dado que sugere que o Brasil é o país em que mais se reportam assassinatos de pessoas trans por motivações transfóbicas [52].

Em relação ao medicamento hormonal, segundo o relato das respondentes, as formulações combinadas de estrogênio e progesterona são as mais utilizadas. Os antiandrogênicos também foram relatados, por algumas respondentes, como uma das opções de hormonização, nas vias injetável e oral, respectivamente.

A literatura coloca que, para mulheres transexuais e travestis, essa hormonização compreende, justamente, a administração de um antiandrogênico que age fazendo a supressão da ação periférica da testosterona – consequentemente, diminuindo seus efeitos, como o aparecimento de pelos e o crescimento muscular de padrão dito masculino – e, também, de um tipo de estrogênio que age induzindo o aparecimento de caracteres sexuais secundários ditos femininos [26]. Apenas em alguns casos, um outro tipo de progestágeno é adicionado para o crescimento dos seios, em não havendo não resposta efetiva do antiandrogênico, que é também um tipo de progesterona, na ação sinérgica com o estrogênio. Outros estudos, ainda, demonstram que apenas o estrogênio é capaz de induzir o aparecimento de caracteres sexuais ditos femininos e realizar o bloqueio eficaz da ação periférica da testosterona [53].

Dos estrogênios existentes, de acordo com a literatura, os mais comumente utilizados são o valerato de estradiol, o estradiol (puro) e, dos antiandrogênicos, o acetato de ciproterona, a finasterida e a espironolactona [33]. Alguns medicamentos trazem, na mesma formulação, uma combinação de estrogênios e antiandrogênicos [16].

Um medicamento que contém, na mesma formulação, um estrógeno e um progestágeno é a chamada Perlutan® e seus genéricos e similares. Originalmente,

este é um anticoncepcional injetável que se aplica por via intramuscular profunda, somente uma vez por mês, em mulheres cis, com fins de anticoncepção. Trata-se da associação de dois princípios ativos: um gestágeno (algestona acetofenida) e um estrógeno (enantato de estradiol – semelhante ao valerato de estradiol). Relatos mostram que as mulheres transexuais e travestis acabam utilizando-a de 15 em 15 dias, na crença de um desenvolvimento mais rápido de mamas, aumento de quadril e diminuição de pelos e outros caracteres ditos masculinos, pela ação do progestágeno e também pela presença do estradiol de liberação prolongada [34]. Como a maioria das respondentes relataram fazer uso de uma forma injetável que combina estrógeno e progestágeno, pode-se sugerir, com alicerce na literatura, que esse medicamento seja a Perlutan®.

A segunda formulação mais referida como opção de uso pelas respondentes foi a combinação de estrogênio e progesterona via oral. Estas são formulações clássicas de medicamentos utilizados como anticoncepcionais ou como terapias para síndromes como a dos ovários policísticos, a exemplo de Diane 35®, Ciclo 21® e outros, ou ainda os repositores hormonais, a exemplo do Climene® [26].

Houve, ainda, aquelas que relataram fazer uso de um antiandrogênico em separado. Alguns protocolos indicam esse medicamento como terapia adjuvante ao estrogênio, para potencialização farmacológica sinérgica, no aparecimento de caracteres sexuais secundários de padrão considerado feminino e supressão dos considerados masculinos. Entretanto, como já citado, há estudos que sugerem que apenas o estrogênio faça esse papel, não havendo, aí, necessidade de uso de um antiandrogênico em separado [16, 33].

O uso prolongado de hormônios – principalmente de antiandrogênicos, que diminuem a ação periférica da testosterona – pode afetar a ereção [54]. Observa-se que as respondentes que realizaram trabalho sexual nos últimos 30 dias relataram fazer, em menor proporção, uso contínuo de hormônios, em específico os antiandrogênicos. Como referido por Kulick [7], muitas travestis e mulheres transexuais fazem programas para sobrevivência e são ativas no ato sexual. Ter ereções é fundamental para esse trabalho, até porque, em muitas das vezes, a própria clientela destas profissionais, muitas vezes, deseja que elas sejam ativas com eles no ato sexual e, inclusive, pagam mais [29]. Essa pode ser uma hipótese para o menor relato de uso contínuo de hormônios.

No tocante à obtenção desses hormônios, o presente estudo mostrou que o acesso a eles se dá, majoritariamente, diretamente nos balcões das farmácias, sem indicação ou receituário médico, independentemente de identidades autorreferidas, faixas etárias, raça/cor, escolaridade e renda. Este dado corrobora a pesquisa realizada pelo Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade – ICTQ, de 2014 [55], que entrevistou 1.480 pessoas de 12 capitais brasileiras. Segundo essa pesquisa, 76,4% dos brasileiros se automedica. Relatórios preliminares de 2018 indicam que esse número chega a 79%. Já a publicação de 2016 da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamentos – PNAUM [56] que entrevistou 41.433 pessoas de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, encontrou uma prevalência de automedicação de 16,1%. A PNAUM traz, ainda, uma estratificação por classe de medicamentos, que mostra uma prevalência de utilização de medicamentos contraceptivos hormonais de 32,7%, sendo 28,2% contraceptivos orais e 4,5% contraceptivos injetáveis. Os casos de automedicação chegam a 3,1% nessa classe farmacológica. O estudo também aponta que a maioria das usuárias referiu usar contraceptivo oral combinado monofásico (estrogênio e progesterona), representando 73,9% do total dos contraceptivos identificados, o que se assemelha aos resultados do presente estudo. As diferenças de prevalência podem dar-se, possivelmente, pela diferença de período de estudo e viés de memória dos entrevistados. Ademais, a automedicação irresponsável (que vai contra o conceito de Uso Racional de Medicamentos) é um fator que pode fazer com que o estudo da PNAUM tenha uma menor prevalência em relação ao do ICTQ, que avaliou automedicação em geral. Ademais, a estratificação de automedicação por classe farmacológica, procedida pela PANUM, pode influenciar essa prevalência. Todavia, é importante notar que as taxas de automedicação são importantes ferramentas para análises em situação de Saúde. Esta pesquisa também não continha perguntas sobre identidade de gênero, mas apenas de sexo, não revelando se há e quantas são as pessoas trans pesquisadas.

Rocon [17] traz, em sua obra, um relato de mulheres transexuais e travestis sobre a realidade da automedicação atribuída à falta de acesso a serviços e insumos de saúde. Sobre a automedicação, Arán e Murta [11] também reforçam que o automedicar-se é uma prática comum e, muitas vezes, a única possível para essas pessoas, retratando a precariedade da assistência a essa população, caracterizada pela negação da sua existência pública, pela estigmatização e pela discriminação.

Esse panorama de cis-heteronormatividade e controle biopolítico dos corpos em serviços de saúde é colocada desde Foucault, no tocante ao poder médico decisório sobre os corpos, o que produz exclusões de determinadas identidades, pela visão binário-sexual hegemônica nas ciências biomédicas [57].

Deve-se salientar que a Política Nacional de Medicamentos (PNM) prevê acesso, pela população, aos medicamentos essenciais que constem da Relação Nacional de Medicamentos (Rename) [58]. Os hormônios mais utilizados pelas pessoas trans que constam dessa relação são apenas o acetato de ciproterona, a finasterida e alguns estrogênios conjugados. Tal fato pode se dar devido à falta de um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) baseado em evidências para subsidiar uma mudança na Rename, seguindo as diretrizes de acesso ao Processo Transsexualizador previstas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT [6].

Brasília conta com um ambulatório de atendimento específico a pessoas trans, localizado, inclusive, no mesmo local em que o presente estudo foi conduzido. Todavia, esse ambulatório não é credenciado junto ao Ministério da Saúde, conforme preconiza a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 [14]. Esse não credenciamento não impede o acesso direto de pessoas trans ao serviço, mas não há repasse de verba da união para a unidade, o que pode dificultar compra de medicamentos e limitar o número de usuários que se podem atender. Esse pode ser mais um dos motivos, dentre outros, para ajudar a explicar as altas proporções de automedicação no DF, mesmo com a existência desse serviço pelo SUS.

A cultura da automedicação no Brasil encontra uma especificidade entre travestis e mulheres transexuais que, historicamente, pelo não acesso a serviços e insumos de saúde, criaram seu próprio modo de se hormonizar. Essa cultura permanece viva e pode, também, auxiliar na explicação sobre as altas taxas de automedicação. Ademais, neste caso, a lógica da automedicação não é para cura ou amenização de um agravo, mas sim pela busca do prazer e satisfação com a autoimagem, até mesmo a busca por felicidade. Tal hipótese encontra força nos achados do presente estudo, em que grande parte das travestis e mulheres transexuais repassam orientações sobre uso de hormônios umas às outras [34].

É importante salientar que, em relação ao às orientações, mais da metade da amostra geral relatou tê-las recebido. Todavia, essas proporções decaem por raça/cor, progressivamente, sendo que entre as pretas e pardas o recebimento de orientações foi, respectivamente, menor do que entre as brancas; o mesmo ocorreu

entre as menos escolarizadas. As profissionais do sexo também relataram menor recebimento de informações em relação às não trabalhadoras sexuais. Aquelas com maior renda mensal também receberam mais orientação que as mais pobres. Deve-se atentar que não querer receber orientações e não querer estar sob a tutela de um profissional de saúde é, também, um direito.

Estratificando sociodemograficamente as participantes por identidades autorrelatadas, percebe-se que aquelas autodeclaradas mulheres relataram maior recebimento de informações de profissional especializado, ou seja, médico endocrinologista. Já as autodeclaradas mulheres trans receberam orientação de um profissional de saúde em geral e as travestis, de seus pares – outras travestis/mulheres trans.

Além disso, de forma geral, percebe-se que a maioria já relatou ter sentido algum efeito indesejado com o uso de hormônios e, como resposta, apenas deixou de utilizá-lo, sem procurar auxílio de profissionais de saúde.

Tais dados mostram as diferenças de vulnerabilidades, revelando uma importante desigualdade de acesso entre essas mulheres transexuais e travestis, a depender de suas características sociodemográficas. Surge a hipótese clara de que as negras, as menos escolarizadas, as mais pobres e as que relataram trabalho sexual têm menos acesso a orientações profissionais qualificadas sobre o uso desses medicamentos, revelando uma falta de acesso a serviços e equipamentos de saúde. Rocon [17] discorre justamente sobre essa questão, que vai ao encontro dos achados deste estudo.

Ainda em relação ao acesso, nota-se que a farmácia é o *locus* majoritário para conseguir esses hormônios sem receituário médico, como já visto no estudo paulista de Maschião, anteriormente citado [49]. Deve-se levar em consideração que a segunda opção mais respondida pelas participantes em relação ao recebimento de informações e orientações no uso de hormônios, depois de seus pares, foi por profissional de saúde em geral. Muitas responderam também que, para além da aplicação de hormônios injetáveis realizada por amigos(as), era um atendente de farmácia quem aplicava o medicamento. Tendo em vista as duas informações, é importante explorar a hipótese de que este possa ser, na verdade, o profissional farmacêutico graduado.

O profissional farmacêutico, embora sua inclusão não seja preconizada na equipe mínima do Processo Transexualizador do SUS, pode contribuir para com as

usuárias e outros prestadores de cuidados da saúde ao estar envolvido na gestão da harmonização [6].

A Assistência Terapêutica integral inclui a Assistência Farmacêutica, segundo a Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014 [59], e que, de acordo com o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, é definida pelo conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. A assistência farmacêutica compreende diferentes etapas, como o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização [60].

Segundo o mesmo Consenso, dentro do contexto de Assistência Farmacêutica, está a Atenção Farmacêutica, um modelo de prática exclusiva do profissional farmacêutico, que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Representa a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde [60].

A Atenção Farmacêutica é, portanto, uma prática recente, que prioriza a orientação e o acompanhamento farmacoterapêutico e a relação direta entre o farmacêutico e o usuário de medicamentos [61].

É de fundamental importância estabelecer a dose ideal do medicamento para cada pessoa, destacando-se o fato de que não há necessidade de doses elevadas de hormônios para alcançar os efeitos desejados ou alcançá-los mais rapidamente [63].

Segundo Kenezovich, Viereck e Drincic [64], inicialmente, o profissional farmacêutico deve estar envolvido na discussão das possíveis opções medicamentosas e na avaliação do risco/benefício de cada formulação, com base em fatores de risco de cada pessoa. Como existem muitas interações fármaco-fármaco com o uso dos hormônios, é importante identificar essas possíveis

interações para evitar complicações da hormonização. Após a seleção do medicamento, o profissional farmacêutico pode orientar sobre a sua administração, otimizando o processo.

No caso do uso de agentes injetáveis, por exemplo, deve-se avaliar o veículo de suspensão, levando em consideração se a usuária tem algum tipo de alergia, para evitar hipersensibilidade. Além disso, é necessário demonstrar a técnica de injeção apropriada. Outro ponto importante são os possíveis erros na dosagem relacionados à confusão que pode ocorrer com a disponibilidade de várias concentrações de hormônios injetáveis. A usuária deve ser aconselhada a medir e administrar a dose adequada.

Os medicamentos podem ser bastante caros e muitas vezes não são cobertos por algum plano ou seguro-saúde que a pessoa possa ter. O farmacêutico pode ajudar a identificar a medicação mais adequada, levando em consideração o custo-benefício. Por fim, esse profissional pode auxiliar na monitorização laboratorial após o início do uso dos hormônios, bem como no ajuste da dosagem com base nos resultados dessa monitorização e na orientação da usuária em relação às alterações físicas ou reações adversas aos medicamentos [64].

O presente estudo possui a limitação de ter trabalhado com uma pequena amostra e cujo universo total (número de pessoas trans existentes em Brasília, ou mesmo no Brasil) é desconhecido [35].

Pela característica pontual do estudo transversal, o viés de prevalência também pode estar presente. Em se tratando de uma população marginalizada e estigmatizada como a trans e cuja expectativa média de vida, no Brasil, especula-se ser de 35 anos [52], a possibilidade de abranger apenas restritas faixas etárias, bem como estratos sociais mais elevados e com mais acesso, é uma constante. Para minimizar esse viés, a pesquisa formativa anterior ao início da aplicação dos questionários teve a preocupação de trazer pessoas bastante diversas entre si. Essas pessoas foram as sementes que iniciaram as ondas do estudo.

Há também a influência do viés seleção, pois a amostragem por RDS, mesmo tentando melhorar a amostragem “*snowball*”, ainda se mostra como uma metodologia por conveniência, logo, não probabilística. Dessa forma, a amostra pode ser não representativa do universo pesquisado.

Isso pode se explicar pelo fato de que a maioria das pessoas tendem a recrutar aquelas com quem se assemelham em raça, etnia, educação, renda, religião, etc. Tal relação é chamada de homofilia.

Por essa razão, Bastos et al. [35] salientam que os achados do estudo não podem ser extrapolados nem para o país, nem mesmo para a cidade-sítio do estudo, sendo apenas representativa da própria rede pesquisada. Portanto, deve-se atentar para a validade externa do estudo. Todavia, para minimizar esses efeitos, uma nova estratégia de análise e um novo estimador populacional foram propostos pelos autores para melhor avaliar essa população, bem como suas características sociodemográficas, danos associados e necessidades específicas.

Apesar dos vários avanços metodológicos e centenas de estudos empíricos implementados em todo o mundo, alguns achados inconclusivos e desafios metodológicos permanecem. A avaliação aprofundada da estrutura local de redes e o desempenho dos estimadores disponíveis são particularmente relevantes quando as populações-alvo são esparsas e altamente estigmatizadas.

7 RECOMENDAÇÕES

É de fundamental importância estabelecer a dose ideal do medicamento para cada pessoa, destacando-se o fato de que não há necessidade de doses elevadas de hormônios para alcançar os efeitos desejados ou alcançá-los mais rapidamente [63].

A partir disso, inúmeras são as justificativas sobre a importância da assistência e da atenção farmacêutica para as mulheres transexuais e travestis que fazem uso de hormônios, seja para ter garantido o acesso aos medicamentos utilizados, visando sempre o uso racional, como também para a realização de um acompanhamento farmacoterapêutico que possibilite a avaliação individual em cada caso [62].

Segundo Kenezevich, Viereck e Drincic [64], inicialmente, o profissional farmacêutico deve estar envolvido na discussão das possíveis opções medicamentosas e na avaliação do risco/benefício de cada formulação, com base em fatores de risco de cada pessoa. Como existem muitas interações fármaco-fármaco com o uso dos hormônios, é importante identificar essas possíveis interações para evitar complicações da hormonização. Após a seleção do medicamento, o profissional farmacêutico pode orientar sobre a sua administração, otimizando o processo.

No caso do uso de agentes injetáveis, por exemplo, deve-se avaliar o veículo de suspensão, levando em consideração se a usuária tem algum tipo de alergia, para evitar hipersensibilidade. Além disso, é necessário demonstrar a técnica de injeção apropriada. Outro ponto importante são os possíveis erros na dosagem relacionados à confusão que pode ocorrer com a disponibilidade de várias concentrações de hormônios injetáveis. A usuária deve ser aconselhada a medir e administrar a dose adequada.

Os medicamentos podem ser bastante caros e muitas vezes não são cobertos por algum plano ou seguro-saúde que a pessoa possa ter. O farmacêutico pode ajudar a identificar a medicação mais adequada, levando em consideração o custo-benefício. Por fim, esse profissional pode auxiliar na monitorização laboratorial após o início do uso dos hormônios, bem como no ajuste da dosagem com base nos

resultados dessa monitorização e na orientação da usuária em relação às alterações físicas ou reações adversas aos medicamentos [64].

Frente aos importantes achados do presente estudo, mas tendo ciência de suas limitações, recomenda-se que mais pesquisas sobre o uso de hormônios e também sobre acesso a serviços e equipamentos de saúde possam ser conduzidas. Estudos que explorem outros estratos, como pessoas mais velhas, com maior poder aquisitivo, com maior representação de pretos são de fundamental importância para entender melhor as distintas realidades de vida de pessoas trans. Esses estudos devem ter, como objetivo principal, o compromisso ético de fundamentar melhorias na qualidade da saúde de pessoas trans no Brasil, com base em evidências.

Ademais, os serviços de saúde, públicos e particulares, devem ampliar o acesso aos serviços e insumos em saúde, para que realidades como a automedicação não consciente possam ser minimizadas. Isso se traduz em aumento de número de serviços, descentralização do cuidado para outros pontos da rede de atenção à saúde e maior sensibilização de profissionais de saúde para que, de maneira multiprofissional e transdisciplinar, possam atuar com foco no bem-estar da(o) usuária(o). A criação de um PCDT baseado em evidências pelo Ministério da Saúde e a consequente inserção dos medicamentos para hormonização de pessoas trans na Renome são de fundamental importância também para ampliação do acesso.

Os serviços devem ser mais acolhedores e respeitar mais não apenas o nome, mas a identidade de gênero e a vida dessas pessoas. A estrutura dos serviços e os profissionais que os compõem precisam traduzir uma competência cultural no acolhimento integral de pessoas trans e também na resolutividade das questões em saúde dessas pessoas. Pessoas trans têm necessidades de saúde que vão além daquelas relacionadas ao Processo Transexualizador. Pessoas trans sentem dores de cabeça, de barriga, de dente. Pessoas trans possuem demandas psicossociais e de educação em saúde. Acolher universalmente, com resolutividade integral das questões de saúde, são princípios basilares do SUS. Para a efetivação dessa realidade na vida de pessoas trans, o princípio da equidade, igualmente garantido no SUS, deve nortear o planejamento e a execução de ações em saúde, atendendo às especificidades das pessoas trans, sujeitos de pleno direito.

8 CONCLUSÕES

...ou reflexões contínuas?

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.

Arthur Schopenhauer

Descrever a frequência e o padrão do uso de hormônios por mulheres transexuais e travestis é ir além, como o próprio prefixo “*trans*” traz consigo como significado. O presente estudo mostrou que esse uso não se resume apenas à ingestão ou aplicação de um medicamento.

Esta pesquisa contou com uma amostra de pessoas jovens, que iniciam sua transição também ainda bastante jovens, de maioria parda, que trabalham em maior parte como autônomas e com baixo poder aquisitivo. Essas pessoas, que em sua maioria relatam uso contínuo de hormônios, o fazem por meio da automedicação, tendo, muitas vezes, outras travestis e transexuais como orientadoras nesse processo; ou, como nas palavras comuns de muitas de nós, “somos as médicas umas das outras”. Nesse contexto, vê-se a importância da contribuição do profissional farmacêutico com seu arsenal de conhecimentos sobre fisiologia, farmacologia e saúde coletiva, para implantar, de forma acolhedora e eficiente, o serviço de atenção farmacêutica.

Apesar da singularidade e importância dessa cultura quase-farmacológica criada entre travestis e mulheres transexuais, há de se salientar que ela denota uma precariedade: o acesso. Acesso a serviços e equipamentos de saúde, acesso a informações básicas, acesso a reconhecimento e respeito. Ademais, hormonizar-se é uma das formas de feminização corpórea. Doses de feminilidade são ingeridas ou injetadas. Busca-se o prazer e a autossatisfação com a imagem.

É fundamental um campo de reflexão contínuo sobre o tema da saúde de pessoas trans que permita aos serviços e profissionais de saúde acolher integralmente essas pessoas. O cuidado deve contemplar a valorização da diversidade do coletivo trans, sem estar fixado apenas na exigência institucional de prescrição do que se considera melhor em termos de hormonização, mas sim ouvir a

usuária e suas reais demandas, desejos reprodutivos, possibilidade de sexo comercial e o tão esquecido prazer.

As identidades trans não são e nem precisam ser homogêneas, e esse fato deve ser abordado tanto na pesquisa bem como na prática clínica, especialmente no caso de profissionais de saúde que atendam pessoas trans, como na situação da hormonização assistida. Isso conduzirá provavelmente a uma melhor compreensão do todo, a uma abordagem mais ampla e a uma compreensão social melhorada para diminuição do estigma às pessoas trans. Que a metáfora de aviões para esses corpos tão cuidadosamente construídos também vá além. Que esses aviões decolem rumo a um acesso à saúde pleno e com direitos respeitados.

O presente trabalho levantou, de forma crítica, importantes pontos acerca das questões trans. Espera-se que possa compor, junto a muitos outros trabalhos, pesquisas e estudos, um alicerce para permitir voos cada vez mais altos, a fim de diminuir preconceitos e constituir-se, de alguma forma, em um instrumento para auxílio nas questões inerentes às identidades trans. Pois, é isto, este trabalho não foi sobre hormônios. Foi sobre pessoas, foi sobre vidas!

Dandara presente!

REFERÊNCIAS

1. Reis T (org.). Manual de Comunicação LGBTI+. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI/GayLatino; 2018. 104 p.
2. Louro GL. Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. 10. ed. Petrópolis: Vozes; 2008. 184 p.
3. Rodovalho AM. O cis pelo trans. Estudos feministas, Florianópolis, 2017 jan-abr [acessado em 2018 nov 18];25(1):365-373. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2017000100365&script=sci_arttext&tlng=pt.
4. Oudshoorn N. Beyond the natural body: an archeology of sex hormones. London: Routledge; 1994.
5. Jesus JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. 2. ed. Brasília: Autor; 2012 [acessado em 2018 nov 18]. 42 p. Disponível em <http://www.diversidadese sexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed., 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acessado em 2018 nov 18]. 32 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.
7. Kulick D. Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Fiozacruz; 2008. 280 p.
8. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. 240 p.
9. Petry RA. Mulheres transexuais e o Processo Transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. Rev Gaúcha Enferm

- [Internet] 2015 [acessado em 2018 nov 18];36(2):70-5. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/50158>.
10. Bento BA. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. 251 p.
11. Aran M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2009 [acessado em 2018 nov 18];14(4):1141-1149. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400020.
12. Branstorm R, Star AVD. All inclusive Public Health—what about LGBT populations? *The European Journal of Public Health* [Internet] 2013 maio [acessado em 2018 nov 18];1:353-354. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/236909029_All_inclusive_Public_Health_-_What_about_LGBT_populations.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 (revogada pela PRT GM/MS nº 2.803, de 19 de novembro de 2013). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas 50 unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União, Brasília, 2008 ago 19* [acessado em 2018 nov 18]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, 2013 nov 21* [acessado em 2018 nov 18]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.
15. Coleman E et al. Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. 7. versão. World Professional Association for Transgender Health (WPATH): [Internet]; 2012 [acessado em 2018 nov 18]. 131 p. Disponível em https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Portuguese.pdf.

16. Deutsch MB, Bhakri V, Kubicek K. Effects of Cross-Sex Hormone Treatment on Transgender Women and Men. *Obstetr Gynecol* [Internet] 2015 [acessado em 2018 nov 18];125(3):605-610 . Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25730222>.
17. Rocon PC et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? *Interface, Botucatu*, 2018 [acessado em 2018 nov 18];22(64):43-53. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160712.pdf>.
18. Le Breton D. *A sociologia do corpo*. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2010. 104 p.
19. Fensterseifer PE. Corporeidade e formação do profissional na área da saúde. *Rev Bras Cienc Esporte, Campinas*, 2006 maio [acessado em 2018 nov 18];27(3):93-102. Disponível em <http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/viewFile/76/82>.
20. Laqueur T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
21. Foucault M. *A História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
22. Tramontano L. A fixação e a transitoriedade do gênero molecular. *Horizontes Antropológicos* [Internet] 2017 abr [acessado em 2018 nov 18];23(47):163-189. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ha/v23n47/0104-7183-ha-23-47-0163.pdf>.
23. Silverthorn DU. *Fisiologia Humana: uma abordagem integrada*. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED; 2010. 989 p.
24. Swaab DF et al. Sex differences in the hypothalamus in the different stages of human life. *Neurobiol Aging* [Internet] 2003 [acessado em 2018 nov 18];1:1-19. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12829102>.
25. Colaco S, Modi D. Genetics of the human Y chromosome and its association with male infertility. *Reprod Biol Endocrinol* [Internet] 2018 fev 17 [acessado em 2018 nov 18];16(1):1181-1188. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816366/>.

26. Maan AA et al. The Y chromosome: a blueprint for men's health?. *Eur J Hum Genetics* [Internet] 2017 ago 30 [acessado em 2018 nov 18];25(11):1181-88. Disponível em <https://www.nature.com/articles/ejhg2017128>.
27. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ, Murad MH, Rosenthal SM, Safer JD, Tangpricha V, T'Sjoen GG. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet] 2017 [acessado em 2018 nov 18];102(11):3869-3903. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28945902>.
28. Arán M, Zaidhaft S, Murta D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade* [Internet] 2008 [acessado em 2018 nov 18];20(1):70-79. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000100008&script=sci_abstract&lng=pt.
29. Pelúcio L. "Toda quebrada na plástica": Corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. *Campos*, Curitiba, 2005 dez 31 [acessado em 2018 nov 18];6(1-2):97-112. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/4509>.
30. Benedetti M. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. 144 p.
31. Goodman L, Gilman A. *As bases farmacológicas da terapêutica*. 11. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006.
32. Tagliamento G. *A arte dos (des)encontros: mulheres trans e a saúde integral*. Rio de Janeiro: Multifoco; 2013.
33. Krüger A. A contribuição do profissional farmacêutico na hormonização de mulheres transexuais e travestis. *Revista Brasileira de Farmácia* [Internet] 2018;99(3) [No prelo].
34. Galindo D, Mélo RP, Vilela R. Modos de viver pulsáteis: Navegando nas comunidades trans sobre hormônios. *Rev. Polis e Psique* [Internet] 2013 [acessado em 2018 nov 18];3(2):19-42. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/viewFile/42290/28729>.

35. Bastos FI et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: Assessing Different Methods to Adjust Infection Rates of a Hard-to-Reach, Sparse Population. *Medicine* [Internet] 2018 maio [acessado em 2018 nov 18];97:16-24. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29794601>.
36. Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Soc Probl* [Internet] 1997 [acessado em 2018 nov 18];44:174–99. Disponível em <https://academic.oup.com/socpro/article/44/2/174/1635494>.
37. Tiffany JS. Respondent-Driven Sampling in Participatory Research Contexts: Participant-Driven Recruitment. *J Urban Health* [Internet] 2006 ago 24 [acessado em 2018 nov 18];83(1):113-124. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1705484/>.
38. Heckathorn DD, Broadhead RS, Sergeyev B. A methodology for reducing respondent duplication and impersonation in samples of hidden populations. *J Drug Issues* [Internet] 2001 [acessado em 2018 nov 18];31(2):543-64. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/238651475_A_Methodology_for_Reducing_Respondent_Duplication_and_Impersonation_in_Samples_of_Hidden_Populations.
39. Volz E, Heckathorn DD. Probability based estimation theory for respondent-driven sampling. *J. Off. Stat* [Internet] 2008 [acessado em 2018 nov 18];24:79-97. Disponível em <https://www.scb.se/contentassets/ca21efb41fee47d293bbee5bf7be7fb3/probability-based-estimation-theory-for-respondent-driven-sampling.pdf>.
40. R Development Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna: the R Foundation for Statistical Computing; 2011 [acessado em 2018 nov 18]. Disponível em <https://www.gbif.org/tool/81287/r-a-language-and-environment-for-statistical-computing>.
41. Handcock MS, Fellows IE, Gile KJ. RDS: Respondent-Driven Sampling, Version 0.8-1. [Internet] 2012 [citado em 2017 dez 10]. Disponível em <https://cran.r-project.org/web/packages/RDS/citation.html>.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 2012 dez 13 [acessado em 2018 nov 18]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial da União, Brasília, 2016 maio 24 [acessado em 2018 nov 18]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>.
44. Grinsztejn B et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. Lancet HIV [Internet] 2017 [acesso em: 18 nov 2018];4:e169-e176. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28188030>.
45. Pestana TP, Bonsucesso FT, Barros CRS, Martins RB, Saggese GSR, Barros DD et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado em 2018 nov 5];33(7):e00113316. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705002&lng=pt.%20Epub%2027-Jul-2017.
46. Martins TA et al. Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: A respondent-driven sampling survey. Aids Care [Internet] 2012 out 19 [acessado em 2018 nov 18];25(5):606-612. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540121.2012.726342>.
47. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD-C) 2016 [acessado em 2018 nov 18]. Disponível em https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=149.

48. Yi S, Ngin C, Tuot S, et al. HIV prevalence, risky behaviors, and discrimination experiences among transgender women in Cambodia: descriptive findings from a national integrated biological and behavioral survey. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet] 2017 maio 23 [acessado em 2018 nov 18];17(1):14. Disponível em <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-017-0122-6>.
49. Maschião LF, Rocha ABM, Prado I, Pinto TP, Veras MA. [Uso de hormônios sem prescrição e idade de início entre mulheres transexuais e travestis](#). In: Anais do 10. Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 2017 out 10-14; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: Abrasco/UFSC, 2017.
50. Foucault M. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
51. Santos DBC. A biopolítica educacional e o governo de corpos transexuais e travestis. *Cadernos de Pesquisa* [Internet] 2015 set [acessado em 2018 nov 18];45(157):630-651. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742015000300630&script=sci_abstract&tlng=pt.
52. Transgender Europe (TGEU). Projeto de investigação TvT. Observatório de Pessoas Trans Assassinadas (TMM). Atualização TDoR [Internet] 2016 [acessado em 2018 nov 18]. Disponível em https://transrespect.org/wp-content/uploads/2016/11/TvT_TMM_TDoR2016_Tables_PT.pdf.
53. Cunha FS, Domenice S, Sircili M, Mendonca BB, Costa E. Low estrogen doses normalize testosterone and estradiol levels to the female range in transgender women. *Clinics*, São Paulo, 2018 [acessado em 2018 nov 18];73:e86. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322018000100221.
54. Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) [Bula]. União Química Farmacêutica Nacional S.A. Acetato de ciproterona, comprimido 50 mg [acessado em 2018 nov 18]. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=7936172015&pIdAnexo=2837034.
55. Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade (ICTQ). Departamento de Pesquisas. Pesquisa Automedicação no Brasil, 2014 [acessado em 2018 nov

- 18]. Disponível em <https://www.ictq.com.br/pesquisa-do-ictq/353-indicacao-de-amigo-reforca-a-pratica-da-automedicacao>.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Componente populacional: resultados. Série PNAUM – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil. Caderno 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2016 [acessado em 2018 nov 18]. 56 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_populacional_resultados_pnaum_caderno3.pdf.
57. Foucault M. Nascimento da Biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, 1998 nov 10 [acessado em 2018 nov 18]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html.
59. Brasil. Câmara dos Deputados. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União, Brasília, 2014 ago 11 [citado em 2018 out 1]. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13021-8-agosto-2014-779151-normaatualizada-pl.pdf>.
60. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jaramillo NM, Rech N. Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando Caminhos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002. 24 p.
61. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016 [acessado em 2018 nov 18]. 200 p. Disponível em http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf.
62. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. [Internet] 2013 [citado em 2018 out 1]. Disponível em <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>.

63. Rocon PC, Zamboni J, Sodré F, Rodrigues A, Roseiro MCFB. (Trans)forma es corporais: reflexões sobre saúde e beleza. Saúde e Sociedade [Internet] 2017 [acessado em 2018 nov 18];26:521-532. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000200521&script=sci_abstract&tlng=pt.
64. Knezevich EL, Viereck LK, Drincic AT. Medical Management of Adult Transsexual Persons. Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy [Internet] 2012 jan [acessado em 2018 nov 18];32(1):54-66. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/PHAR.1006>.
65. Abade EAF, Dem rio F. A perspectiva de gênero e sexualidade nas políticas de saúde no Brasil. In: Cláudia Feio Lima; Anderson Reis; Fran Dem rio. (Org.). Sexualidades e saúde: perspectivas para um cuidado ampliado. 1ed. Rio de Janeiro: Bonecker Editora, 2017, v. 1, p. 7-400.
66. World Health Organization. ICD-11. [Internet] 2018 [acessado em 2018 noz 18]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

ANEXO A – CESSÃO DE BASE DE DADOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS
SRTVN Quadra 701, Lote D, Edifício PO700 – 5º Andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF - Brasil
Telefone: (61) 3315-7617 – 3315-7674

TERMO DE RESPONSABILIDADE DIANTE DA CESSÃO DAS BASES DE DADOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GERENCIADOS PELA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Pelo presente instrumento, na qualidade de responsável pela guarda e uso da(s) base(s) de dados solicitadas ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, assumimos as seguintes responsabilidades:

1. Utilizar essa(s) base(s) de dados única e exclusivamente para as finalidades descritas ao final deste documento;
2. Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nessa(s) base(s) de dados – ressaltando-se que esta pesquisa não possui base nominal;
3. Não disponibilizar, ceder ou permitir a pessoas ou instituições não autorizadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde o acesso a essa(s) base(s) de dados;
4. Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade dessa(s) base(s) de dados;
5. Não utilizar isoladamente as informações contidas nessa(s) base(s) de dados para tomar decisões sobre a identidade de pessoas falecidas/nascidas, para fins de suspensão de benefícios ou outros tipos de atos punitivos, sem a devida certificação dessa identidade por meio de outras fontes;
7. Em todo e qualquer material impresso, editado, filmado ou gravado em vídeo que venha a ser produzido em função da cessão de dados, fazer constar o nome e/ou a logomarca do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Ministério da Saúde. As logomarcas serão fornecidas após a análise e aprovação do material por parte do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.
8. As publicações resultantes do(s) banco(s) de dados disponibilizados deverão fazer referência ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções

Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, à Secretaria de Vigilância em Saúde e ao Ministério da Saúde, e deverão conter a seguinte frase:

8.1. Este estudo foi desenvolvido com dados cedidos pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Desta forma, **Alicia Krüger** que é funcionária deste Departamento e Mestranda pelo programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, compromete-se a ter postura ética frente aos dados e assume total responsabilidade pelas consequências legais decorrentes da utilização indevida dessa(s) base(s) de dados, por parte de servidores desta instituição ou por terceiros.

Base	Anos e abrangência (UF)
Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis. (PESQUISA DIVAS).	Dados coletados entre 2016 e 2017 nos 12 sítios da pesquisa, a saber: Belém/PA, Belo Horizonte/MG; Brasília/DF; Campo Grande/MS; Curitiba/PR; Fortaleza/CE; Manaus/AM; Porto Alegre/RS; Recife/PE; Rio de Janeiro/RJ; Salvador/BA e São Paulo/SP

Declara-se que essa base de dados será usada única e exclusivamente para as seguintes finalidades:

A Base de Dados requerida terá finalidade de subsidiar informações sobre o uso de hormônios, silicone industrial e outras modificações corporais entre travestis e mulheres transexuais e os fatores associados nos 12 municípios brasileiros que sediaram a pesquisa, para desenvolvimento da Dissertação de Mestrado de Alicia Krüger pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Far-se-á uma análise dos dados secundários obtidos na pesquisa com a finalidade de demonstrar – através de testes estatísticos em consonância com a literatura das ciências da saúde, sociais e humanas que abordam a temática da saúde de pessoas trans – a prevalência do uso de hormônios e silicone industrial entre travestis e mulheres transexuais pesquisadas, bem como sua relação com o perfil sociodemográfico e econômico das participantes e condições de acesso a serviços e equipamentos de saúde no Brasil.

O intuito é gerar um instrumento que visibilize a situação de saúde de travestis e mulheres transexuais em relação ao uso de hormônios e silicone industrial nas redes pesquisadas.

Brasília, 02 de junho de 2017.

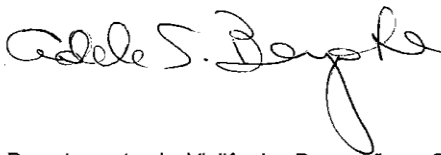
Responsáveis pelo uso e guarda da base de dados solicitada:

GUARDA DOS DADOS:

Responsável legal (nome): **Adele Schwartz Benzaken**

RG: 193552/SSP-AM

CPF: 041.478.802-82


Assinatura: 

Instituição: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Diretora)

Responsável legal (nome): **Gerson Fernando Mendes Pereira**

RG: 181298/SSP-PI

CPF: 156.350.153-87

Assinatura: 

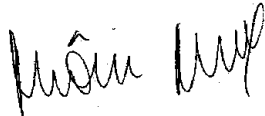
Instituição: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. (Coordenador-Geral de Ações Estratégicas em IST, AIDS e Hepatites Virais)

ANUÊNCIA DOS PESQUISADORES TITULARES:Responsável legal (nome): **Mônica Siqueira Malta**

RG: 08357122-4 / IFP-RJ

CPF: 014.326.937-27

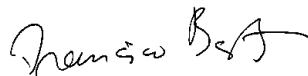
Assinatura:

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP-FIOCRUZ
(Pesquisadora Titular)Responsável legal (nome): **Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos**

RG: 037943198 / IFP-RJ

CPF: 707.803.907-68

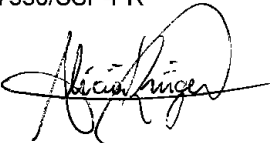
Assinatura:

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz –ENSP-FIOCRUZ
(Pesquisador Titular)**USO DOS DADOS:**Nome: **Alicia Krüger**

RG: 95057330/SSP-PR

CPF: 009.618.369-11

Assinatura:



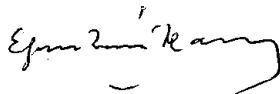
Instituição: Universidade de Brasília (Mestranda)

Nome: **Edgar Mércan-Hamann**

RG: 2579368/SSP-DF

CPF: 504.770.721-00

Assinatura:



Instituição: Universidade de Brasília (Orientador)

Nome: **Ximena Pamela Díaz Bermúdez**

RG: 2220053/SSP-DF

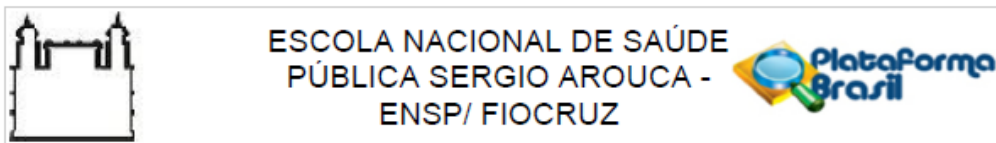
CPF: 578.704.971-34

Assinatura:

Pamela Díaz B

Instituição: Universidade de Brasília (Co-Orientadora)

ANEXO B – PARECER DO CEP/ENSP DE APROVAÇÃO DA PESQUISA DIVAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Pesquisa Divas
 Pesquisador: Monica Siqueira Malta
 Área Temática:
 Versão: 4
 CAAE: 49359415.9.0000.5240
 Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ
 Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.787.806

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de solicitação de emenda, com a seguinte justificativa: "Esta emenda (E2) se restringiu apenas a inclusão de duas pesquisadoras na equipe e do cadastramento das instituições Coparticipantes".

O projeto em tela recebeu parecer consubstanciado de aprovação de número 1.349.633, datado de 03 de Dezembro de 2015. Também recebeu parecer consubstanciado de número 1.285.259, em 19 de outubro de 2015. Além disso, também recebeu parecer consubstanciado relativo a uma emenda de número 1.676.373, em 12 de Agosto de 2016.

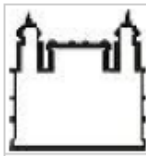
Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora os objetivos da pesquisa são:

"Objetivo Primário:

Descrever o perfil sócio-demográfico e comportamental, os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à infecção pelo HIV/AIDS e demais IST entre travestis de 12 municípios pré selecionados (Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.787.806

Paulo/SP) e estimar suas taxas de prevalência de HIV, Sífilis e Hepatite B e C.

Objetivo Secundário:

- (1) Descrever o perfil sócio-demográfico, conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (2) Descrever os comportamentos de risco frente ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (3) Caracterizar as diferenças sociodemográficas nas práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (4) Estimar a taxa de prevalência de HIV, Sífilis, Hepatite B e C e Identificar os fatores associados às infecções;
- (5) Estimar a prevalência de eventos de violência e transfobia em travestis e identificar os fatores associados."

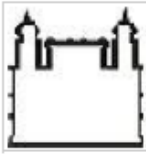
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descreve como riscos e benefícios:

"Riscos:

O principal risco para participantes do estudo são a perda da confidencialidade, ou danos sociais/psicológicos causados por abordar questões muito pessoais nas entrevistas ou por receber um resultado positivo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C. Todos estes riscos em potencial são extremamente importantes e precisam ser evitados. Os procedimentos a serem adotados para minimizar ao máximo os possíveis riscos aos sujeitos da pesquisa estão descritos logo abaixo. Os voluntários considerados elegíveis serão encaminhados a um membro da equipe local, de quem receberão explicações acerca do estudo. Estes participantes em potencial serão informados sobre os objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa, incluindo os exames laboratoriais precedidos e seguidos por aconselhamento; garantia de sigilo das informações coletadas; uso das informações apenas sob forma agregada e não singularizada; natureza voluntária da participação; e as possibilidades de recusa de resposta ou de realização de algum dos procedimentos, em qualquer fase da pesquisa. Após o esclarecimento de todos os aspectos envolvidos na pesquisa, será solicitado ao participante que assine o TCLE, assegurando-se o total sigilo das informações e garantindo-se que o uso dos dados será apresentado tão-somente de forma agregada, não permitindo a identificação de casos individuais. Todas as entrevistas serão realizadas em lugar

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



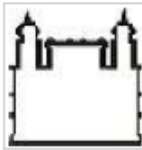
Continuação do Parecer: 1.787.808

privativo, com um participante por vez, por meio de formulários escaneáveis, sem identificação nominal. Os participantes serão identificados por código alfanumérico - a única variável de identificação a ser digitada em todas as bases de dados. Reações psicológicas adversas que possam ocorrer durante a entrevista serão inicialmente manejadas pelo profissional responsável pela coleta de dados de cada local, o qual estará devidamente preparado para fazer os encaminhamentos que forem necessários. A equipe de pesquisa tem trabalhado em estudos coletando informações pessoais por um período superior a 20 anos, e durante este período foram desenvolvidos diversos procedimentos para minimizar ao máximo a probabilidade de quebra de sigilo. Até onde é de nosso conhecimento, não houve nenhuma quebra de sigilo em pesquisas coordenadas por nossa equipe de pesquisa até o momento. Para evitar riscos de quebra de sigilo, os dados recebidos por servidor especificamente designado da rede FIOCRUZ (PROCC), serão enviados desagregados e sem qualquer identificador pessoal, para um computador pessoal, protegido por dupla senha, localizado em um escritório central com a devida capacidade computacional e de preservação do sigilo no escritório da pesquisadora responsável, Monica Malta. Os arquivos de dados serão identificados através de um código alfanumérico, sem identificação pessoal. Todos os dados serão mantidos em segurança em arquivos trancados e os dados de computadores serão protegidos com senhas. As informações coletadas serão utilizadas apenas para propósitos de pesquisa. Ao fazer referência a estas informações em apresentações, publicações ou relatórios diversos, não será utilizado nenhum dado pessoal dos participantes. Por fim, os questionários serão aplicados em local onde o entrevistado tenha privacidade, na qual a confidencialidade e o sigilo possam ser mantidos. Nenhuma das informações coletadas serão divulgadas ou comentadas com profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento dos pacientes e apenas a equipe de pesquisa terá acesso aos dados coletados. Os riscos em potencial da presente pesquisa serão minimizados ao manter a participação sigilosa e anônima, priorizando a privacidade nos locais de entrevistas, oferecendo informações claras sobre o tipo de perguntas que serão feitas e as questões que serão abordadas durante o processo de consentimento informado. Além disso, será enfatizada a liberdade do participante em não responder a qualquer pergunta que seja considerada desconfortável ou interromper a entrevista quando desejar.

Benefícios:

1. Benefícios diretos aos participantes da pesquisa: receber aconselhamento pré e pós-teste, conhecer os resultados dos testes de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, receber informações detalhadas acerca das infecções estudadas, receber materiais educativos e preservativos. No caso

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: oep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.787.806

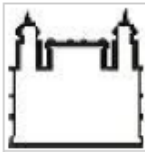
de identificação de participantes com resultados reativos, haverá outros benefícios relacionados com sua participação no estudo: estes participantes receberão aconselhamento pós-teste extremamente detalhado, visando minimizar o impacto de receber um resultado reativo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C. Todos estes participantes serão encaminhados para serviços de saúde devidamente credenciados para oferecer acompanhamento clínico, laboratorial e psicológico para estes pacientes. Pacientes que solicitem ou sejam identificados pela equipe de pesquisa como necessitando de acompanhamento específico, por exemplo acompanhamento psicológico, assistência social etc, serão devidamente encaminhados. Todos os participantes receberão uma listagem com os serviços de saúde e ONGs que atendem travestis no município.

2. Benefícios indiretos: A presente pesquisa conta com financiamento e apoio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Existe, portanto, uma grande probabilidade de que os resultados da pesquisa sejam utilizados para a elaboração de intervenções mais adequadas e que atendam às especificidades da população alvo desta pesquisa. Com isso, os benefícios da presente pesquisa para os participantes e para sua comunidade superam em grande escala os riscos reais, porém controláveis, da pesquisa. O estudo, por ter apoio direto do Ministério da Saúde e utilizar uma amostra de âmbito nacional, poderá produzir dados que terão uma imediata utilidade em programas e políticas municipais e nacionais voltadas para a população de travestis. Os resultados da pesquisa serão amplamente divulgados em meios acadêmicos e, principalmente, em ambiente extra-acadêmicos - para gestores de saúde, ONGs, mídia em geral, lideranças comunitárias, formuladores de políticas públicas etc. Tal estratégia objetiva dar maior visibilidade aos problemas enfrentados por esta população extremamente vulnerável e salientar as lacunas identificadas no âmbito de assistência em saúde e social. Trata-se da primeira pesquisa nacional a ser realizada com travestis brasileiras, aspecto que representa uma grande oportunidade de impulsionar uma agenda mais propositiva e adequada à esta população. Por fim, a pesquisa será realizada em parceria com ONGs e lideranças comunitárias locais. Tal aspecto objetiva assegurar a participação social nas diversas etapas da pesquisa e garantir a visibilidade da pesquisa e a adequada utilização (e apropriação) dos resultados pela população alvo da pesquisa: travestis brasileiras."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.787.808

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Instrumentos de coleta de dados;
- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável;
- Roteiro de entrevistas;
- Cronograma;
- Anuência do CEP da instituição coparticipante em Brasília.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitação de emenda aprovada.

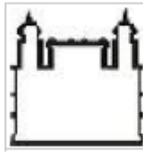
Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: *** CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO, COPATROCÍNIO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E ENTREGUE A VIA ORIGINAL NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA. ***

* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.787.808

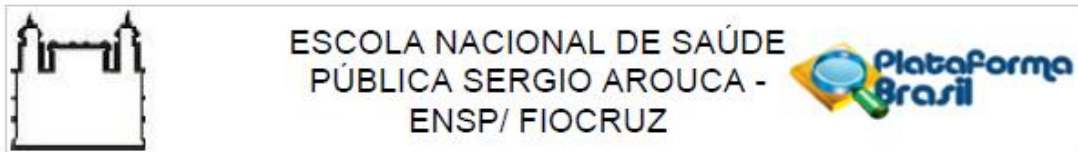
CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, perante o CEP, caso haja interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Anuencia_CEP_Brasilia.pdf	23/10/2016 19:58:53	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_793017_E2.pdf	03/10/2016 23:55:51		Aceito
Outros	Emenda_Pesquisa_Divas.pdf	01/07/2016 12:31:25	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_laboratorio_2.pdf	01/07/2016 12:30:04	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_laboratorio_1.pdf	01/07/2016 12:29:52	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Inquerito.pdf	01/07/2016 12:29:37	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	FolhaRosto_MonicaSiqueiraMalta.pdf	03/12/2015 14:04:34	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Outros	Roteiro_entrevistas_Formativa.pdf	23/11/2015 23:35:08	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	Resposta_pendencias.pdf	23/11/2015 23:31:12	Monica Siqueira Malta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proposta_revisada.pdf	23/11/2015 23:29:29	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_formativa.pdf	23/11/2015 23:22:53	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	Questionario_RDS_Travesti.pdf	14/09/2015 23:20:28	Monica Siqueira Malta	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/09/2015	Monica Siqueira	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.787.808

Cronograma	Cronograma.pdf	22:33:17	Malta	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoSigned.pdf	14/09/2015 22:32:08	Monica Siqueira Malta	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não


RIO DE JANEIRO, 23 de Outubro de 2016

Assinado por:


Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)


Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO C – PARECER DO CEP/FEPECS DE APROVAÇÃO DA PESQUISA DIVAS



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde





COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/FEPECS
(Instituição Coparticipante)

Título da Pesquisa: “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre travestis.”
Pesquisadora: MONICA SIQUEIRA MALTA
CAAE: 4935.9415.9.0000.5240
Instituição Proponente: Fundação Oswaldo Cruz - MS

Apresentação do Projeto:
“Estudo nacional, quantitativo de corte transversal, a ser desenvolvido em 12 municípios (Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São Paulo/SP) com travestis. Realizado através de financiamento do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde.”
“Segundo estimativas recentes do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, em 2014 haviam aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. A estimativa corresponde, entre a população de 15 a 49 anos, a uma prevalência de 0,6% - 0,7% em homens e 0,4% em mulheres. No entanto, prevalências muito mais altas têm sido identificadas em populações sob risco acrescido. Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) profissionais do sexo tem 12 vezes mais chances de adquirir o HIV, homens que fazem sexo com homens 19 vezes, usuários de drogas injetáveis 28 vezes e travestis tem até 49 vezes mais chances de adquirir o HIV, quando comparados com população adulta em geral.”

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário: Descrever o perfil sócio-demográfico e comportamental, os conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à infecção pelo HIV/AIDS e demais IST entre travestis de 12 municípios pré selecionados (Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São Paulo/SP) e estimar suas taxas de prevalência de HIV, Sífilis e Hepatite B e C.
Objetivo Secundário: (1) Descrever o perfil sócio-demográfico, conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C; (2) Descrever os comportamentos de risco frente ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C; (3) Caracterizar as diferenças sociodemográficas nas práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatite B e C; (4) Estimar a taxa de prevalência de HIV, Sífilis, Hepatite B e C e Identificar os fatores associados às infecções; (5) Estimar a prevalência de eventos de violência e transfobia em travestis e identificar os fatores associados.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Riscos e benefícios:

“**Riscos:** O principal risco para participantes do estudo são a perda da confidencialidade, ou danos sociais/psicológicos causados por abordar questões muito pessoais nas entrevistas ou por receber um resultado positivo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C. Todos estes riscos em potencial são extremamente importantes e precisam ser evitados. Os procedimentos a serem adotados para minimizar ao máximo os possíveis riscos aos sujeitos da pesquisa estão descritos logo abaixo. Os voluntários considerados elegíveis serão encaminhados a um membro da equipe local, de quem receberão explicações acerca do estudo. Estes participantes em potencial serão informados sobre os objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa, incluindo os exames laboratoriais precedidos e seguidos por aconselhamento; garantia de sigilo das informações coletadas; uso das informações apenas sob forma agregada e não singularizada; natureza voluntária da participação; e as possibilidades de recusa de resposta ou de realização de algum dos procedimentos, em qualquer fase da pesquisa. Após o esclarecimento de todos os aspectos envolvidos na pesquisa, será solicitado ao participante que assine o TCLE, assegurando-se o total sigilo das informações e garantindo-se que o uso dos dados será apresentado tão-somente de forma agregada, não permitindo a identificação de casos individuais. Todas as entrevistas serão realizadas em lugar privativo, com um participante por vez, por meio de formulários escaneáveis, sem identificação nominal. Os participantes serão identificados por código alfanumérico - a única variável de identificação a ser digitada em todas as bases de dados. Reações psicológicas adversas que possam ocorrer durante a entrevista serão inicialmente manejadas pelo profissional responsável pela coleta de dados de cada local, o qual estará devidamente preparado para fazer os encaminhamentos que forem necessários. A equipe de pesquisa tem trabalhado em estudos coletando informações pessoais por um período superior a 20 anos, e durante este período foram desenvolvidos diversos procedimentos para minimizar ao máximo a probabilidade de quebra de sigilo. Até onde é de nosso conhecimento, não houve nenhuma quebra de sigilo em pesquisas coordenadas por nossa equipe de pesquisa até o momento. Para evitar riscos de quebra de sigilo, os dados recebidos por servidor especificamente designado da rede FIOCRUZ (PROCC), serão enviados desagregados e sem qualquer identificador pessoal, para um computador pessoal, protegido por dupla senha, localizado em um escritório central com a devida capacidade computacional e de preservação do sigilo no escritório da pesquisadora responsável, Monica Malta. Os arquivos de dados serão identificados através de um código alfanumérico, sem identificação pessoal. Todos os dados serão mantidos em segurança em arquivos trancados e os dados de computadores serão protegidos com senhas. As informações coletadas serão utilizadas apenas para propósitos de pesquisa. Ao fazer referência a estas informações em apresentações, publicações ou relatórios diversos, não será utilizado nenhum dado pessoal dos participantes. Por fim, os questionários serão aplicados em local onde o entrevistado tenha privacidade, na qual a confidencialidade e o sigilo possam ser mantidos. Nenhuma das informações coletadas serão divulgadas ou comentadas com profissionais de



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



saúde responsáveis pelo atendimento dos pacientes e apenas a equipe de pesquisa terá acesso aos dados coletados. Os riscos em potencial da presente pesquisa serão minimizados ao manter a participação sigilosa e anônima, priorizando a privacidade nos locais de entrevistas, oferecendo informações claras sobre o tipo de perguntas que serão feitas e as questões que serão abordadas durante o processo de consentimento informado. Além disso, será enfatizada a liberdade do participante em não responder a qualquer pergunta que seja considerada desconfortável ou interromper a entrevista quando desejar.

Benefícios:

1. Benefícios diretos aos participantes da pesquisa: receber aconselhamento pré e pós-teste, conhecer os resultados dos testes de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, receber informações detalhadas acerca das infecções estudadas, receber materiais educativos e preservativos. No caso de identificação de participantes com resultados reativos, haverá outros benefícios relacionados com sua participação no estudo: estes participantes receberão aconselhamento pós-teste extremamente detalhado, visando minimizar o impacto de receber um resultado reativo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C. Todos estes participantes serão encaminhados para serviços de saúde devidamente credenciados para oferecer acompanhamento clínico, laboratorial e psicológico para estes pacientes. Pacientes que solicitem ou sejam identificados pela equipe de pesquisa como necessitando de acompanhamento específico, por exemplo acompanhamento psicológico, assistência social etc, serão devidamente encaminhados. Todos os participantes receberão uma listagem com os serviços de saúde e ONGs que atendem travestis no município.

2. Benefícios indiretos: A presente pesquisa conta com financiamento e apoio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Existe, portanto, uma grande probabilidade de que os resultados da pesquisa sejam utilizados para a elaboração de intervenções mais adequadas e que atendam às especificidades da população alvo desta pesquisa. Com isso, os benefícios da presente pesquisa para os participantes e para sua comunidade superam em grande escala os riscos reais, porém controláveis, da pesquisa. O estudo, por ter apoio direto do Ministério da Saúde e utilizar uma amostra de âmbito nacional, poderá produzir dados que terão uma imediata utilidade em programas e políticas municipais e nacionais voltadas para a população de travestis. Os resultados da pesquisa serão amplamente divulgados em meios acadêmicos e, principalmente, em ambiente extra-acadêmicos - para gestores de saúde, ONGs, mídia em geral, lideranças comunitárias, formuladores de políticas públicas etc. Tal estratégia objetiva dar maior visibilidade aos problemas enfrentados por esta população extremamente vulnerável e salientar as lacunas identificadas no âmbito de assistência em saúde e social. Trata-se da primeira pesquisa nacional a ser realizada com travestis brasileiras, aspecto que representa uma grande oportunidade de impulsionar uma agenda mais propositiva e adequada à esta população. Por fim, a pesquisa será realizada em parceria com ONGs e lideranças comunitárias locais. Tal aspecto objetiva assegurar a participação social nas diversas etapas da pesquisa e garantir a visibilidade da pesquisa e a adequada utilização (e apropriação) dos resultados pela população alvo da pesquisa: travestis brasileiras."



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Total da amostra prevista: 4.700 travestis, 350 participantes em cada município, a exceção do RJ e SP, que recrutarão 600 participantes.

No Distrito Federal, no âmbito da SES-DF, o local de pesquisa é o Centro de Saúde Hospital Dia CSB 1, da Região de Saúde Centro-Sul. Amostra estimada: 350. Etapas da pesquisa: (1) Pesquisa formativa, que engloba entrevistas em profundidade com profissionais de saúde, representantes de ONG, gestores e lideranças locais vinculados ao público alvo da pesquisa; (2) Treinamento das equipes locais; (3) Recrutamento de participantes e aplicação de questionário abordando aspectos sócio-demográficos, conhecimento sobre HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), comportamento sexual, uso de álcool e drogas, experiências de discriminação e violência, acesso a serviços de saúde, integração, suporte e participação social e visibilidade travesti; (4) oferta de testagem para HIV, Sífilis, Hepatite B e C, seguido de encaminhamento para tratamento e acompanhamento das participantes com exame positivo; (5) apresentação dos resultados preliminares e finais da pesquisa a população alvo da pesquisa, representantes de ONGs, gestores, formuladores de políticas e profissionais de saúde; (6) publicação dos resultados em meios científicos (congressos e revistas)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados ao estudo proposto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer: APROVADO.

Brasília, 10 de abril de 2017.

Helio Bergo
(Coordenador)



ANEXO D – BLOCOS A E H DO QUESTIONÁRIO – PROJETO DIVAS



ID Questionário:

QUESTIONÁRIO - PROJETO DIVAS

Data da entrevista:	ID Entrevistador:
□□ / □□ / □□□□	□□□□ _____
Horário de Início: □□ : □□	Assinatura

Vou começar o questionário da pesquisa, sinta-se à vontade para me interromper sempre que quiser.

INFORMAÇÕES SOBRE REDE DE CONTATOS SOCIAIS

Q1. Gostaria que você respondesse pensando nas travestis/mulheres trans que você conhece.

ATENÇÃO ENTREVISTADOR: Verifique se os números fazem sentido. Por exemplo, o número de Q1.A deve ser maior ou igual ao número de Q1.B e Q1.C.

A. Quantas travestis/mulheres trans você conhece, pelo nome/apelido e que também conhecem você pelo seu nome/apelido, que moram, trabalham ou estudam no município de?	□□□□
B. E dessas que você citou, quantas você encontrou ou falou pessoalmente, por telefone ou facebook/whatsapp nos últimos 30 dias?	□□□□
C. E dessas □□□□ (número acima) travestis/mulheres trans, quantas você convidaria para participar desta pesquisa?	

Q2. Cite o nome de 3 a 6 travestis/mulheres trans da sua rede de contatos que você encontrou pessoalmente nos últimos 30 dias.	Quantas dias você encontrou essa pessoa nos últimos 30 dias?	Em qual local isso aconteceu? (MOSTRE O CARTÃO A)	Qual (nome do estabelecimento/local)?
A. □□□□□□	□□□ dias	□□□	A. □□□□□□□□
B. □□□□□□	□□□ dias	□□□	B. □□□□□□□□
C. □□□□□□	□□□ dias	□□□	C. □□□□□□□□
D. □□□□□□	□□□ dias	□□□	D. □□□□□□□□
E. □□□□□□	□□□ dias	□□□	E. □□□□□□□□
F. □□□□□□	□□□ dias	□□□	F. □□□□□□□□

ID Questionário:

13/04/2018

BLOCO A: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICASQA1. Qual a sua idade? (E) (ANOS) (88 para não sabe e 99 para não quis responder)QA2. Qual o dia/mês/ano do seu nascimento? (E) / / (DD/MM/AAAA)
(88 para não sabe e 99 para não quis responder)

QA3. Você prefere que lhe tratem no feminino, masculino ou neutro? (E)

- Feminino
 Masculino
 Neutro
 Não sabe
 Não quis responder

QA4. Qual a sua identidade de gênero atual? (E)

- Mulher
 Mulher Trans
 Travesti
 Transexual
 Transgênero
 Andrógino/Não binário
 Agênero/Neutro
 Genderqueer (não binário, fluido)

- Outro
 Não sabe
 Não quis responder

QA5. Com que idade você passou a se identificar assim? (E)

anos Não sabe Não quis responder

QA6. E com que idade você iniciou a sua transição? (E)

anos Não sabe Não quis responder

QA7. Como você se classifica em relação à sua raça/cor? (L)

- Branca Indígena
 Preta Não sabe
 Amarela Não quis responder
 Parda


ATENÇÃO: Leia as alternativas e explique que são as categorias que o IBGE usa no Censo. Caso necessário, se a pessoa questionar, insista nas categorias do IBGE e na importância de utilizá-las.


QA8. Qual é a sua situação conjugal? (L)

- Sozinha/solteira/sem parceiro(a)
 Namorando/ficando
 Casada ou morando junto
 Separada ou divorciada
 Viúva
 Não sabe
 Não quis responder

10580



ID Questionário: 


13 Outubro 2018


 QA9. Você tem filhos? (E)

- Sim
 Não - pular para QA10
 Não sabe
 Não quis responder

 QA9.1. Quantos filhos biológicos você tem? (número) (E)

 QA9.2. Quantos filhos adotivos você tem? (número) (E)

QA10. Você sabe ler e escrever? (E)

- Sim
 Não
 Não sabe
 Não quis responder

QA11. Você frequenta ou já frequentou escola? (L)

- Frequenta
 Já frequentou
 Nunca Frequentou - pular para QA13
 Não Sabe - pular para QA13
 Não quis responder - pular para QA13


QA12. (SE frequenta escola): Qual o curso que frequenta? (E)

(SE já frequentou escola): Qual o curso mais elevado que frequentou? (E)

- Creche, pré-escolar, classe de alfabetização - CA
 Alfabetização de jovens e adultos
 Antigo primário (elementar)
 Antigo ginásio (médio 1º ciclo)
 Regular do ensino fundamental ou 1º grau
 Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental
 Antigo científico, clássico etc (médio 2º ciclo)
 Regular do ensino médio ou do 2º grau
 Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino médio
 Superior - graduação
 Especialização de nível superior
 Mestrado
 Doutorado
 Não sabe
 Não quis responder

10569



ID Questionário: 

13-Outubro-2016

QA13. Qual a sua principal ocupação/trabalho atualmente? (E)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Servidora pública | <input type="checkbox"/> Dona de casa |
| <input type="checkbox"/> Empregada com carteira de trabalho | <input type="checkbox"/> Aposentada/em benefício |
| <input type="checkbox"/> Empregada sem carteira de trabalho | <input type="checkbox"/> Empregadora |
| <input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria/autônoma | <input type="checkbox"/> Não trabalha atualmente |
| <input type="checkbox"/> Trabalhos esporádicos/bicos | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Estudante | <input type="checkbox"/> Não quis responder |

QA14. Nos últimos 30 dias, quais foram as suas fontes de renda? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Renda de Assistência/Benefício (assistência social, previdência, seguro desemprego, seguro-doença, bolsa família)
- Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos / presentes)
- Trabalho regular com carteira assinada
- Trabalho regular sem carteira assinada
- Trabalho por conta própria/autônoma
- Trabalho esporádico/bicos
- Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas
- Profissional do sexo
- Atividade ilícita (Outra, que não tráfico de drogas, como: cafetinagem, furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria...)
- Pedir esmolas

 Outras Não sabe Não quis responder

QA15. Nos últimos 30 dias, quanto de dinheiro você recebeu no total das suas fontes de renda? (E)

R \$ (em reais) Não sabe Não quis responder

QA16. Nos últimos 30 dias, em que lugar você viveu ou passou/dormiu a maioria das noites? (E)

- Casa ou apartamento próprio ou da família
- Casa ou apartamento alugado
- Casa ou apartamento de amigos
- Casa ou apartamento invadido (ocupação)
- Quarto alugado em casa, hotel ou pensão
- Quarto cedido no local do trabalho
- Casarão coletivo/República LGBT
- Abrigo/Albergue
- Hospital/Caps AD3/Comunidade Terapêutica
- Delegacia/presídio/casa de passagem
- Na rua
- Outro
- Não sabe
- Não quis responder

10569



ID Questionário:

13-Outubro-2016

QA17. Com quem você mora atualmente? (E) *Marque quantas opções forem aplicáveis*

Mora sozinha, não divide moradia. *pular para QA19*

Amigos/amigas

Mãe e/ou pai

Outros parentes que não pai ou mãe

Companheiro(a)

Outras travestis/transexuais

Outro

Não sabe

Não quis responder

QA18. Quantas pessoas moram com você na sua casa/apartamento/quarto/abrigo/hotel/republica/na rua? (E)

1 a 2

3 a 5

6 a 10

11 e mais

Não sabe

Não quis responder

QA19. Você já se mudou de cidade alguma vez na vida? (L) *Marque quantas opções forem aplicáveis*

Não - *pular para QA24*

Sim, dentro do Brasil. Quantas vezes? _____ número

Sim, para fora do Brasil. Quantas vezes? _____ número

Não sabe - *pular para QA24*

Não quis responder - *pular para QA24*

QA20. Qual foi o principal motivo de você ter mudado da cidade onde nasceu, pela primeira vez? (E)

Mudou com a família

Foi vítima de agressões (psicológica, sexual ou física)

Rejeição da família e/ou da comunidade

Para fazer minha transição de gênero

Procurar trabalho

Para estudar

Para acompanhar meu/minha parceiro(a)

Outro

Não sabe

Não quis responder

10569

ID Questionário:

13-Outubro-2018

QA21. Há quanto tempo você mora na sua cidade atual? (E)

- < 1 ano
- Entre 1 e 5 anos - pular para QA23
- Entre 5 e 10 anos - pular para QA23
- Entre 10 e 20 anos - pular para QA23
- 20 anos ou mais - pular para QA23
- Não sabe
- Não quis responder

QA22. Nos últimos 12 meses, em quantas cidades você morou? (E)

_____ número

QA23. Qual o motivo de você estar morando na sua cidade atual? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Minha família mora aqui
- Meus amigos moram aqui
- Trabalho
- Estudo
- Para recomeçar a vida
- Acompanhar meu/minha parceiro(a)
- Para conseguir as transformações corporais que desejo
- Para ter uma qualidade de vida melhor
- Porque aqui sou mais aceita como travesti/mulher trans
- Para me prostituir/mudar de praça para continuar a me prostituir
- É minha cidade Natal
- Outro _____
- Não sabe
- Não quis responder

QA24. Você tentou mudar seu nome em documentos oficiais?

- Sim
- Não - pular para QA26
- Não sabe - pular para QA26
- Não quis responder - pular para QA26

QA25. Você conseguiu mudar seu nome em documentos oficiais?

- Sim
- Está em processo
- Não
- Não sabe
- Não quis responder

QA26. No seu estado já está disponível algum documento com Nome Social?

- Sim
- Não - pular para QA28
- Não sabe - pular para QA28
- Não quis responder - pular para QA28

10589

ID Questionário:

13-Outubro-2018

QA27. Você tem algum documento com Nome Social?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não quis responder

QA28. Qual a sua religião ou Culto? (E)

- Não tenho religião - pular para o Bloco B
- Católica
- Espírita
- Afro-brasileira (Umbanda ou Candomblé)
- Judaica
- Evangélica/Protestante
- Orientais/Budismo
- Outra. Qual?
- Não sabe
- Não quis responder

QA29. Com que frequência vai a cultos ou atividades religiosas? (E)

- Uma vez por semana ou mais
- Uma a três vezes por mês
- Algumas vezes por ano
- Menos do que uma vez por ano
- Nunca - pular para o Bloco B
- Não sabe - pular para o Bloco B
- Não quis responder - pular para o Bloco B

QA30. Você se sente acolhida (respeitada, bem vinda) nas atividades promovidas pela sua religião (cultos, reuniões...)?

- Sim
- Não
- Não sabe
- Não quis responder

BLOCO H: MODIFICAÇÕES CORPORAIS*Agora falaremos sobre alterações corporais que você já fez*

QH1. Você já fez uso de algum recurso/procedimento para modificar seu corpo (como hormônio, silicone, megahair, depilação)? (E)

- Sim
- Não - pular para o BLOCO I
- Não sabe - pular para o BLOCO I
- Não quis responder - pular para o BLOCO I

ID Questionário:

13-Outubro

QH2. Que idade você tinha quando fez a sua primeira modificação corporal?

____ anos (88 para não sabe e 99 para não quis responder)

QH3. Quais os procedimentos que você já fez? (L) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Silicone industrial
- Prótese de silicone (glúteo, mama/peito)
- Cirurgias de redesignação sexual
- Outra cirurgia plástica (que não prótese de silicone ou de redesignação sexual)
- Cirurgia de corda vocal
- Exercícios de adaptação vocal (modulação da voz)
- Maquiagem definitiva
- Megahair
- Laser para retirada de barba/pêlos
- Raspagem do pomo de adão
- Botox ou preenchimento com Metacril

Outro. Qual? _____

Não sabe

Não quis responder

QH4. Você toma ou já tomou hormônios? (L)

- Sim, tomei e continuo tomando
- Sim, mas não tomo mais
- Nunca tomei - pular para QH16
- Não sabe - pular para QH16
- Não quis responder - pular para QH16

QH5. Qual motivo te levou a tomar hormônios? (L) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Para criar/aumentar seios
- Para aumentar/arredondar quadril
- Para suavizar a pele e diminuir pelos
- Para suavizar a voz
- Para ficar feminina

Outros. Quais? _____

Não sabe

Não quis responder

QH6. Você sabe qual o tipo de hormônio que toma/tomou? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Estrogênio (Exemplos: Natifa, Premarin, Estreva, Benzoginoestril)
- Progesterona (Exemplos: Utrogestan, Progestogel)
- Estrogênio + Progesterona (Exemplos: Diane 35, Yaz, Yasmin, Elani, Yumi, Elo, Anacyclin, Climene, Cliane, Diclin, Cicliprimogyna, Mesigyna, Perlutan, Gestadinona)
- Antiandrogênico (Exemplos: Androcur (acetato de Ciproterona), Acetato de Ciproterona, Espironolactona, Finasterida, Flutamida)
- Isoflavona (Exemplos: Buona, Isoflan)

Outro. Qual? _____

Não sabe

Não quis responder

10569



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13-Outubro-2018

QH7. Qual a via de administração destes hormônios? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Injetável
- Oral - pular para QH9
- Gel transdérmico - pular para QH9
- Adesivo - pular para QH9
- Quadril - pular para QH9
- Outro. Qual?
- Não sabe - pular para QH9
- Não quis responder - pular para QH9

QH8. Quem aplica o Hormônio injetável em você? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Você mesma
- Amiga ou amigo
- Familiar
- Atendente de Farmácia
- Profissional da Saúde
- Outros. Qual?
- Não sabe
- Não quis responder

QH9. Que idade você tinha quando usou hormônios pela primeira vez?

anos (88 para não sabe e 99 para não quis responder)

QH10. Onde/com quem você comprou/conseguiu o hormônio? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Comprou em farmácias sem receita
- Comprou em farmácias com receita
- Com amigos/colegas de trabalho
- Com bombadeiras
- Com outras trans
- No SUS
- Pela internet
- Outro. Qual?
- Não sabe
- Não quis responder

10569



ID Questionário:

13-Outubro-2014

QH11. Você recebe/recebeu orientações sobre cuidados no uso de hormônios? (E)

- Sim
- Não - pular para QH13
- Não sabe - pular para QH13
- Não quis responder - pular para QH13

QH12. De quem você recebeu as orientações? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Profissional de saúde em geral
- Endocrinologista
- Outras travestis/transsexuais
- Bombadeira

 Outro: Não sabe Não quis responder

QH13. O quão satisfeita você está com os resultados alcançados com o uso de hormônio no seu corpo?(L)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Satisfeita | <input type="checkbox"/> Insatisfeita |
| <input type="checkbox"/> Muito satisfeita | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Nem satisfeita, nem insatisfeita | <input type="checkbox"/> Não quis responder |
| <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita | |


QH14. Você já sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de hormônios? (E)

- Sim
- Não - pular para QH16
- Não sabe - pular para QH16
- Não quis responder - pular para QH16

QH15. O que você fez em relação a este efeito indesejado? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Procurou um profissional de saúde
- Deixou de usar
- Tomou remédio por conta própria
- Procurou ajuda de amigo(as), conhecidos(as)
- Procurou ajuda da bombadeira

 Outro: Não sabe Não quis responder

ID Questionário: 

13-Outubro-2018

QH16. Você já fez uso de silicone industrial? (E)

- Sim
- Não - pular para QH23
- Não sabe - pular para QH23
- Não quis responder - pular para QH23

QH17. Em quais partes do corpo você aplicou o silicone industrial? (L)

Marque quantas opções forem aplicáveis

- Mamas/Peito
- Glúteos/Bunda
- Coxas
- Quadril
- Panturrilhas
- Face/Rosto
- Braços
- Outros:

QH18. Quem aplicou o silicone industrial em você? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Bombadeira que não é profissional de saúde
- Bombadeira que é profissional de saúde
- Outra pessoa que não a bombadeira
- Eu mesma
- Outro:
- Não sabe
- Não quis responder

QH19. Você já sentiu algum efeito indesejado causado pelo uso de silicone industrial? (E)

- Sim
- Não - pular para QH22
- Não sabe - pular para QH22
- Não quis responder - pular para QH22

QH20. Quais efeitos indesejados você teve? (L) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Reação alérgica
- Infecção
- Trombose
- Necrose
- Dor
- Feridas
- Silicone espalhou para outros locais do corpo
- Outro:

10589



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--

13-Outubro-2016

QH21. O que você fez em relação a este efeito indesejado? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Procurou um profissional de saúde
- Deixou de usar
- Tomou remédio por conta própria
- Procurou ajuda de amigo(as), conhecidos(as)
- Procurou ajuda da bombadeira
- Não fez nada
- Outro: _____
- Não sabe
- Não quis responder

QH22. Das vezes que você usou silicone industrial, com que frequência você compartilhou/reutilizou a seringa com outras pessoas? (E) MOSTRE O CARTÃO C

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Às vezes | <input type="checkbox"/> Não quis responder |
| <input type="checkbox"/> Raramente | |

QH23. Você tem prótese de silicone? (L)

- Sim, mama
- Sim, glúteo
- Sim, outra: _____
- Não - pular para o Bloco I
- Não sabe - pular para o Bloco I
- Não quis responder - pular para o Bloco I

QH24. Que idade você tinha quando colocou prótese pela primeira vez?

_____ anos Preencha a idade com números. Caso o participante refira não lembrar, tente ajudá-lo.

QH25. Onde você realizou o procedimento? (E)

- Hospital/Clinica pública
- Hospital/Clinica particular
- Sim, outra: _____
- Não sabe
- Não quis responder

10569



ANEXO E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)– PESQUISA DIVAS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

INTRODUÇÃO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis”, coordenada pela pesquisadora Monica Malta, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

Eu vou ler para você esse documento, que tem informações sobre a pesquisa que estamos fazendo, para depois você decidir se gostaria de participar do estudo ou não. Você pode me interromper para fazer perguntas a qualquer momento, e se não entender alguma coisa que eu disser pode pedir para que eu pare e explique melhor a parte que você não tiver entendido. Quando eu terminar de ler estas informações, e se você ainda desejar participar, eu vou pedir que você que assine esse documento e vou lhe dar uma cópia assinada por mim.

1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO ESTUDO

Eu faço parte de um grupo de pesquisadores que está trabalhando em um projeto de pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, do Ministério da Saúde. O objetivo deste estudo é conhecer melhor os comportamentos e experiências das travestis de vários municípios do Brasil. Você foi convidada para participar desta pesquisa porque foi identificada por uma conhecida como fazendo parte deste grupo. A sua decisão de participar desse estudo não vai influenciar de maneira nenhuma a qualidade do serviço de saúde que você está recebendo neste ou em qualquer outro lugar.

2. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Primeiramente, faremos uma entrevista que deverá levar mais ou menos uma hora. Caso você decida participar, iremos lhe fazer algumas perguntas sobre suas condições de vida, necessidades de saúde e experiências em serviços de saúde, seus comportamentos sexuais, o que você sabe sobre o HIV (o vírus que causa a AIDS), suas experiências de preconceito e discriminação e para conhecer melhor os grupos e pessoas que lhe ajudam no seu dia a dia. Quando você terminar o questionário, iremos lhe oferecer a possibilidade de fazer testes para ver se você tem HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C.

Para fazer o teste de HIV, nós vamos usar um teste rápido e lhe daremos o resultado logo depois do teste. Para fazer o teste de HIV, um pequeno furo será feito na ponta do dedo para coletar algumas gotas de sangue. Para fazer os testes de Sífilis, Hepatite B e Hepatite C nós iremos coletar com uma seringa esterilizada 30 ml (equivalente a 4 colheres de sopa) de sangue para fazer estes exames. Os resultados ficarão prontos XXX dias/semanas depois e você poderá vir aqui pegar quando puder.

.....
Página 1 de 5

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Se você tiver um resultado positivo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C, nós iremos lhe encaminhar para um serviço que poderá lhe oferecer aconselhamento e, se for necessário, tratamento para essas infecções gratuitamente.

As informações da sua entrevista serão digitadas (escritas) em um computador e somente um código será usado para identificação, não usaremos seu nome nem outras informações pessoais.

Após ter recebido o resultado de seus exames, você receberá um lanche e um vale refeição como ressarcimento por seu tempo gasto.

3. DESCONFORTOS E RISCOS POSSÍVEIS

Para colher seu sangue, você poderá sentir um pequeno desconforto no lugar da picada da agulha, e depois desse exame você poderá ficar com uma pequena marca roxa neste local. Para diminuir estes problemas, serão utilizados equipamentos modernos para coletar seu sangue e as pessoas responsáveis por colher seu sangue são experientes e bem treinadas.

Outro risco possível é a perda da confidencialidade, quer dizer, o risco de que as informações que você nos der sejam divulgadas para outras pessoas. Você pode também se sentir ansiosa ou angustiada por estar respondendo a perguntas muito pessoais ou sensíveis nas entrevistas. E o último risco possível em participar dessa pesquisa é você se sentir estressada ou triste se receber um resultado positivo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C.

Todos estes riscos são importantes e precisam ser evitados. Há mais de 20 anos a nossa equipe de pesquisa realiza este tipo de estudo, e não sabemos de nenhuma situação na qual houve uma quebra de sigilo com participantes. Com relação aos possíveis sentimentos de estresse ou tristeza, nossa equipe é bastante experiente e treinada para lhe oferecer aconselhamento no momento da entrevista. E se você quiser, nós podemos também lhe encaminhar para um serviço público que possa lhe oferecer apoio psicológico mais aprofundado depois da pesquisa.

Algumas das questões que irei lhe perguntar são bastante pessoais, especialmente as perguntas sobre seu comportamento sexual e experiências de discriminação. Caso alguma pergunta seja embaraçosa, você não precisa respondê-la. Em qualquer momento você pode terminar sua participação nesta entrevista, sem precisar nos dar qualquer explicação. Se você precisar de maiores informações sobre o HIV, Sífilis ou Hepatites, ou sobre qualquer outro assunto que você tenha visto durante a entrevista, nós poderemos lhe encaminhar para os profissionais de saúde ou organizações que possam lhe ajudar.

Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será anotado em nenhum local do questionário.



4. BENEFÍCIOS ESPERADOS

O benefício direto que você pode ter em participar desta pesquisa é ter acesso ao teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e C e, se for necessário, ser encaminhada para serviços públicos especializados para receber aconselhamento e tratamento.

Outro benefício principal desta pesquisa é a possibilidade de utilizar as informações que você e outras participantes nos derem para conhecer melhor a realidade e as necessidades das travestis brasileiras. Estas informações poderão ajudar na elaboração de melhores programas de saúde e apoio às travestis do Brasil.

5. GARANTIA DE SIGILO

A sua participação nesta entrevista é totalmente confidencial e voluntária. Para assegurar o sigilo das informações que você nos der, as seguintes medidas serão tomadas: nenhum nome próprio, endereço ou informações pessoais serão coletados; ninguém além do grupo de pesquisadores terá acesso ao que você disser aqui e seu nome não será escrito ou publicado em nenhum local. Nenhuma informação que você vier a nos dar, durante sua participação na pesquisa, serão divulgadas para qualquer outra pessoa que não faça parte do nosso grupo de pesquisa.

As participantes terão códigos de identificação, que serão usados nos formulários, ao invés de seu nome. Todos os arquivos serão guardados em segurança e os arquivos de computador serão protegidos por senhas. Os formulários escritos serão mantidos guardados no escritório da pesquisadora responsável, Monica Malta, por um período de 5 anos, depois do fim do estudo, conforme exigido pelas Normas Éticas de Pesquisa brasileiras. Se os resultados do estudo forem publicados, seu nome nunca aparecerá.

6. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO

Você poderá nos fazer qualquer pergunta ou tirar qualquer dúvida que você tenha sobre essa pesquisa a qualquer momento, quer dizer, você pode nos perguntar qualquer coisa da pesquisa antes de ter começado a participar da entrevista ou enquanto você estiver participando da entrevista. Se você tiver interesse em conhecer os resultados deste estudo quando este terminar, os pesquisadores poderão lhe dar uma cópia do relatório final. Os resultados da pesquisa serão apresentados em todos os municípios participantes, nos serviços de saúde e outras organizações que atendem e trabalham com travestis. Você também pode acompanhar as novidades e resultados da pesquisa através das redes sociais e de nosso site, iremos lhe dar um panfleto com todos esses contatos.

Caso você tenha qualquer pergunta, preocupação ou reclamação sobre essa pesquisa, você pode entrar em contato com Mônica Malta, pesquisadora responsável pela pesquisa, no telefone (0XX) 21-2598-2715, ou através do email malta@ensp.fiocruz.br.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os

Página 3 de 5

Rubrica pesquisador: _____
Rubrica participante: _____



interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Contatos do CEP/ENSP”

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

7. SUA PARTICIPAÇÃO E SAÍDA DO ESTUDO

Lembre-se que você pode se recusar a responder qualquer pergunta, ou parar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem problema algum. Se você decidir não participar da pesquisa, ou quiser parar a qualquer momento, você não irá sofrer nenhum prejuízo, nem o atendimento que você recebe atualmente neste serviço de saúde, ou em qualquer outro serviço será prejudicado. A sua participação é totalmente voluntária e não existe problema algum se você não quiser participar. Se você decidir participar da pesquisa, deverá rubricar as duas vias desse Termo, assinando na última folha. Uma dessas vias é sua e a outra é nossa. Você gostaria de perguntar alguma coisa a mais? Você gostaria de participar?

Declaro que compreendi o estudo e aceito participar do estudo.

Abaixo indico a minha vontade com relação ao tipo de teste a ser feito:

Sim, eu quero fazer todos os testes (HIV, sífilis e Hepatite B e C).

Assinatura: _____

Sim, quero fazer apenas os seguintes testes HIV; Sífilis; Hepatite B; Hepatite C

Assinatura: _____

Não, eu não quero fazer nenhum teste.

Assinatura: _____

Local: _____ Data ____/____/____

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Eu declaro que o participante teve o tempo necessário para ler e compreender o estudo e que todas suas dúvidas foram sanadas. É minha opinião que o participante compreendeu os objetivos, riscos, benefícios e procedimentos que irão ser seguidos neste estudo e que concordou em participar de forma voluntária.

_____ / /

(Assinatura de pessoa que obteve o TCLE)

Data

Nome: _____

.....
Página 5 de 5

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____