



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

PAULA DANIELLA DE ABREU

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES TRANSEXUAIS JOVENS SOBRE O
HIV/AIDS**

RECIFE

2018

PAULA DANIELLA DE ABREU

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES TRANSEXUAIS JOVENS SOBRE O
HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Saúde da Família nos Cenários do Cuidado de Enfermagem

Projeto Mestre: Educação em saúde no enfrentamento das vulnerabilidades que permeiam as relações de gênero, população LGBT e étnico-racial.

Orientador: Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo

Coorientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

RECIFE

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A162r Abreu, Paula Daniella de.

Representações sociais de mulheres transexuais jovens sobre o HIV/AIDS / Paula Daniella de Abreu. – 2018.

80 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Ednaldo Cavalcante de Araújo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2018.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Teoria social. 2. Síndrome da imunodeficiência adquirida. 3. HIV. 4. Pessoas transgêneros. 5. Enfermagem. I. Araújo, Ednaldo Cavalcante de (Orientador). II. Título.

615.3 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2018-197)



PAULA DANIELLA DE ABREU

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES TRANSEXUAIS JOVENS SOBRE O
HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 28/02/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Fátima Maria da Silva Abrão (Examinador Externo)
Universidade de Pernambuco

*Dedico este trabalho às **mulheres transexuais** que lutam
diariamente por visibilidade para a manutenção da vida.*

AGRADECIMENTOS

A realização de um sonho é uma conquista para todos os envolvidos, significa confiar nas escolhas de Deus, que esteve presente em todos os momentos da minha vida e na fé em Nossa Senhora da Conceição que, a partir dos sinais de sua intercessão, fez-me confiar na sua proteção e na força de seu manto sobre mim. Para percorrer o rumo que se pretende seguir, é preciso manobrar as velas de uma embarcação em função do vento. O trajeto não depende apenas do velame em si, mas do mastro, da quilha e do leme:

A Deus e Nossa Senhora da Conceição, por tudo que sou e pela fé que me guia.

Aos meus pais, Fátima Lúcia Moreira de Abreu e José Ricardo de Abreu, pelo amor incondicional, pelos ensinamentos e pelo exemplo de perseverança.

Aos meus irmãos Helson Ricardo de Abreu, Hérika Rafaella de Abreu e José Carlos do Nascimento Silva, por todo cuidado, carinho, apoio e união.

Aos meus familiares e amigos, por todos os sentimentos que me fazem compreender o valor da vida.

À Sophie (in memoriam), por todo amor e companhia que sempre se fará presente em mim.

À minha amiga Mariana, por todo apoio desde a graduação.

Ao meu orientador Prof. Ednaldo Cavalcante de Araújo, por ser um presente de Deus e direcionar o rumo dos meus sonhos. Por sua competência, sabedoria e dedicação à pesquisa, a Enfermagem, a diversidade, sobretudo, a vida, de forma humanizada, que me motiva a ser sua eterna pupila.

À minha coorientadora Prof.^a Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, pelo acolhimento, sabedoria e confiança desde o primeiro encontro. Por ser um exemplo de força e determinação e proporcionar abrigo a todos que a procura.

À banca examinadora, que se dispôs a contribuir com excelência e dedicação para a qualidade desta pesquisa.

Às pessoas transexuais, que colaboraram com a realização desta pesquisa. Por confiar a mim suas dores e cicatrizes que marcaram suas histórias de vida.

À turma de Mestrado em Enfermagem M7 – PGENf/UFPE, pelos momentos de construção e apoio; especialmente a Denize Oliveira, Mayara Inácio e Zailde Carvalho, pelo companheirismo e amizade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, pela excelência e qualidade das atividades desenvolvidas e oportunidade em compartilhar conhecimentos essenciais para minha formação.

À Direção e Funcionários do Departamento de Enfermagem da UFPE Glivson, Leonardo, Camila e Beatriz, pela atenção, respeito e apoio.

À equipe multiprofissional do Hospital Correia Picano, em especial, a enfermeira Adriana Paula da Silva, pelo acolhimento, contribuição e confiança para o desenvolvimento desta pesquisa.

Il est vrai que ce sont les individus qui les pensent et les produisent, mais au cours d'échanges, d'actes de coopération, non pas de manière isolée. C'est-à-dire qu'il s'agit de réalités partagées.

(Palmonari et Doise, 1986)

RESUMO

No tocante a trajetória de vida das mulheres transexuais jovens, a emergência das Representações Sociais sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) surge como um importante fenômeno social a ser analisado, visto que elucidou as mulheres transexuais, que vivem com o HIV/aids, significações e condutas ameaçadoras à saúde física e psíquica. Os impactos históricos, sociais, culturais e da política de Estado mínimo dos países mais acometidos pela epidemia do HIV/aids, refletem as desigualdades que envolvem tanto a coesão das classes sociais (sexismo e racismo), quanto o capital social desigual, sendo a vulnerabilidade individual, social e programática fatores limitantes para o alcance da vida saudável. Mediante a emergência de visibilidade, é imprescindível reconhecer os indícios do surgimento e operacionalização das representações sobre o HIV/aids à luz da Teoria das Representações Sociais, a fim de analisar o processo saúde/doença, para a promoção do cuidado integral à saúde das mulheres transexuais jovens. O presente estudo foi conduzido a partir do questionamento: *quais as representações sociais de mulheres transexuais (con)vivendo com HIV/aids?* Assim, objetivou analisar as representações sociais de mulheres transexuais con(vivendo) com HIV/aids. Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo, descritivo e exploratório ancorado à Teoria das Representações Sociais. O universo representacional estudado foi composto por 6 mulheres transexuais soropositivas. O cenário do estudo foi um hospital de referência para pessoas com HIV/aids, localizado no município de Recife, Pernambuco, Brasil. Para a produção dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas com o auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, versão 0.7. Esse estudo seguiu os trâmites éticos e legais para a realização. Os resultados apresentaram o universo representacional das mulheres transexuais que vivem com HIV/aids a partir das classes: pensamento social e o processo saúde/doença; subjetividade e enfrentamento identitário e determinação social e o contexto de vulnerabilidade. A identificação das representações sociais das mulheres transexuais sobre o HIV/aids elucidou significações de culpabilização, além das ideias de predestinação e naturalização da doença ao grupo. O conhecimento do senso comum aliado ao científico possibilitou confrontar tendências, mudanças sociais e trajetórias ideológicas nas relações entre as mulheres transexuais jovens e a sociedade mediante o enfrentamento da epidemia.

Palavras-chave: Teoria Social. HIV. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Pessoas transgêneros. Enfermagem.

ABSTRACT

Regarding the life trajectory of young transsexual women, the emergence of the Social Representations on the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) emerges as an important social phenomenon to be analyzed, since it elucidated the transsexual women, who live with HIV/AIDS, meanings and behaviors threatening physical and mental health. The historical, social, cultural and political impacts of the minimal state of the countries most affected by the HIV / AIDS epidemic reflect the inequalities that involve both social class cohesion (sexism and racism) and unequal social capital, with vulnerability individual, social and programmatic factors limiting the attainment of healthy living. Through the emergence of visibility, it is imperative to recognize the signs of the emergence and operationalization of representations on HIV/AIDS in light of the Theory of Social Representations, in order to analyze the health / disease process, to promote integral health care for women young transsexuals. The present study was based on the question: what are the social representations of transsexual women living with HIV/AIDS? Thus, the objective was to analyze the social representations of transsexual women with (living) with HIV / AIDS. For that, a qualitative, descriptive and exploratory study was anchored to the Theory of Social Representations. The representational universe studied was composed of 6 seropositive transsexual women. The study scenario was a reference hospital for people with HIV / AIDS, located in the city of Recife, Pernambuco, Brazil. For the production of the data, semi-structured interviews were carried out, analyzed with the help of the Interface Software of Multidimensionnal Analyzes of Textes et de Questionnaires, version 0.7. This study followed the ethical and legal procedures for the realization. The results presented the representational universe of transsexual women living with HIV / AIDS from the social classes and the health / disease process; subjectivity and confrontation of identity and social determination and the context of vulnerability. The identification of social representations of transsexual women on HIV / AIDS elucidated meanings of blame, as well as the ideas of predestination and naturalization of the disease to the group. The knowledge of common sense allied to the scientist made it possible to confront trends, social changes and ideological trajectories in the relations between young transsexual women and society by coping with the epidemic.

Keywords: Social Theory. HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Transgender people. Nursing.

RESUMEN

En ce qui concerne la trajectoire de vie des jeunes femmes transsexuelles, l'émergence des représentations sociales sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a émergé comme un phénomène social important à analyser, en tant que femmes élucidées transsexuelles, qui vivent avec le VIH/SIDA, les significations et les comportements menaçant la santé physique et mentale. Les impacts historiques, sociaux, politique culturelle et de l'État minimal des pays touchés par le VIH/SIDA reflètent les inégalités impliquant à la fois la cohésion des classes sociales (Sexisme et racisme), le capital social inégal et la vulnérabilité facteurs individuels, sociaux et programmatiques limitant l'atteinte d'un mode de vie sain. Une fois l'émergence de la visibilité, il est essentiel de reconnaître les signes de l'émergence et le fonctionnement des représentations sur le VIH/SIDA à la théorie des représentations sociales afin d'analyser la santé / processus de la maladie, afin de promouvoir des soins complets à la santé des femmes jeunes transsexuels. Cette étude a été réalisée à partir de la question suivante: quelles représentations sociales des femmes transgenres (con) vivant avec le VIH/SIDA? Ainsi, l'objectif était analyser les représentations sociales des femmes transsexuelles vivant avec le VIH/SIDA. Par conséquent, nous avons effectué une étude descriptive qualitative ancrée à la théorie représentation sociale. L'univers représentatif étudié était composé de 6 femmes transsexuelles séropositives. Le cadre de l'étude était un hôpital de référence pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, dans la municipalité de Recife, Pernambuco, Brésil. Pour la production de données, des entretiens semi-directifs ont été réalisées et analysées à l'aide du logiciel d'interface R les Multidimensionnelles verser analyses des questionnaires, Textes et version 0.7. Cette étude a suivi les procédures éthiques et légales pour la réalisation. Les résultats ont montré le monde des femmes représentationnel transgenres vivant avec le VIH/SIDA des classes: la pensée sociale et de la santé / maladie processus; la subjectivité et la confrontation de l'identité et de la détermination sociale et le contexte de la vulnérabilité. L'identification des représentations sociales des femmes transgenres sur le VIH/SIDA élucidé significations de culpabilité, au-delà des idées de la prédestination et la naturalisation de la maladie au groupe. Connaissance du bon sens combiné avec les tendances de Affrontez permis scientifiques, les changements sociaux et les trajectoires idéologiques dans les relations entre les femmes et la société des jeunes transgenre en luttant contre l'épidémie.

Mots-clés: Théorie sociale. VIH. Syndrome d'immunodéficience acquise. Personnes transgenres. Soins infirmiers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1-	Caracterização das participantes do estudo. Recife (PE), 2018, Brasil.....	36
Figura 1-	Dendograma das classes obtidas a partir do corpus textual. Recife (PE), 2018, Brasil.....	37
Figura 2-	Dendograma das classes de Representações Sociais de mulheres transexuais sobre a prevenção do HIV/AIDS. Recife (PE), 2018, Brasil.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CID	Classificação Internacional de Doenças
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DeCS	Descritor em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
IST/AIDS	Infecção Sexualmente Transmissível/Acquired Immune Deficiency Syndrome
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
RS	Representações Sociais
ST	Segmento de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	Surgimento e operacionalização da Teoria das Representações Sociais	19
2.1.1	Ancoragem.....	22
2.1.2	Objetivação.....	22
2.2	Desafios da Saúde Pública para o enfrentamento do HIV/Aids.....	23
2.3	Competência cultural da equipe multiprofissional mediante o cuidado integral as mulheres transexuais com HIV/Aids.....	26
3	CAMINHO METODOLÓGICO.....	30
3.1	Tipo de Estudo.....	30
3.2	Cenário do Estudo.....	31
3.3	Participantes do estudo e critério amostral.....	31
3.4	Procedimentos para produção de dados	32
3.5	Análise dos dados.....	33
3.6	Aspectos éticos e legais do estudo.....	34
4	RESULTADOS.....	36
5	DISCUSSÃO.....	48
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS.....	64
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	72
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	74
	APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	75
	APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO.....	76
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	77
	ANEXO B — PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	78
	ANEXO C – CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE.....	79

1 INTRODUÇÃO

Considera-se o “sentir-se mulher” e a autoidentificação como possível forma de compreender o que na realidade se configura em “eu sou mulher”. Dessa forma, pode-se definir a mulher transexual como *“aquelas que, para si e para a sociedade, se fizeram mulher, apesar de terem sido criadas, por conta do genital com que nasceram, para ser homem”* (RODOVALHO, 2017). Estima-se que cerca de 0,4% a 1,3% das pessoas com mais de 15 anos não se identificam com o gênero atribuído desde o nascimento, o que significa que há, em média, 25 milhões de pessoas transexuais no mundo. A partir desse índice, pode-se afirmar que há, no Brasil, entre 752 mil e 2,4 milhões de pessoas transexuais vivendo no país (THE LANCET, 2016).

O anseio pela resignação do corpo é expresso desde as antigas civilizações, antes do surgimento do termo “transexualidade” (BRASIL, 2015). Os primeiros estudos acerca da categoria "transexualismo" surgiram em meados de 1950. Neste período, o endocrinologista Harry Benjamin passa a teorizar o chamado "fenômeno transexual" no livro intitulado: O Fenômeno Transexual, que estabelece critérios para o diagnóstico e a realização da cirurgia transgenitalizadora, sendo a rejeição que as pessoas teriam, em relação a sua genitália, o principal critério para o diagnóstico e a cirurgia considerada como a única alternativa de tratamento das "enfermidades" (BENTO, 2008).

Em 1980, surgiram os relatos mais consistentes a partir das notícias que correlacionavam às mulheres transexuais com a prostituição em Paris. Apesar do “transexualismo” ainda ser considerado uma patologia mediante a Classificação Internacional de Doenças (CID), o coletivo social das mulheres transexuais reivindica a desconstrução patológica da identidade de gênero e visibilidade das expressões, vivências, desejos e sentimentos do universo feminino que as definem (BRASIL, 2015).

A construção social do vírus da imunodeficiência humana (HIV), e adoecimento pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids^{*1}) na população transexual feminina esteve personificada ao grupo a partir da ideia de “risco e promiscuidade”, com referência aos denominados “grupos de risco” ao HIV/aids que incluíam as pessoas homossexuais e

*Conforme recomendado pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, o termo << aids >> enquanto termo adotado para referir a síndrome, foi utilizado em letras minúsculas. Enquanto termo para referir a títulos/instituições, foram grafados em letra maiúscula para a letra inicial “a” e minúscula para as demais letras (Aids), mas caso o termo esteja entre siglas grafadas em letras maiúsculas, a palavra “AIDS” seguiu também em letras maiúsculas.

profissionais do sexo. De fato, a epidemia proporcionou a busca da população transexual por cuidados à saúde, contudo, esta identidade de gênero apresenta inúmeras demandas sociais e de saúde que coexistem à vulnerabilidade ao HIV/aids e devem ser consideradas sobretudo pelo setor saúde (BRASIL, 2015).

O ideário social da aids, no decorrer dos últimos 37 anos da epidemia, delineou a construção da representação a partir das influências e da reformulação do conhecimento científico aliado ao conhecimento do senso comum. As fragilidades que compuseram a expressão da identidade de gênero transexual passaram a incorporar estigmas identitários e sobreposição de preconceitos socialmente construídos. Analisar as representações sobre HIV/aids, mediante as interfaces das experiências de vida das mulheres transexuais jovens, delinea a trajetória de luta por garantia dos direitos humanos, visto que a aids é um importante marcador social capaz de embasar vulnerabilidades (PARKER, 2016).

A aids representa o cataclismo coletivo de uma epidemia eminentemente ameaçadora para os aspectos biopsicossociais, mediante sua magnitude e complexidade, pode ser considerada um “fenômeno social” e tendo por base estereótipos sobre “*sexo, sangue e morte*” (FURTADO, 2016). O comportamento deste fenômeno permite considerar as relações sociais, o direito à saúde e à vida. Todavia, a ênfase na busca por soluções essencialmente a partir de medicamentos para o enfrentamento da epidemia impede a visibilidade das demandas por cuidados específicos à saúde e o alcance da qualidade de vida, visto que se encontram sob uma série de retrocessos políticos e sociais. Este fenômeno transpõe o conceito patológico e constitui em forte impacto à vida das transexuais que apresentam diagnóstico positivo (PARKER, 2016).

A aids, revelada em 1980 nos Estados Unidos da América (EUA) e em 1982 no Brasil, estava vinculada à incompreensível e temida expressão de uma enfermidade letal que logo foi conferida, pela coletividade e epidemiologia, associação direta à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT) devido ao elevado quantitativo de casos, com a ideia de “quem você é” opera sobre “o que você faz” (PORTINARI, 2017).

Em 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), a referida “síndrome gay” estava associada à magreza da cólera, virulência da peste, disseminação do câncer e transmissibilidade da sífilis. Ao longo da história, percebe-se que a categorização associada às enfermidades conhecidas possibilitou associações simbólicas à memória social e à construção do senso comum (OLIVEIRA, 2013).

Com vistas a explicar e combater o advento do HIV/aids, pode-se retratar os desdobramentos da prevenção a partir de três fases: a primeira consistiu no enquadramento

adotado pela sociedade e epidemiologia dos considerados “grupo de risco”, com direcionamento ao público LGBT; a segunda fase considerou essencialmente ações factuais aos “comportamentos de risco”; já a terceira fase instituiu o conceito de vulnerabilidade à compreensão de que todas as pessoas estão susceptíveis ao HIV (OLIVEIRA, 2013).

O conceito de vulnerabilidade surgiu para o entendimento do processo saúde/doença, a partir das dimensões individuais, coletivas e programáticas. O primeiro aspecto refere-se a conhecimentos, informações e atitudes mediante aos problemas que podem interferir nas condutas protetivas; o segundo trata-se dos aspectos religiosos, econômicos e sociais no processo saúde-doença; e o último está relacionado à capacidade resolutiva dos serviços de saúde para minimizar problemas. Deve estar vinculado às políticas e articulado aos setores/atores sociais justiça, educação, cultura e bem-estar social (AYRES, 2016).

Mediante o contexto de vulnerabilidade social, as mulheres transexuais apresentam probabilidade 49 vezes maior ao HIV (OMS, 2015). Para a efetividade do cuidado integral em saúde, as pessoas vulneráveis devem ser empoderadas acerca da prevenção do HIV/aids. O empenho dos países à garantia do acesso universal aos serviços de saúde sexual para informação e educação compõem os desafios do desenvolvimento sustentável do terceiro milênio, proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU), que objetiva a promoção da cultura de paz para a construção de sociedades justas, pacíficas e livres do medo (ONU, 2015).

Mundialmente, os programas internacionais de saúde, em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm referido o empoderamento como principal estratégia para o enfrentamento do HIV/aids. Este processo possibilita o compartilhamento de conhecimentos, interesses e necessidades que propiciam a tomada de decisões a partir da apropriação de medidas eficazes junto aos setores e atores sociais, mediante a abordagem social, cultural, política e econômica que refletem na vulnerabilidade das mulheres transexuais jovens ao HIV/aids (UNDP, 2016).

Entre os países da América Latina, o Brasil apresenta destaque, visto que, até 2015, foram estimadas 830.000 pessoas vivendo com o HIV (UNAIDS, 2016). Neste país, a pandemia expressou aumento em jovens dos 15 aos 24 anos de idade e, de 2006 para 2015, a taxa triplicou entre os jovens dos 15 aos 19 anos de idade e dobrou entre os que possuam faixa etária dos 20 aos 24 anos de idade (de 15,9 para 33,1 casos/100 mil hab.) com forte inclinação às populações em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2016).

Os esforços para o cuidado na Saúde Pública têm sido direcionados a urgente necessidade de combate ao HIV/aids, que tem apresentado como enfoque as mulheres,

incluindo-se as lésbicas e transexuais femininas. Em paralelo, a sociedade civil tem mobilizado debates para a luta de direitos à saúde e humanização a partir da construção de espaços para apoio aos segmentos societários mais atingidos pelas questões de vulnerabilidade, a exemplo da construção de serviços especializados para acolhimento e demandas de integralidade às travestis e transexuais (BRASIL, 2015).

Mediante o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST, prioriza-se a construção de pesquisas, políticas e direcionamentos referendados pelo movimento social das mulheres transexuais com ampla divulgação de conhecimento, que inclui medidas de prevenção ao HIV/aids, além de acesso à informação que corrobore para a tomada de decisões, autocuidado e enfrentamento das vulnerabilidades (TRINDADE, 2016; BROILO, 2015; BRASIL, 2015).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, o direcionamento do cuidado holístico à diversidade sexual deve ser considerado um relevante eixo para a construção de estratégias transversais de enfrentamento ao HIV/aids como fator de vulnerabilidade a partir do direcionamento do cuidado equânime às especificidades das pessoas LGBT (BRASIL; 2013; BRASIL, 2015).

No que se refere aos determinantes sociais de saúde, condições de vida e trabalho, as transexuais estão entre as pessoas mais marginalizadas do mundo, as quais vivenciam direitos sociais negados, discriminação, dificuldade de acesso à saúde, educação e emprego (UNAIDS, 2016). A falta de apoio emocional, auxílio material, serviços e informações tornam estas pessoas mais vulneráveis em contrair ou transmitir o HIV. Esta população apresenta taxas elevadas do vírus e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) em comparação ao restante da população (DOURADO, 2016).

Apesar dos avanços científicos, o HIV/aids ainda é uma grande ameaça ao indivíduo, família, comunidade e países, que irá demandar do fluxo de intervenções da rede social, com vistas a autonomia dos sujeitos, sendo as relações sociais importante recurso de análise às dicotomias sociais (SANICOLA, 2015).

A condição de conviver com uma doença crônica, associada ao estigma social e ao preconceito, constitui em principal obstáculo para a qualidade de vida (JESUS, 2017). As condições psicossociais das mulheres transexuais, relativas à saúde mental, concernentes ao risco de suicídio, uso de drogas, histórico de abuso sexual, violência, falta de moradia e depressão, coexistentes ao HIV, caracterizam uma sindemia. (GUADAMUZ, 2014; REISNER, 2015).

O desenvolvimento social baseia-se na reconstrução simbólica da humanidade ao longo da história, o indivíduo é participante e articulador da cultura, pensamento e ambiente. Diante disso, as Representações Sociais conectam o sujeito e o social para a construção de significado. Essa interação desperta ideias, saberes e confronta princípios que irão consentir o desenvolvimento individual e coletivo (TATEO, 2012).

A Teoria das Representações Sociais possibilita a compreensão dos fenômenos, trata-se do compartilhamento do conhecimento, que se torna familiar ao satisfazer o raciocínio argumentativo e preservar o senso comum. Tal evento ocorre a partir da linguagem e dispersão de informações que orientam e adequam expressões, condutas cabíveis a determinado grupo, nos diversos contextos sociais e culturais; ademais, são flexíveis, resulta das relações sociais e refletem em adaptações contextuais ao longo da história (MOSCOVICI, 2015).

O presente estudo justifica-se pela busca em analisar o universo representacional das mulheres transexuais jovens que vivem com HIV/aids. Oportunizar a visibilidade motivou a investigação das subjetividades que traduzem os modos de vida e permeiam as representações sociais sobre o HIV/aids. No âmbito da Enfermagem, é relevante a forma como tal representação se expressa no contexto assistencial e os limites para o alcance do cuidado integral e equânime às mulheres transexuais junto à equipe de saúde.

No que tange às práticas multiprofissionais em saúde, é imprescindível compreender as representações das mulheres transexuais mediante as dificuldades, aptidões, influências, limitações e sentimentos construídos sob o crivo de intensas emoções diante do diagnóstico que se operacionalizou com diferentes conotações ao longo do tempo. A construção do saber empírico mediante as representações sociais das mulheres transexuais associado às evidências científicas irão suscitar na mudança de concepções e empoderamento dos profissionais da saúde, público alvo e sociedade, com vistas a competência cultural e a socialização para o provimento do cuidado humanizado e efetivo.

A partir do pressuposto histórico-social, pode-se afirmar que as experiências das mulheres transexuais sobre a prevenção do HIV/aids é um fenômeno inédito, visto que os processos sociais, históricos e culturais são dinâmicos e se origina com outros contornos ao longo da história. Portanto, busca-se neste estudo resposta à seguinte questão norteadora: *quais as representações sociais de mulheres transexuais con(vivendo) com HIV/aids?* Assim, objetivou analisar as representações sociais sobre o HIV/aids de mulheres transexuais con(vivendo) com HIV/aids.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo é descrito o Estado da Arte, apresentado a partir do estado de conhecimento devido aos múltiplos enfoques do objeto de estudo e fenômeno a ser investigado. O estado do conhecimento não se restringe a identificar essencialmente a produção científica, mas analisá-la e descreve-la mediante a origem, definições e operacionalização do fenômeno a ser investigado à luz da teoria elegida.

2.1 Surgimento e operacionalização da Teoria das Representações Sociais

No início do século XX, a psicologia experimental norte-americana e o behaviorismo assumiram paradigmas predominantes, de rápida difusão mundial. Ambas estudavam o *comportamento* e omitiam a singularidade do indivíduo e o contexto sociocultural. Neste período, a psicologia absorveu influências do modelo biomédico, admitindo-se a ideia de “anormalidade” do sujeito e institucionalizações manicomiais. Em paralelo, a psicanálise freudiana remeteu à sexualidade natureza social, a partir do Complexo de Édipo (REY, 2016).

A década de 1930 foi marcada pela Segunda Guerra Mundial e soberania nazista na Alemanha. Em busca de segurança, muitos intelectuais, psicólogos e cientistas europeus migraram para os Estados Unidos, com destaque a teóricos da Gestalt, os quais provocaram grande repercussão ao surgimento da Psicologia Social moderna a partir do confronto ao behaviorismo vigente (GUARESCHI, 2017).

No Brasil, o retorno dos profissionais que se especializaram na Europa trouxe novas ideologias sobre saúde mental, ecossistema e fenômenos psicossociais. Além disso, propiciou a vinda de Jodelet ao país, que ofereceu cursos de metodologia das Representações Sociais da Saúde Mental e Somática. A Psicologia passou por conflitos de paradigmas, enquanto a Pedagogia demonstrou aceitação imediata e, por intermédio de programas de Pós-graduação, a teoria passou a ter maior evidência (SÁ, 2000).

Com a valorização das interações humanas, a Psicologia Social assumiu caráter societário e constitui, até a atualidade, principal disciplina para estudo das Representações Sociais (RS). Essa explica a origem e transformação do conhecimento, coeso aos interesses da humanidade, para a apropriação da realidade, expressas pela comunicação e dinâmicas interpessoais (MOSCOVICI, 2013).

A intercessão entre a Psicologia e Sociologia é o ponto de partida da epistemologia. Esse segmento dialógico constrói o conhecimento necessário para compreender a

representação. Assim, a interdisciplinaridade compreende o homem como ser tanto psicológico quanto social e promove clareza no entendimento aos fenômenos da representação (SILVA, 2015).

Em 1961, Moscovici lança a obra *A psicanálise, sua imagem e seu público*. O autor descreve a RS à luz da psicanálise francesa, sob as ideias de Durkheim, Lévy e Piaget, além de revelar as implicações da linguagem na cultura e a compressão dos fenômenos sociais que constituem as relações em grupo, o conhecimento do senso comum e a veiculação de informações entre as massas, a partir das seguintes indagações: *Como é que o homem constrói a realidade? Como é que o conhecimento científico é consumido, transformado e utilizado pelo homem comum?* (MOSCOVICI, 2012).

Os estudos de Moscovici consistem no progresso à Teoria das Representações Coletivas (TRC) de Durkheim, que abrange diversos aspectos científicos, religiosos e emocionais para explicar ideias comunitárias. Em detrimento disso, Moscovici questiona a abrangência, a heterogeneidade e o caráter estático desses fatores para serem plausíveis a conceituações. Além disso, reconhece a RS como forma dinâmica de compreensão e comunicação, a partir da imagem e significação para constante reconstrução do senso comum (MOSCOVICI, 2013; SANTOS, 2005).

Durkheim admite que fatores sociais sobrepõem os indivíduos, omite a psicologia individual à sociologia e resume os processos psíquicos à uma consciência coletiva única. O teórico Moscovici considera o contrário: as RS são o produto do pensar e do agir mediante interações humanas, que surgem de forma inconsciente, autônoma e se reformulam ao longo da história (MOSCOVICI, 2013).

Moscovici (2013) defende ainda que o estudo das Representações Sociais percebe o ser humano mediante ao processo de conhecimento e compreensão do entorno, das indagações do nascimento, existência, singularidade e coletividade. Assim, pessoas e grupos não são receptores passivos do meio, mas produzem ideias, concepções e comunicações de acordo com a representação, questionamentos e soluções que apresentam. Por isso, ao estudar tal Teoria, é necessário considerar a interpretação, o posicionamento e as atitudes que os grupos aplicam diante do mundo (FARR, 2011).

A representação social trata-se do conhecimento produzido e difundido pela sociedade. Para a comunidade científica, é uma forma de saber construído naturalmente a partir do senso comum. Ao ser aceita socialmente, a representação é compartilhada e passa a integrar a realidade de determinado grupo social. Apesar de divergir do saber científico, o

reconhecimento da representação é fundamental para a compreensão da dinâmica social, daí a importância de estudos relacionados a essa temática (JODELET, 1989; SANTOS, 2005).

A representação emerge dos indivíduos ou grupo, ao mesmo tempo, participa do processo mental, pois atribui significados para o enfrentamento da realidade. Segundo Abric (2001), toda representação está interligada a um núcleo estruturante que sistematiza a representação. Tal núcleo central apresenta duas funções complementares: a geradora, que constitui a origem da representação a partir da significação, e a organizadora, que determina as relações que compõem os elementos das representações (ABRIC, 2001).

A TRS compreende o significado que os grupos dão aos fenômenos sociais, a construção de concepções produzidas por explicações para si mesmos da realidade, antropologia do mundo contemporâneo, expressas por meio da comunicação e dinâmica cotidiana. A produção social da realidade é socialmente edificada e compartilhada nos espaços sociais por meio de códigos, visto que as experiências, os conhecimentos e os sentimentos do indivíduo permitem a projeção do pensar e do agir mediante ao objeto da representação (MOREIRA, 2005).

A TRS atribui às sociedades caleidoscópicas formas de lidar com a gama de saberes produzidos culturalmente. A apreensão dos significados oriundos da produção do sentido demanda da compreensão cultural que envolve uma teia de significados associados à lógica informal da realidade. A representação é obtida por meio da interpretação, a pesquisa propicia o levantamento de indícios para operacionalização pelo pesquisador e interpretação. O recurso operante da representação é o significado dado ao objeto frente à construção da realidade (MOREIRA, 2005).

No âmbito científico, a visão do pesquisador deve estar vinculada a antropologia, visto que a produção da representação é singular e específica a determinado grupo. Além disso, é imprescindível compreender que a formação do *corpus* da pesquisa não constitui na representação social, mas a submissão do material coletado ao exercício de interpretação de forma holística (MOREIRA, 2005).

A identificação da construção e organização da representação não se restringe ao mero entendimento da formação de categorias ou processos de ancoragem que podem esvair ‘isto está ancorado àquilo’, mas consiste na exploração dos desdobramentos e lógica interna que traduz o objeto representado frente à relação que estabelece com o entorno. Além disso, é fundamental conhecer os sujeitos da representação, a história de vida, subversões, significados e forma de agir com o mundo (MOREIRA, 2005).

A Teoria das Representações Sociais busca compreender a incorporação do ‘não familiar’ ao senso comum. Nesse sentido, Moscovici e seguidores descrevem dois processos, que estão interligados, para a construção das representações: ancoragem e objetivação. De acordo com Sá, “*o processo é responsável pelo enraizamento social da representação e de seu objeto*” (SÁ, 1995, p. 38).

2.1.1 Ancoragem

Mediante ao universo das representações, ancorar significa transformar algo estranho e inquietante em padrões considerados apropriados ao sistema individual de categorias. Para tal, está associado aos paradigmas que configuram as relações sociais, integração e interpretação da realidade. Trata-se da comparação de determinado objeto ou ideia ao paradigma de uma categoria, a fim de enquadrar e adequar características antes desconhecidas à familiarização (MOSCOVICI, 2013; PEIXOTO, 2013).

A partir do processo de classificação, é possível associar ideologias sobre a categoria ao objeto ou ideia relacionada e atribuir valores positivos ou negativos. Mesmo que ocorram diferenças na transferência de significados, as pessoas tendem a buscar coerência entre o desconhecido e o conhecido. Logo, ancorar é classificar e nomear algo considerado estranho e ameaçador, que precisa ser avaliado, reconhecido e descrito para obter proximidade (MOSCOVICI, 1978).

A construção de conceitos e imagens que são projetadas sobre o objeto tem origem na construção social culturalmente formulada na memória de um grupo social que repercute na contemporaneidade (JESUÍNO, 2015). A partir do conhecimento empírico e social, o “objeto estranho” é ancorado ao universo de ideias construídas ao longo da história e, o que antes era desconhecido, passa a ser familiar (MOSCOVICI, 1978; RÊSES, 2003).

De fato, a representação é um sistema dinâmico e imparcial de alocação de categorias. Para a sociedade, nomear coisas ou pessoas viabiliza o reconhecimento existencial, a construção da linguagem, imagens e identidade, de acordo com as diversas matrizes culturais (MOSCOVICI, 1978; RÊSES, 2003).

2.1.2 Objetivação

A objetivação, na Teoria das Representações Sociais, é a operação de imagens e estruturas que transforma em concreto o abstrato e torna com o mesmo propósito o preceito e

o conceito. As ideias ou noções abstratas, que são objeto da representação, materializam-se ganhando corpo, textura material e significação maleável. Objetivar é incorporar um excesso de significações ao materializá-las (MOSCOVICI, 2012).

A materialização é o produto do pensamento e da linguagem. Esse processo torna real ou familiar aquilo que outrora era parte do intelecto; logo, objetivar é traduzir conceitos em imagens. As palavras que permeiam socialmente são detentoras de significados e as imagens, ao serem eleitas para representar um conjunto de ideias, formam o *núcleo figurativo* (MOSCOVICI, 2003; RÊSES, 2003).

O paradigma difundido, quando aceito pela sociedade, é incorporado pelo senso comum e facilmente expresso nos diálogos. A origem dos elementos que são preservados e compõem a linguagem, ambientes e concepções diárias, é esquecida ou oculta com o passar do tempo, porém, estão presentes na construção das representações, designando interpretação, apropriação e sentido aos fenômenos (MOSCOVICI, 2012).

Por intermédio da linguagem, as pessoas produzem significados aos sentimentos, relações de classe e poder, dessa forma, personificando a própria cultura. De forma contínua, a ideia construída para caracterizar os fenômenos torna-os concretos. As imagens e linguagens são o reflexo da realidade, oriundas das experiências, sendo a memória fundamental neste processo (MOSCOVICI, 2012).

Os processos essenciais para a representação são a ancoragem e objetivação. Ambos lidam de forma distinta com a memória. O primeiro mantém a memória em constante movimento, pois busca a sistematização e classificação dos objetos e fenômenos. Já o segundo processo propicia o resgate de conceitos e imagens, elementos que são advindos do conhecimento prévio e expressos, a fim de tornar os fenômenos conhecidos socialmente (MOSCOVICI, 2003, MOSCOVICI, 2012, FONSECA, 2013)

2.2 Desafios da Saúde Pública para o enfrentamento do HIV/Aids

Os avanços científicos no âmbito da Saúde Pública contribuíram para o controle e erradicação de relevantes doenças infectocontagiosas, sendo o conhecimento do corpo e a apropriação de procedimentos e tecnologias de cuidado importantes marcos dos séculos XIX e XX. Nesta época, acreditava-se que os novos desafios de enfrentamento seriam as doenças crônico-degenerativas, porém, a população estava frente a uma nova e grave afecção clínica (AYRES, 2006).

A doença revelada em meados da década de 80 nos Estados Unidos da América (EUA) e em 82 no Brasil era temida por toda a população, conferindo emergência epidemiológica para o estabelecimento de associações probabilísticas, a fim de identificar os fatores de risco mais prevalentes (OLIVEIRA, 2013; AYRES, 2006).

Em 1981, nos EUA, a referida doença não apresentava conceito clínico formulado, era denominada “câncer gay”. O ideário social acerca do HIV/Aids foi constituído ao longo da história, por simbologias morais e valores sociais que conferiram à patologia estigma e metáforas de morte, sob a tríade biomédica, simbólica e social. A expressão deste fenômeno assumiu contornos diversificados de acordo com o momento histórico e grupo social, a partir das construções simbólicas do objeto da representação que resultaram nas práticas cotidianas. Os relatos sobre a síndrome estavam estreitamente associados às normas sociais e significados referidos por evocações: sangue, sexo, morte, ódio, delito, castigo, fatalidade e promiscuidade (INÁCIO, 2016; FURTADO, 2016).

A partir da identificação da síndrome, os esforços no âmbito da Saúde Pública foram direcionados à investigação do perfil das pessoas acometidas, a fim de construir associações para produção de dados epidemiológicos. Nesta perspectiva, em 1982, foram caracterizados pelo Cento de Controle de Doenças (CDC), nos Estados Unidos, os “grupos de risco”: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína (AYRES, 2016; NEVES-SILVA, 2016).

As pesquisas epidemiológicas identificaram grupos sociais com maior probabilidade de ter a doença, sendo denominados “grupos de risco” em relação a considerada população geral e utilizaram essa informação para a construção de estratégias de prevenção (abstenção de sexo, vedação a doação de sangue e uso de drogas injetáveis). Em paralelo, a mídia, junto à opinião pública, disseminava a ideias excludentes que comprometiam a vida social, visto que considerava o “isolamento sanitário” principal estratégia de controle da epidemia, sendo precursores diretos da “morte social” (AYRES, 2016; NEVES-SILVA, 2016).

A ideia de “grupos de risco” desconsidera os reais significados plausíveis à construção de estratégias de prevenção concretas alicerçadas ao contexto social. As principais consequências foram o aumento do preconceito a determinados grupos, falta de acolhimento para atender às demandas e atraso na conscientização de pessoas que não estavam incluídas aos mesmos. Os estudos epidemiológicos não foram causadores diretos do fenômeno negativo, mas isoladamente não respondiam as nuances que envolvem o processo de transmissibilidade (AYRES, 2016; HERZLICH, 2005).

Em 1983, foram constatados os primeiros casos na África. Neste período, o vírus HIV foi isolado em laboratórios, sendo possível compreender a natureza de transmissibilidade da doença. Em 1985, havia registros de pelo menos um caso em cada continente; neste mesmo ano foram licenciados os primeiros testes para diagnóstico a partir da contagem de anticorpos para o HIV. No contexto da Saúde Pública, esse avanço viabilizou o diagnóstico, detecção precoce, assistência sentinela, elaboração de vacinas e drogas específicas (AYRES, 2006).

As medidas preventivas destinadas ao isolamento de determinados grupos foram substituídas por ações para redução de danos aos usuários de drogas, controle nos bancos de sangue, incentivo às práticas de “sexo mais seguro”, teste rápido e aconselhamento. Nesta perspectiva, a epidemiologia em consonância com a psicologia social e da educação remeteram nova definição acerca da epidemia a ser considerada: comportamento de risco (AYRES, 2006; OLIVEIRA, 2013).

A concepção de comportamento de risco desconstrói a ideia de risco aos grupos indubitáveis e direciona à avaliação de ações factuais que podem expor qualquer pessoa ao HIV. Contudo, essa concepção remete a responsabilização individual, culpabilização e fracasso mediante as medidas de prevenção (AYRES, 2016).

O arrefecimento da noção de comportamento de risco deu-se a partir de dois delineamentos: o primeiro consistiu em reivindicações por direitos às mulheres ao empoderamento e estruturação da ideia comportamento atrelado à diferenciação entre informação e vontade, em detrimento das situações coercitivas de aspectos culturais, políticos, jurídicos, policiais e socioeconômicos, permeado de forma desigual entre gêneros estabelecidas nos diferentes territórios, classes sociais, étnicos e idade. O segundo foi decorrente das características da epidemia de aids que passou a apresentar maior acometimento nos grupos sociais mais pobres e marginalizados, processo denominado “pauperização da epidemia” (AYRES, 2016; NEVES-SILVA, 2016).

No mundo, a característica epidemiológica do HIV/aids tem revelado perfil de acometimento divergente em relação às de início. A doença, à priori, mais prevalente nas regiões metropolitanas, migrou às áreas interioranas. Oriunda das classes sociais mais elevadas, abrangeu as mais populares, vinculada ao meio artístico, grupos específicos (homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo) e passou a apresentar risco a toda população, inclusive, as anteriormente consideradas não vulneráveis (crianças, idosos, heterossexuais, mulheres com relacionamento monogâmico) (OLIVEIRA, 2013).

A incorporação da noção de vulnerabilidade passou a considerar a ideia de suscetibilidade ao HIV/Aids a partir dos aspectos individuais, coletivos e programáticos.

Assim, a compreensão dos fenômenos sociais resultaram em alicerce necessário para responder às demandas biopsicossociais e disponibilidade de recursos para a proteção às pessoas, comunidades e nações mais susceptíveis (MALAGÓN-OVIEDO, 2015).

A vulnerabilidade social pode ser compreendida mediante três aspectos: os individuais, que parte da perspectiva de que todos os indivíduos estão passíveis a contrair HIV/aids a depender do nível de informação sobre as formas de transmissão, sexualidade, utilização de drogas e serviços de apoio, além do interesse e viabilidade de incorporar práticas preventivas; os sociais, que compreende o processo saúde/doença que resultam no convívio social diante da cultura, política, valores, relações de gênero, gerações, raças, religiosidade, renda, acesso às informação e capacidade de materializa-las, acesso à escola, proteção às violências e coesões, limitações culturais; e o aspecto contextual, que envolve a rede social e irá compor a efetivação do conjunto de esforços programáticos para mediar circunstâncias sociais de vulnerabilidade a fim de ofertar políticas e ações de promoção da saúde direcionada ao bem-estar e a cultura de paz (AYRES, 2016; MALAGÓN-OVIEDO, 2015; GARCIA, 2015).

Apesar dos avanços na condução do conhecimento atrelado à psicologia social e delineados pela compreensão da vulnerabilidade, a visão de mundo acerca do HIV/aids é interpretada sob o crivo social do preconceito, visto que está estruturada às concepções dominadoras de colonialismo e heterossexismo (AYRES, 2006).

As discussões sobre o HIV/aids à luz da TRS possibilita transpor conceitos preestabelecidos pela sociedade e (re)significar a realidade, sendo imprescindível adentrar às concepções de acometimento das pessoas ao vírus. Assim, a partir do pressuposto de que a aids é um “fenômeno social” de importante repercussão à saúde individual e coletiva, os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional devem adentrar ao conhecimento das representações dos grupos sociais vulneráveis, a fim de exercer ações integradoras com vistas ao empoderamento e execução do cuidado sensível e humanizado.

2.3 Competência cultural da equipe multiprofissional mediante o cuidado integral as mulheres transexuais com HIV/Aids

De acordo com Herzlich, as discussões sobre o HIV/aids são elucidadas por referência ao “outro”, de maneira distante de “nós”, de forma excêntrica; o sujeito enunciator não emerge. Contudo, para a compreensão deste objeto da representação social, é necessário, à priori, desconstruir a própria revelia. A maneira mais coerente de ressignificação desta doença

consiste na desconstrução de metáforas e enfrentamento coletivo da “contaminação” que as delineiam (HERZLICH, 2005; FURTADO, 2016; BEZERRA, 2015).

A construção social acerca do HIV/aids no âmbito das ciências humanas, sociais e da saúde não se limitou a mero desafio patológico. Esta doença possui caráter biopsicossocial peculiar, pois produz inúmeros significados aos grupos sociais de forte influência, sobretudo, às pessoas vivendo com o vírus. Nesta perspectiva, o cuidado integral requer compreensão das representações sociais das pessoas com HIV/aids, a fim de desvelar os impactos produzidos nas relações sociais, indícios da construção do senso comum e expressão das vivências cotidianas (HERZLICH, 2005).

No âmbito da saúde, o enfermeiro integra e colabora com a equipe multiprofissional na prestação de cuidados. Esses profissionais lidam com o cotidiano de preconceito e pesar vinculado ao fenômeno social da aids. A carga emocional e despreparo para lidar com as peculiaridades dos sujeitos, devido à ausência de ações voltadas para a educação permanente, constituem barreiras para o cuidado integral às pessoas que vivem com o HIV/aids (SANTOS, 2014).

Vale ressaltar que os profissionais da saúde também são seres sociais. Neste aspecto, é relevante a criticidade mediante a prática assistencial, visto que as condutas devem estar condizentes com as modificações da epidemia da aids e seu impacto social a partir de novas visões do cuidar às pessoas que vivem com o HIV/aids (GAMA, 2016). Mediante as construções sociais, o profissional da saúde pode direcionar o cuidado a partir da compreensão de visões de mundo individuais e coletivas (BUDÓ, 2016).

A TRS constitui em recurso de investigação que possibilita a produção de conhecimentos necessários ao cuidado preventivo para o HIV/aids (ABRIC, 2001). O reconhecimento das dimensões culturais e da saúde pela equipe multiprofissional contribui para a construção de estratégias com vistas ao cuidado integral, a partir da interseção entre o conhecimento profissional e popular, visto que a cultura envolve estilos de vida, crenças, valores e conhecimento empírico dos fenômenos socialmente determinados (FERREIRA, 2016; MALAGÓN-OVIEDO, 2015).

Apesar da sujeição de todos os indivíduos ao HIV, é importante que a equipe de saúde reconheça a permanência desta ameaça de forma desigual na sociedade (HERZLICH, 2005). Neste contexto, as mulheres transexuais compõem um cenário permeado por condições de vulnerabilidade social que interferem no processo saúde/doença (FERREIRA, 2016).

A população transexual vivencia a sobreposição de estigmas alicerçada ao modelo heteronormativo. A exclusão social, por vezes, inicia-se no núcleo familiar, que deveria

representar principal locus de apoio ao indivíduo e, culturalmente, primeiro recurso para a educação, experiência social e construção afetiva (SANICOLA, 2015). A estrutura e dinâmica familiar, ancorada ao patriarcalismo, não admite a expressão da diversidade sexual; tal modelo orienta e determina as demais relações sociais e resulta na desvalorização das experiências consideradas fora das normatizações sociais (OTERO, 2015).

As mulheres transexuais são diariamente desafiadas a exercer com dignidade a identidade de gênero. A incitação ao ódio presente na sociedade implica em barreiras de acesso ao ensino, trabalho, saúde, segurança e garantia dos direitos humanos. O preconceito social é somado àquelas que convivem com o HIV/aids, interferindo na qualidade de vida e, conseqüentemente, na expectativa de vida dessas pessoas (SANTOS, 2014).

As conseqüências psicológicas desta doença incluem sentimentos deprimidos, ansiedade, isolamento social e risco ao suicídio. A cronicidade da doença gera sentimento de impotência, medo e ideação de morte de forma desmerecedora. Desta forma, pode-se questionar a influência das representações sociais à qualidade de vida e acometimento psíquico das pessoas com HIV/aids (RUKUNDO, 2016).

O panorama do HIV/aids passou a apresentar condição crônica de grande impacto a qualidade de vida (SYED, 2015). A estimativa de óbitos por aids reduziu, no Brasil, desde a introdução da terapia antirretroviral em 1996, com a garantia de acesso universal aos serviços de saúde para o enfrentamento da epidemia, formalizada pela Constituição de 1988. Todavia, o país apresenta crescimento da epidemia em algumas regiões, com maior expressividade entre mulheres e a população mais pobre, nas regiões do interior do país. (VIEIRA, 2014).

No âmbito da saúde, a ausência de estratégias para a transformação das origens sociais alicerçadas ao patriarcado, capitalismo, sexismo e racismo constitui potencial risco a garantia dos direitos à saúde e a vida da população acometida. Além disso, o abandono do tratamento está vinculado às injustiças sociais, dificuldades para o acesso e acolhimento nos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS), sendo desafios que devem ser considerados no planejamento de ações multiprofissionais e interdisciplinares (VIEIRA, 2014).

O olhar ampliado em saúde compreende a problemática da prevenção do HIV/aids como fator não necessariamente relacionado às escolhas individuais, mas a falta de acesso a recursos materiais, educacionais e estruturais de apoio para o alcance do bem-estar. O processo de empoderamento legitima as estratégias de enfrentamento às vulnerabilidades e possibilita a participação dos setores e atores sociais de forma equânime e humanizada (MAEYAMA, 2015).

As práticas de educação em saúde têm por alicerce duas vertentes: a construção crítica e reflexiva do conhecimento adquirido e a formação individual, autônoma e contextual dos indivíduos. Essas vertentes demandam da cultura, estilo de vida, experiências pessoais e coletivas das mulheres transexuais, sendo o diálogo principal elemento para empoderamento e ativismo social (COLOMÉ, 2012).

A partir da ideia de que a aids é representada como uma doença do cataclismo, que ao longo da história abarcou dimensões biológicas, políticas e sociais, é fundamental discorrer acerca do surgimento e operacionalização da representação deste fenômeno nos grupos sociais, aos quais se pode interpretar as nuances entre o conhecimento científico e senso comum. Para tal, é necessário adentrar na ótica das representações sociais. Mediante a dimensão deste fenômeno social, a aids delinea a metáfora da morte inexorável das pessoas que não estão “armadas para viver”; assim, almeja-se, à priori, que esta enfermidade permaneça apenas uma enfermidade (HERZLICH, 2005).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo é descrito o caminho metodológico percorrido para a investigação empírica da representação social. A seleção do método está associada ao objeto de estudo à luz da teoria elegida, com respaldo ético para produção científica e respeito à diversidade de conhecimentos aliado ao saber social.

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, fundamentado na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici e seguidores, que está arraigada ao conhecimento do efeito das ações e comunicações com base nas interações humanas enraizado na história, nos costumes e no senso comum, além de imagens que retratam ideias que, ao serem difundidas entre as massas, tornam-se forças materiais (MOSCOVICI, 2015).

Quanto à abordagem qualitativa, trata-se de uma investigação aplicada ao objeto de estudo que vislumbra os fenômenos da humanidade por meio de *significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes*, os quais permitem a interpretação do agir, do pensar e do sentir em meio a um grupo social, sem a preocupação com a representatividade numérica, mas com o universo da realidade que não pode ser quantificado. Dessa forma, permite a compreensão dos fenômenos sociais traduzidos nas relações, representações e intencionalidade desde a origem até as transformações e construções humanas expressivas (MINAYO, 2015).

Estudos do tipo exploratório objetivam construir, desvelar e transformar conceitos e ideias de forma precisa, a fim de proporcionar compreensão geral dos fatos, sobretudo em temas pouco explorados, e operacionalizar a pesquisa (MINAYO, 2015). Os estudos descritivos buscam descrever características e peculiaridades dos fenômenos a serem estudados com intuito de obter profundidade e sentido na representação dos sujeitos, eventos, ambientes ou grupos (SAMPIERI, 2013).

A identificação da subjetividade, oriunda da prática social mediante a produção psicossocial do conhecimento, demanda aprofundamento do objeto de investigação. As representações sociais atribuem às ciências formas inteligíveis para a compreensão das práticas sociais a partir do contexto histórico, cultural e icônico. Neste sentido, o que outrora era considerado um conceito, passa a ser compreendido como fenômeno. A identificação e a compreensão demandam de metodologias qualitativas para o alcance das nuances que

contemplam as múltiplas características simbólicas construídas pelo senso comum (MOSCOVICI, 2015).

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida, após autorização por meio da Carta de Anuência (ANEXO A), no ambulatório de HIV/aids do Hospital Correia Picanço, localizado em Recife, capital de Pernambuco, Brasil. A escolha desse local deu-se a partir do critério de intencionalidade da amostra, em virtude de compor características necessárias para o desenvolvimento da pesquisa e reunir a população de interesse.

O Hospital Correia Picanço é um dos principais hospitais de atendimento ambulatorial da população com HIV/aids, responsável por 60% das demandas no Estado de Pernambuco. Propicia acompanhamento de, em média, 3 mil pessoas por mês, preferencialmente indivíduos jovens e adultos (SEP, 2017).

As entrevistas individuais foram realizadas nos consultórios em horários disponibilizados para a pesquisa, sem interferir na dinâmica institucional. A oferta de ambiente adequado para realização das entrevistas encorajou a participação e oportunizou a fluidez das falas para a reprodução da realidade e vivências dos participantes. Esse dispôs de segurança, silêncio e conforto aos entrevistados (YIN, 2016).

3.3 Participantes do estudo e critério amostral

A seleção das participantes ocorreu a partir da técnica de amostragem do tipo não-probabilística, visto que se utilizou da semelhança para seleção dos casos, sem considerar representatividade ou probabilidades, mas com enfoque nos indivíduos, comportamentos, contextos e situações de interesse para pesquisa, capaz de trazer compreensão ao problema levantado a partir do debate epistemológico (SAMPIERI, 2013).

As participantes do estudo foram 6 mulheres transexuais jovens, sendo considerado a definição de “jovem” do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS) que caracteriza o período dos 15 aos 24 anos de idade (BRASIL, 2017). Em função do desenho de pesquisa, foram incluídas, para o presente estudo, jovens acima dos 18 anos de idade.

Foram incluídos indivíduos transexuais que se identifiquem de gênero feminino, não transgenitalizadas, heterossexuais, soropositivos ou em tratamento para aids e com parceiros casuais, sendo a aproximação com os sujeitos da pesquisa obtida com o auxílio dos

profissionais da saúde. Por sua vez, foram excluídas as pessoas com as características acima mencionadas que apresentem deficiência auditiva (devido ao não domínio da Libras pela pesquisadora).

O “universo” abordado foram as pessoas mediante às representações, atitudes e práticas, selecionadas por inclusão progressiva, obedecendo ao critério de saturação das respostas, que ocorre com o alcance do aprofundamento, abrangência e diversidade para a compreensão da representação, concepções, ideias e significados atribuídos ao fenômeno elucidado à luz da teoria elegida, a fim de embasar os questionamentos elencados a partir de suas multifaces e interconexões, sem se preocupar com a generalização (MYNAIO, 2017; MYNAIO, 2015; FONTANELLA, 2011).

3.4 Procedimentos para produção de dados

A produção dos dados empíricos ocorreu no período de abril a junho de 2017, mediante a autorização da diretoria do Hospital Correia Picanço (ANEXO A), após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da - CCS/UFPE. Além disso, contou com a anuência das mulheres transexuais jovens sob a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

A pesquisadora contou com o apoio da equipe multiprofissional do Hospital Correia Picanço para identificação das mulheres transexuais durante o período de coleta. A equipe foi previamente esclarecida quanto à finalidade da pesquisa, o objetivo proposto, os procedimentos para a coleta de dados e convidada a auxiliar no recrutamento das mulheres transexuais, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, sem implicar em mudanças na rotina do serviço.

Para a produção dos dados empíricos, foi utilizado um formulário de caracterização das participantes (APÊNDICE B) e roteiro de entrevistas individuais, semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas em dois aparelhos MP4, para assegurar a qualidade da coleta e evitar possíveis perdas de informações, com duração média de 1 hora e 10 minutos. Após o término, as entrevistas foram transcritas na íntegra no mesmo dia.

O roteiro para condução das entrevistas (APÊNDICE C) foi composto por três questões norteadoras: 1) Fale-me sobre sua história de vida; 2) Fale-me o que significa para você a prevenção do HIV/aids; 3) Como você percebe a prevenção do HIV/aids no grupo de mulheres transexuais? Além disso, contou com a observação e registro, em diário de campo, a fim de analisar elementos pertinentes à pesquisa (APÊNDICE D).

A entrevista propicia a comunicação verbal para obtenção de informações acerca do conteúdo científico elegido. Além disso, dispõe de representações: agir, pensar e sentir, sob as influências da dinâmica social. Em grupos vulneráveis, revela vivências, expressões e peculiaridades da realidade de forma singular (MINAYO, 2015).

Foi possível explorar a construção do conhecimento e percepções, a fim de conhecer, com profundidade, o indivíduo em meio à interação social na elaboração das representações e concepções de sentido. A técnica de entrevista individual propiciou maior atenção ao sujeito e oportunizou flexibilidade para agendamento e duração da entrevista (BAUER, 2015).

A entrevista semiestruturada adaptou-se ao discurso das participantes com maior flexibilidade, pois permitiu que as entrevistadas discorressem livremente sobre os questionamentos, sem interrupção para indagações instituídas (MINAYO, 2015). Dessa forma, não foi seguido um roteiro rígido, esse apenas auxiliou a pesquisadora a considerar todos os aspectos relevantes ao estudo. As perguntas e condutas foram adequadas de forma individual de acordo com a demanda de aprofundamento da entrevista (YIN, 2016).

Com a finalidade de adequar o instrumento de entrevista aos objetivos da pesquisa e reunir informações para conduta no campo, a pesquisadora visitou o local da coleta a fim de realizar anotações pertinentes à pesquisa e realização de teste piloto (CRESWELL, 2014). O teste piloto realizado com as três primeiras participantes não revelou necessidade para adequações no roteiro de entrevista, assim, todas as participantes foram incluídas na amostra. Essa etapa propiciou a garantia da qualidade da pesquisa.

Mediante solicitação das participantes, os nomes das mesmas não foram revelados, sendo apresentados nomes fictícios. As participantes foram nomeadas com nome de música ou intérpretes da Música Popular Brasileira que retratam o contexto de vulnerabilidade social: Benedita - Elza Soares (2015); Maria da Vila Matilde – Elza Soares (2015); Elza Soares (cantora e compositora); Balada de Gisberta - Pedro Abrunhosa (2010); Geni e o Zepelim - Chico Buarque (1979); Ana Amsterdam – Chico Buarque (1972).

3.5 Análise dos dados

As entrevistas foram analisadas com o auxílio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) versão 0.7. Trata-se de um programa gratuito que assegura o rigor metodológico e permite a realização de diversos tipos de análise a partir da utilização do software R (www.r-project.org) para análise do corpus textual, na linguagem Python (www.python.org) (IRAMUTEQ, 2016).

O IRAMUTEQ possibilita variados tipos de análise textual, incluindo a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que possibilita a obtenção das classes a partir dos Seguintes de Texto (ST) classificados em função dos seus respectivos vocabulários, o conjunto desses foi repartido em função da frequência das formas reduzidas, a partir de matrizes, cruzando-se segmentos de textos e palavras em repetidos testes do tipo qui-quadrado (X^2), assim, foi obtida a classificação estável e definitiva. Este *software* organiza a análise dos dados em formato de dendograma que ilustra as palavras mais frequentes que possuem maior associação nas classes. (IRAMUTEQ, 2016).

Para esta pesquisa foi utilizada a CHD. Mediante a abundância dos dados e complexidade do objeto de pesquisa, a utilização desta análise permitiu à pesquisadora explorar e refletir o sentido das palavras por intermédio da compreensão semântica das classes. Dessa forma, as classes geradas foram nomeadas a partir da leitura exaustiva dos segmentos do texto apresentados no dendograma e correlacionados de acordo com a frequência dos termos contidos no vocabulário. Essa técnica possibilitou a inferência, embasou possíveis proposições e permitiu compreender o significado presente nas falas com rigor e profundidade (CREWELL, 2014).

A profundidade e rigor das etapas revelou as nuances nas representações sobre o HIV/aids das transexuais mediante a sistematização e produção de informações embasadas às pesquisas sobre o tema, à luz da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici e seguidores (ABRIC, 2001). Essa ferramenta dispensa técnicas manuais e viabiliza a investigação de fenômenos com a organização de textos e materiais produzidos, em documento único, o que garante segurança no armazenamento e manuseio adequado dos dados (CRESWELL, 2014).

3.6 Aspectos éticos e legais do estudo

A presente pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que dispõe sobre as Diretrizes e Normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, a fim de assegurar proteção, autonomia, assistência a possíveis danos e outras providências (BRASIL, 2012).

O projeto foi autorizado pela coordenação do Hospital Correia Picanço, por intermédio da carta de anuência (ANEXO A), como já foi dito. Após a autorização do local, o projeto foi enviado para apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da

Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE, tendo início apenas com a aprovação do comitê de ética.

Após o parecer favorável do CEP, CAAE: 65790717.4.0000.5208, a produção de dados foi iniciada. Para tal, as participantes foram orientadas quanto ao objetivo da pesquisa, riscos e benefícios, implicações, procedimentos, sigilo, anonimato e interrupção da participação em qualquer momento da coleta. As pessoas que aceitaram participar da pesquisa, com idade maior ou igual a 18 anos, receberam o Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, em duas vias. Esses foram assinados pelas participantes, pela pesquisadora e cada uma das partes ficou com uma via.

Em decorrência do contexto de vulnerabilidade das jovens transexuais, a fim de contribuir com o acolhimento mediante o relato de situações ou atitudes que podem ser considerados ilegais, podendo colocar as próprias transexuais em risco, a presente pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata da relação pesquisador/participante. Essa resolução dispõe da ética em pesquisa para as participantes, considerando que a relação pesquisador-participante se constrói continuamente durante o processo da pesquisa, a partir do diálogo livre entre subjetividades, implicando reflexividade e construção de relações não hierárquicas, a partir da confiança entre pesquisador e participante mediante os relatos, considerando que a ética é uma construção humana e, portanto, histórica, social e cultural (BRASIL, 2016).

4 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em formato ilustrações que compõem o “universo” de significações das representações sociais sobre o HIV/aids, que embasou os questionamentos levantados no presente estudo, traduz o senso comum do grupo estudado, composto por seis mulheres transexuais. A figura 1, a seguir, apresenta a caracterização das participantes:

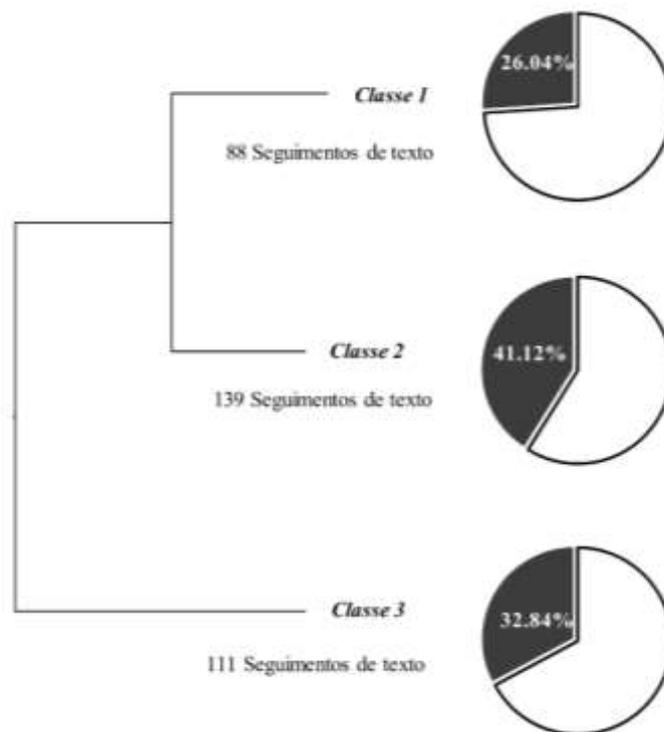
Tabela 1. Caracterização das participantes do estudo. Recife, 2018

Entrevistada	Idade	Cor/raça	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação/Profissão	Renda Familiar (Salário Mínimo/SM)
Benedita	20	Parda	Solteira	Fundamental Completo	Profissional do sexo	1
Elza Soares	23	Negra	Solteira	2º Grau Completo	Cabelereira	< 1
Maria da Vila Matilde	20	Branca	Solteira	Superior Completo	Apoio Pedagógico	1 - 2
Gisberta	19	Branca	Solteira	Fundamental Incompleto	Profissional do sexo	1 - 2
Geni	24	Amarela	Solteira	Fundamental Incompleto	Profissional do sexo	2
Ana Amsterdam	24	Branca	Solteira	2º Grau Completo	Profissional do sexo	3

O *corpus* da presente pesquisa foi composto por seis textos. Esses foram submetidos à análise para obtenção da CHD, sendo dividido em 338 segmentos de texto, relacionando-se

1.695 palavras que ocorreram 11.909 vezes. A CHD reteve 100% do total de seguimentos de texto, gerando 3 classes. As palavras analisáveis originaram as três classes da seguinte forma: classe 3, com 111 segmentos de texto, correspondendo à 32,84% do total de 338 segmentos de texto; classe 2, com 139 segmentos de texto, correspondendo à 41,12% do total de 338 segmentos de texto; classe 1, com 88 segmentos de texto, correspondendo à 26,04% do total de 338 seguimentos de texto (Figura 2).

Figura 1. Dendograma das classes obtidas a partir do *corpus* textual. Recife, 2018



O *corpus* foi dividido em dois subcorpus: a esquerda correspondeu a classe 3 e a direita, por sua vez, gerou duas subdivisões correspondentes a classe 2 e 1 (Figura 3). Todos os subcorpus representam o resultado de associação das palavras referentes ao objeto de estudo, isto é, representações sociais do HIV/aids, que foram consideradas estatisticamente significativas ($p < 0,05$) após aplicação da prova estatística do qui-quadrado, ao considerar o valor de associação a classe ($\geq 3,84$).

Figura 2. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus sobre representações sociais de mulheres transexuais acerca da prevenção do HIV/AIDS. Recife-PE, 2018. * $p < 0,0001$; ** $p < 0,05$

Representações sociais de mulheres transexuais vivendo com HIV/Aids					
Classe 3 111 ST - 32.84% Pensamento social e o processo saúde/doença		Classe 2 139 ST - 41.12% Subjetividade e o enfrentamento identitário		Classe 1 88 ST - 26.04% Determinação social e o contexto de vulnerabilidade	
Palavras	X ²	Palavras	X ²	Palavras	X ²
Preservativo*	89.92	Mulher*	21.41	Rua*	32.15
Sexo*	48.89	Conseguir*	19.74	Casa*	25.74
HIV*	47.74	Viver*	16.41	Entrar*	21.06
Transmitir*	34.35	Preconceito**	14.92	Violência*	17.35
Doença*	21.07	Vida**	14.91	Brigar*	17.35
Matar*	19.52	Cabelo**	14.75	Carro*	17.35
Medo*	17.38	Transexual**	13.55	Andar*	17.35
Exame*	16.43	Vestir**	13.13	Lado*	16.08
Tratamento*	15.27	Dar**	12.33	Tio*	15.58
Saúde**	15.27	Dentro**	11.89	Pagar*	15.49
Viral**	14.62	Droga**	11.64	Violência sexual**	14.42
Carga**	14.62	Graça**	10.56	Cometer**	14.42
Oral**	14.62	Pior**	9.24	Semana**	14.42
Contrair**	13.17	Emprego**	8.75	Faca**	14.42
Prevenir**	12.49	Estudo**	8.75	Noite**	14.42
Sífilis**	12.49	Estudar**	8.75	Dinheiro**	13.9
Médico**	11.1	Próprio**	8.75	Hora**	13.46
Boca**	10.38	Pai**	8.71	Quando**	13.15
Serviço**	10.38	Aceitar**	8.71	Mãe**	12.33
Parceiro**	10.38	Deus**	8.49	Pavilhão**	11.5
Usar**	8.79	Bem**	7.96	Violentar**	11.5
Remédio**	8.47	Gente**	7.71	Real**	11.5
Tomar**	8.39	Escola**	7.28	Depressão**	10.41
Tuberculose**	8.28	Corpo**	7.27	Menina**	10.34
Ativo**	8.28	Imaginar**	7.27	Brincadeira**	10.2

Fonte: corpus de análise processado pelo software IRAMUTEQ 0.7 alpha 2

Após a análise do dendograma e a leitura dos seguimentos de texto referentes a cada uma das classes, estas foram nomeadas como Pensamento social e o processo saúde/doença (Classe3); Subjetividade e o enfrentamento identitário (Classe 2) e Determinação social e o contexto de vulnerabilidade (Classe 1). A seguir, as classes serão descritas seguindo-se a ordem de partição e de proporção que representam em relação ao *corpus* total.

A Classe 3, intitulada como Pensamento social e o processo saúde/doença, representou 32.84% dos ST. Essa Classe representa o processo saúde/doença associado à figuração e materialização das mulheres transexuais ao “fenômeno da aids”.

O impacto produzido com o diagnóstico positivo para o HIV/aids deflagrou às entrevistadas significações da doença com a aproximação da morte. Para essas pessoas, o

diagnóstico positivo, revelado no período da juventude, representou a iminência da morte, dúvidas sobre a doença e a perda de sentido da vida.

[...]com 16 anos descobri que tinha HIV, mas também eu tirei isso da minha cabeça... Eu comecei o meu tratamento com 23 anos, desde os 16 anos eu já sabia que tinha, só que nunca quis fazer o tratamento, eu comecei o tratamento muito tarde, por começar o tratamento tarde eu peguei muita coisa, eu peguei tuberculose, sífilis, ainda estou com a tuberculose... porque se lá no começo, lá com 16 anos eu tivesse começado a usar os coquetéis eu nunca tinha pego tuberculose porque minha imunidade não estava boa. O fim de tudo... eu tenho que viver o hoje porque amanhã eu não sei se vou estar vivo [...] (**Ana Amsterdam**)

[...] descobri que tinha HIV, isso me chocou muito... descobri ter o HIV com 19 anos, eu fui fazer um check-up, bateria de exames pelo plano e descobri que tinha HIV, que era soro positivo, isso me chocou muito porque eu não conhecia sobre a doença [...] (**Maria Vila Matilde**)

[...]já comecei a fazer programa, aí acabei pegando HIV na rua com 14/15 anos. Não sabia o que era essa doença, aí tinha relação com os homens, eles também não me diziam e não usavam camisinha, aí peguei e até hoje sou arrependida [...](**Maria Vila Matilde**)

[...] Eu comecei a me prostituir com 17 anos, o que marcou foi quando descobri que tinha aids, na hora não quis saber de nada, só queria ir embora para casa [...](**Benedita**)

[...] só fiz piorar, não usei camisinha, peguei uma carga fortíssima... já saí dali me tremendo, nervosa, sem ar [...] (**Geni**)

O medo de realizar o exame para detecção e a negação da doença configuram-se em alternativa para a manutenção da relação social, sem discriminação, no âmbito familiar, nas relações sociais e laborais. A representação está associada à ideia de aproximação da morte física e social.

[...] muitas têm medo de fazer o exame, quando conversamos não comentamos sobre esse assunto, justamente devido ao tal preconceito. [...](**Maria Vila Matilde**)

[...] na hora que peguei o resultado, deu positivo, rasguei o papel e disse assim: vou botar na minha cabeça que nunca fiz esse exame... e segui minha vida [...](**Ana Amsterdam**)

[...]Eles não sabem que tenho HIV, nenhum, quando me perguntam não digo [...](**Gisberta**)

*[...]Meus clientes não sabem que tenho HIV, alguns pedem para não usar camisinha. Uma vez ou outra que fiz sem, ainda fiquei com um peso de arrependimento, por emoção, quando a coisa tá meio assim, sabe? [...](**Benedita**)*

*[...]No meu trabalho ninguém sabe minha condição de saúde [...](**Elza Soares**)*

Diante da condição de cronicidade da doença e sofrimento psíquico das mulheres transexuais, é possível constatar as representações sociais sobre o HIV/aids. A vida após o HIV é permeada por sentimentos negativos que influenciam as relações sociais e as condutas frente à síndrome, relacionados à ideia de morte iminente, ódio e desejo de vingança. O grupo estudado relatou:

*[...]Muitas tem aquela mágoa no coração, aquele ódio por dentro delas, passaram para mim vou passar para os outros... vou morrer mesmo, vou levar muitos, passaram para mim, vou passar para os outros também, se tratar porquê? [...](**Elza Soares**)*

*[...] quem tem sente desejo de vingança, eu já tive aquele pensamento de que vou fazer sem camisinha para matar... vou matar esse infeliz de ódio, aquele pensamento de que vou fazer sem camisinha para matar, todo mundo que pega tem esse pensamento, até chegar num estágio que eu tive minha sífilis atacadíssima, não queria fazer exames, comecei a sentir muita coisa, aí parei de pensar nisso, não quero matar ninguém, porque estou me matando [...](**Geni**)*

*[...] eu não queria usar camisinha porque eu tinha na minha cabeça assim: mais um que eu vou matar... na prostituição quantos pais de família eu não matei... então eu passei muitos anos, eu transava com todo mundo sem camisinha... pegava a camisinha furava com agulha, ficava feliz em saber que tinha passado para alguém a mesma doença que eu tinha, sabia que alguém ia morrer comigo, porque HIV/Aids para mim era isso, eu sei que não vou poder envelhecer, eu não vou poder morrer de velhice [...](**Ana Amsterdam**)*

Nota-se que o conhecimento da doença é um fator determinante para a autoconfiança e qualidade de vida. O enfrentamento do HIV/aids requer dos sujeitos empoderamento e estratégias de *coping*.

*[...]tive que me adaptar a doença, conhecer a doença... a comunidade passa uma coisa que não é [...](**Gisberta**)*

*[...] me previno no sexo anal, no oral não, para prevenir tem que usar camisinha sempre, no oral, no anal [...](**Elza Soares**)*

[...] se eu arranhar alguém eu acho que passa, sexo sem camisinha, se cortar, alicate de unha, beber no mesmo copo não passa, tomar banho com o mesmo sabonete não pega, mas se beijar na boca e pessoa tem uma afita na boca eu acho que passa [...](Ana Amsterdam)

[...] não beijar ninguém, tomar distância, até no beijo pega, se a pessoa estiver com um corte na boca, estiver sangrando alguma coisa, aí você já beija, já pegou, o meu caso com certeza deve ter sido sexo sem camisinha mesmo [...](Geni)

[...] HIV/aids tudo para mim é a mesma coisa porque o povo diz que HIV é o vírus, a aids é a bactéria, a doença, para mim é tudo a mesma coisa, você não tem cura de nenhum [...](Ana Amsterdam)

[...]Como a televisão é o único meio de comunicação que dá para todo público ver, acho que deveriam trazer mais comerciais, palestras na televisão para que todos possam ver, falando a respeito da doença. Televisão, outros meios, fazendo reunião, palestra, melhorando, porque até então as palestras que tem são poucas pelas ONGs, porque não fornece todo a todo território que tem aqui em Pernambuco [...](Maria Vila Matilde)

Embora os avanços medicamentosos e o acesso universal impliquem em valorização da vida, a omissão da vulnerabilidade e dos aspectos sociais resultam em fracasso no cuidado à saúde das mulheres transexuais com HIV/aids. As entrevistadas relataram fragilidades na Atenção Primária a Saúde:

[...] disse o nome social, aí quando ela volta para pegar o papel ela me chama pelo nome de registro. O posto de saúde sempre está cheio, tenho medo de exposição, desde o dia que fui lá...ela olhou para minha mão manchada e passou VDRL, que é da sífilis, eu senti que não era aquela coisa sigilosa e pensei: não vou estar voltando para cá para passar vergonha, prefiro o ambulatório, a emergência da gente é aqui, no posto minha necessidade como mulher trans não é suprida (Geni)

[...] no posto de saúde ainda sou tratada pelo sexo biológico, mas eu sempre quebro quando chego no posto, quebro essa questão para eles estarem me tratando como quero ser tratada, pelo meu nome, porque muitas vezes fazem a gente assinar o nosso nome da identidade que eu acho que isso é um constrangimento, ser chamada para entrar numa sala pelo nome da identidade e não pelo nome social [...](Maria Vila Matilde)

[...] não vou para o posto de onde moro e nem quero, o povo de lá gosta de falar o que descobre sai contando, quero bem longe, por isso já vim de lá para cá (ambulatório), para ninguém saber, porque

homofobicos discrimina tudo, os profissionais de saúde também [...] (Gisberta)

[...] não vou ao posto de saúde porque ele fica muito próximo da minha residência. O posto de saúde para mim é assim, na minha concepção, posto de saúde é para quem não tem doença nenhuma, que nem o HIV ou que nem a AIDS, aí estar com uma gripe vai no posto de saúde, está querendo fazer um hemograma completo de sangue vai no postinho de saúde, mas eu não preciso porque já faço tudo aqui nesse hospital, faço hemograma, exame de sangue, eu faço tudo, vacina também se for de tomar eu tomo aqui, por isso que eu não vou mais no posto de saúde [...] (Ana Amsterdam)

A Classe 2, intitulada por Subjetividade e o enfrentamento identitário, representou 41.12% dos ST. Essa Classe faz alusão às questões do pensamento social mediante a prevenção do HIV/aids, que envolve clivagens sociais e ideológicas, refletem no processo de personificação das representações e produzem impactos à saúde das mulheres transexuais.

A personificação das mulheres transexuais à prostituição com direta associação ao HIV/aids implica em estigma e exclusão social, sendo necessário analisar a trajetória de vida e contexto social. Para o grupo estudado, a prostituição não representa apenas uma alternativa para o sustento ou exploração do corpo, mas um espaço de expressão da feminilidade, todavia, que expõem às situações perigosas.

[...]Jeu me olhava no espelho e não me identificava, não me via como uma pessoa feliz, minhas amigas diziam para eu seguir meu rumo, seguir o que quero, fazer o quer, e fui indo devagarzinho, com 16 anos eu já sabia que não queria ser mais homem, não queria ser mais gay, eu queria me vestir de mulher, eu queria ser trans, foi muito difícil, foi muitas idas e vindas, saí de casa com 16 anos, com 17 anos voltei, graças a Deus uma coisa que consegui foi terminar meus estudos, concluí o ensino médio, mas também foi só isso, quando concluí o ensino médio não consegui ficar mais casa por conta dos meus pais, eles estavam me pressionando demais e não era isso que eu queria seguir para minha vida, eu queria seguir a minha vida de mulher, não queria seguir a minha vida dentro de casa me vestindo de homem e com 18 anos só esperei acabar os estudos, com 18 anos quando acabei os estudos, decidi sair, fui para o mundo e o mundo o que é que acolhe a gente como trans? É só prostituição [...] (Ana Amsterdam)

[...] fui direto para a prostituição, trabalhei na prostituição, vivi na prostituição e eu só pensava nisso [...] (Ana Amsterdam)

[...] trabalhei em três empresas, sem preconceito nenhum, normal, mas me vestindo de menino, aí eu deixei o meu cabelo crescer, fui

procurar emprego, só que mesmo eu não me vestindo de mulher como meu cabelo estava grande, eu não consigo arrumar emprego [...](Ana Amsterdam)

[...] muitos homens homofóbicos, querem agredir, bater, querem roubar, é difícil, já sofri violência, quando eu era mais nova apanhei duas vezes de um grupo de quatro pessoas, caí no chão, levei muitos chutes nas costas, no meu rosto [...](Gisberta)

[...] ter que ficar em pé na esquina esperando um carro parar, para entrevistar, para depois saber se vai querer transar com você ou não, é cansativo, já fui enganada, já me deixaram nos cantos, mente, me levou para fazer o programa, aí queria me pagar na volta porque ia sacar o dinheiro, na hora que desci do carro, ele disse: eita, minha carteira, e foi embora, me deixou [...](Benedita)

[...] já transei com mais de vinte homens por dia, as vezes usava camisinha... eles tiram a camisinha e colocam de novo... não sabem que tenho HIV, vão tentar me matar, mas vão morrer mais ainda porque existe uma mistura de cargas. [...](Geni)

[...] já fui estuprada, tinha uns 15 anos, em frente a minha casa tinha...outra vez foi assim quando comecei ganhar dinheiro que estava na rua, ia dar meia noite, aí passa um cara na rua...(ele) puxou o facão do saco, aí eu tentei segurar o braço dele mas vi que não tinha força pra ele, aí tive que ir, aí foi e sem camisinha e era pra dizer que estava gostando, isso foi o pior [...](Geni)

A relação de gênero configura a mulher transexual situações de inferioridade em relação à figura masculina. Por vezes, essas assumem posição de passividade, “corpos dóceis” (FOUCAULT, 1999) e vulneráveis a todos os tipos de violência e a falta de negociação para o uso do preservativo. Vale ressaltar que uma das entrevistadas chorou ao relatar situações de violência de gênero vivenciada com o ex parceiro:

[...]jentrei em depressão, não conseguia viver sem as drogas, porque as drogas me fazia esquecer dele... ele acabou comigo no dia do meu aniversário, disse que não ia dar mais para ficar comigo, porque ele gostava de mulher e não de homem... uma amiga minha pegou uma lata, fez três furos, colocou uma pedra de crack e disse tu vai puxar, aí eu puxei, quando eu puxei, na hora ele saiu da minha cabeça, na hora eu esqueci ele, aí eu comecei a fumar. Eu trabalhava na avenida e todo dia na avenida eu fazia 500, 600 reais, então eu já chegava em casa, ele já estava com a mão aberta: cadê o dinheiro que você fez hoje? Todo dinheiro que eu tinha eu chegava e dava a ele, botava na carteira, ele que administrava o meu dinheiro, a gente saia para comprar coisas, eu não comprava roupa para mim, eu comprava tudo de roupa para ele, tudo eu fazia para ele, eu não vivia, eu vivia para ele, todo o meu dinheiro, tudo era para ele, dava amor, dava carinho,

cuidava dele, aí de repente ele chega e diz que não dá para ficar porque ele gostava de mulher e eu não era uma mulher, mesmo estando vestida e mesmo me sentindo uma mulher, ele dizia: não você não é uma mulher, você não tem uma vagina, você tem um pênis entre a perna [...](Ana Amsterdam)

[...] mas o risco não é na hora de colocar a camisinha, no momento que eles tiram, puxam a camisinha e colocam de novo, eles não sabem que tenho HIV, se soubessem não fariam isso, vão tentar me matar, mas vão morrer mais ainda porque existe uma mistura de cargas [...](Ana Amsterdam)

[...] tem uns que perguntam se você é passiva ou se é ativa, geralmente esses que quer ativa, eles nunca pedem camisinha, nunca, nunca, nunca... se você não for mais rápida, agora tipo, tem uma malandragem, se você não estiver com a camisinha já no bolso ou deixa já no peito, alguma coisa mais fácil, eu ando com uma bolsinha, mas se eu for pegar a camisinha na bolsa, já perguntam isso é camisinha é? Já causa um espanto neles, por isso, já digo para ele ir alí na frente, já pego, já tiro, boto a camisinha na boca, já deixo na boca, para eles acharem que vou fazer sexo oral sem, a camisinha masculina fica escondida no canto da boca, na hora eu só puxo para frente e já vou colocando, quando ver, já estão, tem uns que falam: poxa, tem que botar é?... era só eu cobrar mais caro para fazer sem que eles pagam, sempre pagam para fazer sem camisinha, tudo morto querendo passar doença, aí eles vão e pagam [...](Geni)

[...] na cadeia o povo me obrigava a fazer sexo sem camisinha, eles diziam: vou fazer sexo com você sem camisinha porque vou te passar HIV, você vai sair daqui morto... todo mundo olhando para mim com aquele olho de desejo, de eu vou te possuir, mas também eu vou te matar... na cadeia eles recriam e foi a pior coisa da minha vida... Quando eu fui presa eu já sabia que tinha HIV, eles falavam abertamente: você vai pegar HIV, eu vou passar para você HIV [...](Ana Amsterdam)

A representação social acerca do HIV/aids está atrelada a naturalização da doença, as “condutas desviantes”, que remetem a ideia de “risco e promiscuidade” ao grupo, sendo a condição de soropositividade atrelada a pessoa transexual feminina e a prostituição no sentido de “culpabilização”.

[...]as meninas ficam chamando uma as outras de aidéticas nas ruas. Para a gente é brincadeira, algo normal [...](Benedita)

[...]juma fica chamando a outra de aidética, diz que a outra está morta. Elas não comentam sobre procurar o serviço de saúde, se uma falar as outras ficam sabendo [...](Gisberta)

Percebe-se que o processo de naturalização do HIV/aids, no grupo de mulheres transexuais, está associado a falta de diálogo, julgamentos e ideia de morte. Tais condutas resultam em fragilidades de apoio mútuo para o autocuidado, desmistificação e visibilidade.

[...] no grupo é muita tiração de onda, perturbação, todo mundo fala que tem, ninguém sabe quem tem e quem não tem, aquele bate boca. As meninas ficam chamando uma as outras de aidéticas nas ruas. Para a gente é brincadeira, arriação, algo normal. [...] (**Benedita**)

[...] poucas delas (mulheres transexuais) se cuidam, são muitas que tem, mas não tem interesse nenhum em se cuidar, não fazem tratamento, não procuram se tratar não. Muitas dizem, eu já estou, vou morrer mesmo, vou levar muitos, passaram para mim, vou passar para os outros também, se tratar porquê? Muitas tem aquela mágoa no coração, aquele ódio por dentro delas, passaram para mim vou passar para os outros. Só que não sabem elas que podem se prejudicar, pegar uma coisa pior, uma DST e morrer mais rápido [...] (**Elza Soares**)

[...] no nosso grupo esse assunto não é muito falado, acho que falta também isso, porque muitas não conhecem muito, muitas tem e não sabe, muitas tem medo de fazer o exame, quando conversamos não comentamos sobre esse assunto, justamente devido ao tal preconceito. Mas brincamos dizendo: - Aí, tá com a “tia”, porque “tia” é o HIV, tia, barbie, suzi, “está com a suzi” [...] (**Maria Vila Matilde**)

[...]A gente fala: nossa, ela tá com a boneca, dizer que tá com a boneca, é dizer que estar com o HIV, os coquetéis a gente não chama de coquetel, a gente chama de jujuba, chama de bombom, nunca dá um nome específico a ele [...] (**Ana Amsterdam**)

[...] As mulheres transexuais não conversam muito sobre o HIV, quando conversam é só brincando uma com a outra, uma chamando a outra de aidética, diz que a outra tem AIDS, que está morta, elas não comentam sobre procurar o serviço de saúde, são frustadas uma com a outra, se uma falar as outras ficam sabendo [...] (**Gisberta**)

[...] peguei Herpes Zoster, ficou até marcado aqui, aí ela perguntou tu é confirmada é mulher? com uma cara de medo, elas dizem que é carimbada, que tem a boneca, isso é normal no grupo trans, umas se tratam outras preferem morrer [...] (**Geni**)

[...] no grupo da gente, quem entre a gente tem HIV/aids, elas em si já começam a julgar, já começa a dizer que a gente é nojenta, que a gente procurou isso, que a gente vai morrer, que não vai viver como elas, bonitas, não poder envelhecer, então no meio da gente é pior do que no meio dos heterossexuais [...] (**Ana Amsterdam**)

A Classe 1, intitulada por Determinação social e o contexto de vulnerabilidade, representou 26.04% dos ST. Essa Classe remete a circunstâncias de vulnerabilidade ao HIV/aids permeada pelas injustiças sociais, vinculada a sobreposição de preconceitos constituídos sob o crivo social ontológico e prescritivo ao HIV/aids.

As falas das entrevistadas contemplaram a história de vida com ênfase no cenário de injustiça social. A discriminação, violência, falta de recursos e de apoio familiar e social, somado a condição de soropositividade das mulheres transexuais, implica na precarização da vida. É questionável a visão social dicotômica que segregam as vidas que importam em detrimento das que são marginalizadas, incômodas e invisíveis.

[...] saí de casa, comecei a morar no meio da rua, dormir debaixo de ponte, casa abandonada... fui para a prostituição, comecei a usar drogas, fui presa [...](Ana Amsterdam)

[...]Não sabia o que era essa doença, aí tinha relação com os homens, eles também não me diziam e não usavam camisinha... sou arrependida. Amiga só tenho uma, minha família é o mesmo que não ter [...](Gisberta)

[...] já fui estuprada também eu tinha de 9 para 10 anos, pelo meu cunhado [...](Elza Soares)

[...]Na infância, minha relação com minha mãe foi bem conturbada, porque ela não me aceitava, já chegou em mim e disse que preferia um viciado em drogas do que ser homossexual e desde então comecei a focar nos meus estudos, fiz minha faculdade, acabei faz pouco tempo, trabalho na área e hoje minha família me ver de outro modo, me aceitam, me respeitam, minha mãe também [...](Maria Vila Matilde)

[...] quando eu me assumi, aí minha mãe não queria e me botou para fora de casa... (na rua) já jogaram horrores de coisas em mim: ovo, Coca-Cola, água, pedra, de tudo já jogaram já, na rua sempre jogam alguma coisa, lata, vidro [...](Geni)

Os relatos apresentam a vulnerabilidade social presente nos arranjos sociais. Este processo não tem origem essencialmente das características dos grupos jovens, transexuais, usuários de drogas ou pessoas que trabalham na prostituição, mas é relativo as representações de vidas que importam mediante aos sistemas institucionais.

[...]para os clientes eu uso camisinha para tudo, com pessoas que quero ter relações não uso. Eles não sabem que tenho HIV... Quando

o cliente vai fazer sexo oral em mim, geralmente é sem camisinha [...]
(Gisberta)

*[...] É preciso mais valorização, inclusão, de todos os lados, política, policial, se um policial para você não vai querer saber seu nome social, já aconteceu de parar e perguntar, qual é o seu nome? E eu dizer o nome social, aí ele disse, “não! Seu nome de homem” [...]***(Geni)**

*[...] no cotel, raspavam a minha cabeça, passaram a máquina zero, eu olhar meu cabelo caindo, sendo raspado alí no chão... todo mundo rindo de mim, todo mundo mangando, os caras da cela perguntando cade a mulher? Cade a mulher que eu não vejo mais ela? Virou um homem foi? Eu entrei em depressão, eu tinha uma toalha que eu colocava na minha cabeça e fazia de cabelo, eu não conseguia tirar aquela toalha colocava uma toalha para me sentir mais feminina [...]***(Ana Amsterdam)**

*[...] aí eles diziam assim quando a cadeia virar a gente vai pegar os frangos e os tarados vai colocar tudo na frente do pavilhão e vai tocar fogo para ninguém entrar e dizia que ia tocar fogo na gente [...]***(Ana Amsterdam)**

5 DISCUSSÃO

Os princípios organizacionais da comunicação em massa que nortearam, ao longo dos anos, a construção cultural das mulheres transexuais jovens refletem nas relações sociais alicerçadas ao estigma, preconceito e vulnerabilidade de origem individual, social e programática nas condutas de prevenção ao HIV/aids destes sujeitos sociais.

A representação social acerca do HIV/aids pode ser percebida no ideário social a partir de duas vertentes. A primeira atribui a transmissibilidade do vírus a “grupos de risco”, considerados fora dos padrões heteronormativos, e a segunda representação acentua a responsabilidade social, denuncia as injúrias sociais e propõe intervenções coletivas para as vulnerabilidades do indivíduo ao HIV/aids.

A representação social das mulheres transexuais sobre o HIV/aids do presente estudo segue a vertente ideológica que faz alusão a irrupção da epidemia, em meados da década de 80. Neste período, a propagação midiática apresentava o cataclismo da doença considerada “câncer gay” e noticiava a participação das mulheres transexuais nas noites parisienses em espaços de prostituição. Este contexto contribuiu com a construção social da aids pautada na ideia de “risco e promiscuidade”, associados a transmissão do vírus (BRASIL, 2015).

A personificação da aids aos estilos de vida considerados desviantes decorre da construção social dos corpos associada ao conservadorismo repressor, que repudia as expressões divergentes da heteronormatividade (PAIVA, 2018). A abjeção dos seres sociais, considerados fora dos padrões normativos, desafiou a origem do “ser e pensar queer”. Queer significa *estranho, exótico, incômodo, provocador e fascinante*. A expressão também abrange o “sujeito da sexualidade desviante”, que inclui as mulheres transexuais (LOURO, 2017).

A perspectiva queer surgiu nos EUA na década de 80 como crítica a biopolítica relacionada a ideia de grupos de risco para o HIV/aids, além da resistência aos movimentos gays e lésbicos desta época atrelado ao corpo gay idealizado, belo, desejável e heteronormativo, para a ampliação da análise dos processos de subalternidades dos corpos “queer” e crítica ao feminismo clássico estereotipado ao branco, de classe média, intelectual e elitista. Também para promoção da terceira onda feminista que adentra ao embate discursivo e amplo da definição de “mulher” mediante o prisma da diversidade sexual, raça, etnia, classes sociais e gênero (PAIVA, 2017).

A abordagem sócio-histórica revela a construção singular dos sujeitos a partir das relações que o mesmo estabelece com o ambiente e cultura. A natureza social do indivíduo e dos grupos com características semelhantes é mediada pelo pensamento identitário, que

materializa as representações sociais em expressões do senso comum (MAGALHÃES, 2014; JODELET 1989).

O discurso sobre o HIV/aids no universo representacional estudado foi constituído a partir da generalização da transmissão por vias sexuais, da incipiência das políticas públicas de prevenção e da morte social simbólica. A condição de soropositividade revela o silêncio e responsabilidade em não transmitir a doença, reduz a subjetividade à perda da identidade, converte a pessoa outrora sadia em vítima, paciente, ameaça, corpos sobreviventes, os quais necessitam narrar sua versão silenciada da história (INÁCIO, 2016).

A ideia de desesperança narrada no conto *Depois de Agosto* (1995), de Caio Abreu, simboliza o pensamento acerca da aids, ancorado ao estigma social, ao retratar o sentimento de ser “tarde demais” para a *alegria, saúde, vida, sobretudo para o amor*. A visão das mulheres transexuais sobre si e o sentido dado à doença reflete nas condutas preventivas, visto que, ao considerar a sorologia positiva para o HIV “*o fim de tudo*”, o luto vivenciado pode gerar a diminuição do autocuidado.

Pode-se identificar a significação do HIV/aids atrelado a memória social das grandes epidemias infectocontagiosas enfrentadas pela sociedade ocidental. O diagnóstico positivo para o HIV/aids está ancorado à metáfora de morte iminente, remete a peste, considerada um dos piores males da humanidade (MACHADO, 2016; OLIVEIRA, 2013).

O medo da morte é um fato comum entre as participantes do estudo. Tal sentimento é inerente ao ser humano, visto que representa um indicativo de perigo, sendo precursor natural para as condutas de proteção. Todavia, percebe-se que a condição de soropositividade não representa apenas o adoecimento, mas um fenômeno marcado por forte pesar, sofrimento psíquico, dicotomia entre pessoas “portadoras” e “sadias” e associação direta a comportamentos censuráveis e ancorados a tabus sociais (sexo, drogas, prostituição).

A década de 80 foi denominada a “era do disco”, devido a evidente expressão cultural da diversidade sexual que tinha por representantes os tropicalistas, como Dzi Croquettes, Secos e Molhados e Frenéticas. Por intermédio de performances artísticas e da música foi reverenciada a liberdade de expressão acerca do corpo, sexualidade, desejos e sentimentos que envolvem as identidades de gênero (SANTOS, 2010). Os artistas desta época retratavam a prevenção do HIV/aids por meio da música, a exemplo de “SIDA”, dos Secos e Molhados, que referia a imposição social para o uso do preservativo.

Na perspectiva do grupo estudado, a representação social do HIV/aids está associada a naturalização da doença e culpabilização, visto que as relações grupais, expressões, linguagens e relacionamentos englobam a ideia de predestinação ao adoecimento e baixa

perspectiva de vida. As mulheres transexuais estudadas consideram a soropositividade, presente no contexto transexual feminino, natureza tanto pejorativa quanto silenciada, o que impede relações de apoio, troca de conhecimentos e visibilidade para o enfrentamento da vulnerabilidade ao vírus.

As características epidemiológicas do HIV/aids, à priori, esteve relacionada ao meio artístico, classes sociais mais favorecidas e personificação da doença às identidades de gênero, usuários de drogas e profissionais do sexo (OLIVEIRA, 2013). Ao final da ditadura militar, os movimentos populares dos grupos marginalizados passaram a reivindicar direitos humanos e cidadania, a fim de desconstruir o ideário social baseado na opressão, censura, estigma e preconceito, visando propiciar a emancipação do senso crítico e o alcance da democracia (SANTOS, 2010).

O perfil representacional das participantes sobre a condição de soropositividade está ancorado às simbologias de medo e morte, evidente na sociedade, sobretudo nas décadas de 80 e 90, após a repercussão da doença. Percebe-se que o medo obstinado não se restringe a representação da característica letal da enfermidade, mas da forma de vivenciar a doença de forma excludente e desumana.

No decorrer da epidemia, as campanhas governamentais de prevenção ao HIV/aids do Brasil retratavam o processo de figuração da representação. Esta reflete o impacto da biopolítica na construção do “sujeito da aids” e detém a estética como dispositivo de normatização. Tais imagens icônicas foram repercutidas no âmbito midiático por órgãos da saúde pública.

De acordo com Bujes (2007), o processo midiático pode ser retratado a partir das seguintes fases:

Os **“Corpos desterrados”** (1987-1991): representado por corpos masculinos, magros, doentes e associados ao abandono nos leitos de hospitais. Os anúncios televisivos apresentavam a enfermidade como determinação para a culpa, medo e morte - “a AIDS ainda não tem cura e mata” (1987), “Eu tenho AIDS. Eu não tenho cura” (1991).

Os **“Corpos que precisam de força”** (1994-2000): esta fase compreende a posição de vulnerabilidade da mulher mediante ao HIV/aids. As campanhas tiveram por enfoque o empoderamento, sendo as mulheres referenciadas como cuidadoras e os homens como perturbadores desse cuidado, o que atribui responsabilização pela prevenção. Nesta fase, o binarismo de gênero é um fator de hierarquização no qual a mulher detém inferioridade em relação ao homem. Todavia, o uso do preservativo (geralmente o masculino) e monogamia mútua, condutas que não dependem só da mulher, e o incentivo para andar com um

preservativo na bolsa atribuíam ideia de “mulher fácil”. Os anúncios exaltavam: “Eu me amo” e “Negociação”, ambos de 1995.

Os **“Corpos cheios de força”**, a partir do ano 2000: sendo evidenciada a ideia de vitalidade, o mercado publicitário noticiava o uso dos antirretrovirais para tratamento do HIV/aids através de corpos considerados saudáveis, que exaltavam a beleza física a partir de músculos, a fim de promover a ideia de longevidade das pessoas com HIV.

É importante destacar as representações produzidas junto as indústrias farmacêuticas que, por vezes, omite sob a normatização do modelo de corpos os efeitos colaterais (lipodistrofia) relacionados as drogas utilizadas e as dadas representações que caracterizam essas pessoas como “aidéticas”, além da própria subjetividade dos indivíduos e grupos que vivem com HIV/aids.

O ideário social constituído sob a ideia de castigo, punição e associada à culpabilização dos indivíduos acometidos sobre si mesmos, por acreditar que poderia ter evitado a contaminação, reforça a ideia de “comportamento de risco”. Este aspecto resulta em isolamento e configura-se em principal causa da morte social (POLETTI, 2015).

O curso da epidemia da aids, ao longo da história, passou a revelar o acometimento de pessoas consideradas não vulneráveis (crianças, idosos, heterossexuais, mulheres com relacionamento monogâmico) e processo de “pauperização” (habitantes de periferias) das pessoas acometidas (OLIVEIRA, 2013; AYRES, 2016); além do processo de feminização com direcionamento ao combate do HIV/aids as mulheres, incluindo-se as lésbicas e transexuais (BRASIL, 2015).

Corroborando com estudos anteriores (JESUS, 2017; REISNER, 2016; SHACHAM, 2016), os sentimentos negativos de medo, estigma e depressão interferem na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. O estigma social resulta na negação da doença e implica na exclusão social, baixa adesão ao tratamento e potencializa a vulnerabilidade ao vírus (OLIVEIRA, 2017).

A negação do estado sorológico configura-se em estratégia para minimizar o estigma. Todavia, a falta de apoio familiar, que ocorre desde a revelação da identidade de gênero durante a juventude, contribui para o desenvolvimento de transtornos depressivos e risco de suicídio (JESUS, 2017). Comumente, as mulheres transexuais são acolhidas por pessoas do convívio de amizade, mas o estigma relacionado a doença impede o diálogo e, conseqüentemente, o apoio mútuo.

De acordo com Abric (2001), a formação e transformação das representações sociais da aids refletem em diferentes relações com a juventude para além da prevenção, do uso do

preservativo e da própria enfermidade. O fenômeno da aids é influenciado por fatores prescritivos que irão refletir nas condutas, sendo a aids “*uma interrogação viva da moral e da ética do cotidiano*”.

A partir dos relatos, pode-se notar que a juventude é um período desafiador no ciclo de vida das mulheres transexuais, visto que a expressão da feminilidade passa a ser mais operante e, assim, representa a ruptura da normatividade. De forma geral, a família cria expectativas quanto a uma possível reversão de comportamento e, ao identificar a irreversibilidade, os vínculos relacionais se fragilizam ou rompem. O desfecho é o afastamento do núcleo familiar de forma violenta e uma busca por suporte de amigos para socialização.

No geral, as participantes deste estudo apresentam baixo nível de escolaridade e de renda, baixo conhecimento sobre o HIV/aids e não possuíam vínculo religioso. Estes fatores implicam em maior exposição a eventos de vulnerabilidade ao HIV que poderiam ser prevenidos a partir do pensamento crítico e empoderamento acerca das formas de transmissão e enfrentamento da doença (COLEMAN, 2016).

A evasão escolar por jovens transexuais é elevada. Este fator decorre do preconceito e das constantes situações de violência sofridas por estudantes e professores, a partir de condutas normativas que não consideram a diversidade, a exemplo da não utilização do nome social durante a chamada, da falta de acesso ao banheiro de acordo com o gênero, da exclusão nas atividades devido a divisões binárias e do cotidiano marcado por agressões físicas, psicológicas e verbais. Este contexto limita o acesso dessas pessoas nas universidades e as que ingressam se tornam alvo da transfobia. É possível perceber o impacto da abjetivação transexual feminina que delineia a juventude como experiência de perdas e dor (FEDORKO, 2017).

De acordo com uma pesquisa realizada nos EUA, o impacto psíquico decorrente da violência na escola e da rejeição familiar sobre os jovens transexuais são as principais causas, em média, a 45% dos jovens transexuais dos 18 aos 24 anos de idade, sendo as tentativas de suicídio mais prevalentes para aqueles que são HIV-positivos (51%) (HAAS, 2014).

A violência diária, por vezes naturalizada, provocada pela sociedade, é enfática nas ruas, sobretudo, por policiais. Nos centros prisionais é expressa por meio de torturas, humilhações, violência física, sexual e psicológica, sendo descrita por uma das participantes como pior experiência vivenciada. Vale ressaltar que, atualmente, o Brasil é o país com o maior quantitativo de assassinatos de pessoas transexuais no mundo; o quantitativo de

assassinatos no país representa, em média, 40% de todos os assassinatos reportados em todo o mundo desde 2008 (FEDORKO, 2017).

A juventude transexual também pode ser encarada como período de libertação para novas experiências, que se intensificam a partir da transformação do corpo. O uso de hormônios de forma indiscriminada e a aquisição de dinheiro por meio da prostituição e circulação noturna se configuram em situações ambivalentes de algumas mulheres transexuais, permeadas por risco, prazer, violência e aceitação (SILVA, 2015).

Por outro lado, o ser de direitos deve ser pensado no âmbito da saúde pública como alvo de estratégias para o empoderamento. As jovens transexuais devem ser compreendidas como potenciais modificadoras da própria realidade. Diante disso, a retórica de representar essas pessoas como problema social deve ser desconstruída. A construção de espaços para acolhimento, a escuta qualificada, o enfrentamento da transfobia, a promoção da saúde e compressão dos fatores de vulnerabilidade ao HIV/aids para a preparação e enfrentamento das adversidades são recursos para o alcance da equidade que devem ser garantidos.

Finalmente, o alcance do princípio de equidade às jovens transexuais em situação de vulnerabilidade ao HIV/aids demanda de ações preventivas no âmbito da saúde pública. A PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) consiste em recurso preventivo de utilização de antirretrovirais por pessoas que não estão infectadas pelo HIV e a PEP (Profilaxia pós-exposição) consiste em uma medida de prevenção à infecção pelo HIV a partir do uso de medicação em até 72 horas após a exposição ao vírus. (BRASIL, 2017).

No Brasil, apesar dos avanços no âmbito da prevenção do HIV/aids como a oferta de medicamentos e a disponibilização de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) pelo SUS, o baixo acesso a informações por pessoas vulneráveis é um fator limitante para o controle da epidemia. Por vezes, o conhecimento dos recursos preventivos não está ao alcance das pessoas vulneráveis, além disso, o discurso do poder médico-científico ainda se revela unidirecional, voltado ao modelo biomédico.

No campo de acesso aos mais benéficos antirretrovirais, o conservadorismo, no Brasil, e a falta de transparência entre sociedade civil e governo contribuem com o aprofundamento das desigualdades. No que tange o acesso às novas combinações de antirretrovirais, não há nenhum impedimento para o Brasil produzir e/ou comprar versões genéricas de determinados medicamentos de alto custo. Contudo, as empresas multinacionais ainda fornecem estes medicamentos, alegando que existem pedidos de patentes pendentes de análise no Brasil (PARKER, 2016).

O Brasil segue a tendência internacional, com a estratégia “Testar e Tratar”, em que todas as pessoas diagnosticadas com HIV, independentemente do nível de CD4 ou de carga viral, devem iniciar o tratamento imediatamente com a combinação “3 em 1” (lamivudina, efavirenz e tenofovir). Nos EUA, Inglaterra, Espanha e em outros países do eixo Norte esta combinação é considerada ultrapassada, sobretudo, pelos efeitos colaterais de médio e longo prazo. O retrocesso para o cuidado às milhares de pessoas que iniciam seus tratamentos são reflexos da biopolítica e da desigualdade entre os que possuem recursos para a saúde e os que estarão condenados aos agravos clínicos e efeitos colaterais, sendo uma ameaça e descaso à vida das pessoas que vivem com HIV/aids (PARKER, 2016). No entanto, em decorrência de pressões sistemáticas de organizações da sociedade civil, o governo, por meio da portaria 35/2016, autorizou a introdução de dois novos medicamentos no tratamento inicial que possuem menos efeitos colaterais, o que contribuiu com a adesão ao tratamento e a qualidade de vida destas pessoas (ABIA, 2016).

Ao analisar as campanhas de prevenção ao HIV/aids realizadas pelo Ministério da Saúde durante o período carnavalesco, no decorrer dos últimos dez anos, todos os *slogans* foram direcionados ao público jovem de forma impositiva - “use camisinha”, com exceção ao ano de 2009, que teve por enfoque as mulheres com mais de 50 anos: “Homem sem camisinha a gente não atura”; “Use camisinha. É coisa de mulher segura”.

Segundo Abric (2001), as ações preventivas precisam estar coesas a contextualização dos processos históricos e sociais dos indivíduos ou grupos. Os jovens, por vezes, compreendidos como problema social, seres sem inteligibilidade, não são analisados mediante as representações. O “problema” da aids não deve ter por referência os comportamentos referenciados a juventude pelo senso comum, mas analisados mediante as circunstâncias de desigualdades, injúrias e vulnerabilidades sociais.

As categorias elencadas no presente estudo, a partir da associação livre de palavras, apresentaram a influência das vulnerabilidades sociais nas condutas preventivas. A aids, para as entrevistadas, representa a significação da morte materializada em pensamentos e expressões pautadas sob a injúria social que finda no desejo de vingança.

A partir dos resultados, foi identificado o pensamento de “transmitir a doença já que transmitiram para mim”. O desejo de vingança, materializado em condutas criminosas de transmitir intencionalmente o vírus, revela a tensão gerada em relação a doença que resulta em lacunas para a prevenção. O vírus representa tanto uma ameaça quanto um recurso para a letalidade: algumas participantes referiram satisfação em transmitir o vírus para o alcance de “justiça” e conforto ao compartilhar a condição de soropositividade.

A negação da condição de sorpositividade e o desejo de vingança são fatores que culminam na transmissibilidade do vírus. Algumas entrevistadas referiram ignorar o diagnóstico, já outras admitiram a intensão em transmitir. Esses fatores remetem a construção social da aids como doença letal e, ao ser incorporada por sentimento de negação ou ódio, culmina em fracassos na prevenção.

A dualidade das representações constituídas sobre as condutas preventivas das mulheres transexuais em relação ao HIV/aids, no mesmo período histórico, gera tensões entre o saber consensual direcionado a memória coletiva estigmatizada, a partir de opiniões preconcebidas e preconceituosas e o reconhecimento da influência histórica e social nos fenômenos prescritivos à vulnerabilidade ao vírus.

Vale ressaltar que o curso da epidemia do HIV/aids no Brasil, África do Sul e Moçambique, países geograficamente localizados no eixo Sul, possuem em comum o contexto de desigualdades sociais e baixas condições de vida. Atualmente, esses países estão envolvidos por tensões da supremacia do capitalismo financeiro e neoliberalismo de privatização, desregulamentação de direitos e Estado minarquista mediante as políticas sociais. A incipiência de estratégias para o controle e a transformação está ancorada ao modelo patriarcal, capitalista, racista e sexista, de herança colonial, que contribuem com a vulnerabilidade. Apesar da redução de óbitos por aids, no Brasil, devido a introdução da terapia antirretroviral, em 1996, e enfrentamento da epidemia, formalizada pela Constituição de 1988, o HIV/aids tem apresentado crescimento em regiões e classes sociais específicas, com expansão entre mulheres e a população mais pobre, além do interior do país (VIEIRA, 2014).

As experiências de vulnerabilidade ao HIV, violência e estigma referidos pelas participantes deste estudo, coincidiu com outros estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), Brasil e Índia. As mulheres transexuais que são profissionais do sexo estão expostas a situações de violência física, sexual e abuso mediante a negociação para o uso do preservativo. Além disso, estes estudos enfatizam a violência e opressão nos âmbitos comunitários, laborais e policial. Percebe-se que a sobreposição de identidades sociais marginalizadas das mulheres transexuais, que são profissionais do sexo, somada as desigualdades sociais (falta de habitação, emprego, pobreza e preconceito), são fatores que contribuem com a vulnerabilidade ao HIV/aids (SMITH, 2017; GANJU, 2017; SILVA, 2016).

Ao analisar o contexto social das participantes à luz do pensamento foucaultiano (1999) acerca da biopolítica, é relevante reconhecer o domínio do Estado sobre a vida para

perceber as lacunas do processo saúde/doença. O exercício do poder político-social, de acordo com este filósofo, tem início na história ocidental moderna, em meados do século XVIII, sendo vinculado ao caráter disciplinar para a formação de “corpos dóceis” e, posteriormente, ampliado para a ideia de estatização do Estado sobre a população. Este pensamento pode ser identificado nas condutas do setor saúde que perpetuam o modelo biomédico, sexista, binário e voltado essencialmente à medicalização. Nesta perspectiva, o cuidado tem por evidência o enaltecimento do corpo biológico como referência de força e vitalidade, todavia, não atende as demandas de promoção da autonomia dos sujeitos, educação, acesso à saúde, segurança, da vida em sociedade e da qualidade de vida apesar de sua soropositividade.

A busca contínua por “solução” para o controle da epidemia representa a ideia ufanista de tratar, politicamente, a prevenção da aids de forma “definitiva” a partir de medicamentos. A dicotomia entre o “fazer viver” implica na oferta de exames e no acesso universal ao antirretroviral, contudo, o “deixar morrer” consiste na omissão da vulnerabilidade nas relações sociais que resultam em fracasso nas ações preventivas no âmbito da saúde (SEFFNER, 2016).

O enfrentamento do HIV/aids requer o combate a homofobia, a promoção da qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV/aids, o empoderamento dos jovens sobre sexualidade, identidade de gênero, transmissão e criminalização, coesa aos direitos humanos (SEFFNER, 2016).

As ações de prevenção voltadas, essencialmente, para o uso de preservativo nas relações sexuais não contemplam as demandas por empoderamento acerca da doença em relação a vida das pessoas em sociedade: contexto social, cultural e político; disponibilização de recursos materiais, comunicação, escolaridade e esforços programáticos (AYRES, 2016).

No âmbito programático, os serviços de saúde estão alicerçados ao estigma e preconceito ainda presentes nas representações dos profissionais em relação a doença (MACHADO, 2016). As barreiras para o acesso das mulheres transexuais aos serviços de saúde pública decorrem da falta de acolhimento e preparo dos profissionais de saúde. Além disso, o desrespeito ao nome social adotado pelas mulheres transexuais e a discriminação foram relatados pelas participantes deste estudo e de outras pesquisas realizadas no âmbito da saúde pública (ROCON, 2016).

É importante mencionar que a dinâmica assistencial do serviço de atendimento ambulatorial para HIV/aids do hospital de referência é composta por etapas de agendamento de consultas, dispensação de medicações e atendimentos especializados, realizados pela equipe multiprofissional de saúde.

Mediante a rotina assistencial sobrecarregada frente à elevada demanda de atendimento neste serviço público, percebe-se que este cenário apresenta-se pouco acolhedor às especificidades dos indivíduos LGBT de forma equânime, sobretudo, para o cuidado integral às mulheres transexuais.

Apesar da baixa oferta ao cuidado longitudinal nos serviços de saúde de maior complexidade, estas mulheres, na maioria das vezes, optam por assistência especializada a fim de suprir as necessidades de saúde emergenciais em detrimento dos serviços de Atenção Primária a Saúde, devido as barreiras encontradas: violação da confidencialidade, falta de acolhimento, não ser atendida pelo nome social e despreparo dos profissionais de saúde para atender às suas especificidades.

No mundo, as mulheres transexuais enfrentam inúmeras dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Comumente, estas pessoas sofrem discriminação e não recebem cuidados de saúde “trans-específicos”, tão pouco têm acesso a materiais de educação sexual “trans-inclusivos” que contribuam com o empoderamento (FEDORKO, 2017).

Os resultados revelam que os direitos à saúde das mulheres transexuais não são assegurados no âmbito da saúde pública, sobretudo, nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Assim, como apresentado em outro estudo, as experiências negativas incluem estigma e cuidados direcionados ao sexo biológico em detrimento das especificidades da identidade de gênero, condição de soropositividade e contexto social (DIVAN, 2016).

A incipiência das políticas públicas de saúde no Brasil e a imposição das medidas preventivas não são suficientes para transformar a força representacional que opera em uma sociedade e influencia o processo saúde/doença das mulheres transexuais que vivem com HIV/aids. Essas pessoas irão torna-se agentes modificadores da própria história ao transpor a participação em espaços de militância e gerir posições no campo de ensino, trabalho, arte, político e de saúde para participar da construção social de forma inteligível.

É imprescindível questionar os espaços ocupados pelas mulheres transexuais na sociedade. A partir do quantitativo dessas pessoas nas escolas, universidades, nos centros de saúde e a presença nas ruas em locais de prostituição, pode-se indagar: na mídia, quantas são apreciadas por seu trabalho? E quantas são referidas por violência? Quantas sobrevivem à violência social? Pode-se fazer analogia a figura abjeta das mulheres transexuais e as formas que são “benditas” na sociedade à música Geni e o Zepelim de Chico Buarque.

Percebe-se que as mulheres transexuais encontram na prostituição um meio de sobrevivência e acolhimento, sobretudo, aquelas que foram excluídas do âmbito familiar. No entanto, a prostituição não é o único meio de trabalho e também não implica a todas a

exploração do corpo, mas pode ser espaço para expressão da feminilidade, visto que os cuidados com o corpo e aparência requer recursos financeiros para auxiliar na constituição da feminilidade (LONGARAY, 2016). Nesta perspectiva, a prostituição deve ser considerada como uma atividade laboral que merece atenção dos profissionais de saúde.

Vale ressaltar que nem toda mulher transexual é profissional do sexo; é preciso desmistificar essa associação precursora de estigma e exclusão social. Algumas delas trabalham prostituindo-se, pois são excluídas de outros espaços sociais, todavia, esse contexto as tornam susceptíveis às situações de risco à violência (LONGARAY, 2016).

A violência contra as pessoas transexuais acontece em diversos espaços sociais, tendo início no âmbito familiar, perpassando aos locais públicos, serviços de saúde, escola, sobretudo nas ruas, zona de perigo para as travestis e transexuais.

As participantes do presente estudo relataram que a exclusão familiar decorre da não aceitação as transformações de comportamento e produção à feminilidade. A fragilidade do apoio e as violências físicas e psicológicas das mulheres transexuais são referidas na literatura como fator limitante para o enfrentamento (SILVA, 2015).

Quanto à inserção das jovens transexuais no mercado de trabalho, as ocupações nos setores de telemarketing, beleza, alimentos, além da prostituição, são os que mais prevalecem, sobretudo, por aquelas que possuem baixa escolarização, baixo nível socioeconômico e que foram expulsas do núcleo familiar (MARINHO, 2017). Segundo pesquisa realizada no Reino Unido, 36% das pessoas transexuais que trabalham formalmente pediram demissão de seus empregos por vivenciarem situações discriminatórias e até 60% já sofreram violência por transfóbicos no local de trabalho (TOTALJOBS, 2016).

As ruas e o contexto de prostituição foram referidos como experiência comum para a maioria das participantes da presente pesquisa. A rua configura-se, por vezes, em único local considerado propício para a sociabilidade e trabalho. A prostituição das mulheres transexuais comumente tem início na juventude, as quais vivenciam situações de risco, mas também de construção da feminilidade, busca por prazer e aceitação (SILVA, 2015).

No campo da visibilidade feminina, a primeira onda do feminismo ficou conhecida por “Sufragista”, sendo pautada na garantia do voto e de políticas públicas para as mulheres. A segunda onda explicitou a condição de feminilidade no conjunto de características sociais que determinam o feminino, influenciada pela socialização e luta por direitos, por igualdade de gênero, e foi marcada pela expressão “ninguém nasce mulher, torna-se” (1967), de Simone de Beauvoir. A terceira onda reivindica a generalização e recai sobre os marcadores sociais de

raça, classe, orientação sexual e identidade de gênero e opressão do machismo que permeia todas as mulheres sob divergentes faces.

A mulher assume funções, responsabilidades e condutas nos relacionamentos afetivos-sexuais socialmente construídas. Diante disso, percebe-se que a relação de gênero configura a mulher transexual situações de inferioridade em relação à figura masculina que são precursoras de violência e vulnerabilidade ao HIV/aids.

Vale ressaltar que uma das entrevistadas chorou ao relatar situações de violência de gênero vivenciada com o ex parceiro. A relação de poder do homem sobre a mulher transexual revela a construção dos corpos dóceis, referida por Foucault (1999). A passividade construída a partir de ideias sexistas e binárias, em relacionamentos heterossexuais, coloca a mulher em posição de inferioridade e vulnerabilidade.

A criticidade do “ser mulher”, na ótica da transfeminilidade, como forma de “mulheridade”, inicia-se a partir dos questionamentos de Judith Butler: “*quem é o sujeito do feminismo?*”, “*É possível, pensar de forma categórica e universalizante em ‘mulher’?*”. Essas indagações remetem, de forma crítica, a insuficiência da generalização e universalização da categoria “mulher”, visto que o enquadramento as condições para a feminilidade são insuficientes mediante as vivências, expressões e flexibilidade da feminilidade de “mulheres”, sendo possível pensar em “mulheridades” e desconstrução do ideal feminino relacionado à biologia do corpo (BUTLER, 2017; RODOVALHO, 2017).

Apesar das peculiaridades cisgênero e trans, a opressão de origem sexista e a demanda por enfrentamento compõe a perspectiva de ambas para o feminismo. No entanto, o feminismo radical não legitima as mulheres transexuais como mulheres, todavia, cis ou trans (metáforas ou figuração) segrega a polissemia da palavra “mulher” (RODOVALHO, 2017).

A música “Mulher”, da artista Mc Linn Quebrada, faz alusão à compreensão da feminilidade das mulheres transexuais na construção social ao afirmar que “*seu segredo ignorado por todos até pelo espelho*”, “*ela é diva da sarjeta, o seu corpo é uma ocupação*”. Percebe-se que a música apresenta, de forma crítica, a construção da identidade transexual pautada sob exclusão extrema e vulnerabilidade na vida em sociedade.

Ao referir a prostituição como condição de sociabilidade e trabalho, algumas entrevistadas relataram, de forma detalhada, situações de violência enfrentada com expressões deprimidas. A violência sexual esteve presente em um ou mais momentos da história de vida da maioria das participantes deste estudo, no âmbito familiar, nos espaços públicos e sistema penitenciário, sendo este último referido como local de maior exposição à violência e ao HIV.

Por vezes, a fetichização construída sobre os corpos das mulheres transexuais resulta em fator de vulnerabilidade ao HIV/aids, visto que estas são consideradas produtos de comercialização sexual. Este contexto as torna susceptíveis a todos os tipos de violência (BARRET, 2016).

A perda da vida social está presente na exposição ao constrangimento, exploração do corpo, violência, injúria social e, sobretudo, a perda do futuro. A música “Balada de Gisberta”, composta por Pedro Abrunhosa, retrata a história verídica de uma mulher transexual mantida em cárcere por um grupo de adolescentes, submetida à violência física e psíquica. Posteriormente assassinada, seu corpo foi encontrado no fundo de um poço. O trecho “*perdi-me do nome, hoje podes me chamar de tua, dancei em palácios, hoje danço na rua...apagaram-se as luzes, é o futuro que parte*” retrata a realidade de marginalização vivenciada pelas mulheres transexuais.

O pensamento social, ao questionar a importância de seres abjetos, imediatamente distingue o “eu” do “eles”. A vulnerabilidade contempla, sobretudo, aqueles que não se percebem vítima da precariedade sob o status de vida “sem valor”, intrínseco nas relações sociais. Ao pensar “o que representa para mim?”, a vulnerabilidade intrínseca aos fenômenos sociais prevalece na medida em que a luta finda em sua matriz e a representação permanece opressora (SEFFNER, 2016).

A investigação da representação social na construção das condutas preventivas tem por alvo não mais o sujeito diante do seu conhecimento ou recursos disponíveis, mas a complexidade das relações sociais e o potencial de enfrentamento mediante os obstáculos para o alcance da saúde. O cuidado técnico é indispensável, todavia, é necessária a implementação de estratégias que promovam mudanças de concepções para o alcance da autonomia (AYRES, 2016).

Pode-se notar, diante dos discursos das participantes do presente estudo, que fragilidades entre o grupo são decorrentes de representações estereotipadas. O enfrentamento do HIV/aids requer fortalecimento identitário e empoderamento coeso a emancipação individual e conscientização coletiva. Neste sentido, é imprescindível reconhecer que as representações sociais são constituídas pelo senso comum, visto que impactam, influenciam e responsabilizam a todos os atores sociais, todavia, por vezes, é tida como ideia natural e imutável. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as barreiras sociais, tensões ideológicas e a relação histórica às novas descobertas e concepções aceitas socialmente que participam do processo saúde/doença.

No âmbito da saúde, o processo saúde/doença compreende os impactos produzidos pelos determinantes sociais de saúde e das situações de vulnerabilidade na manutenção do bem estar físico e psíquico. Nesta perspectiva, o empoderamento consiste em importante ferramenta dialógica emancipatória para a modificação da realidade. As ações de educação para a troca de conhecimentos, vivências e apoio mútuo entre as mulheres transexuais possibilita o fortalecimento para a expressão da identidade de gênero, sexualidade e afetividade de forma segura.

Assim, o empoderamento é o alicerce necessário para mudança de ideologias sociais e rompimento da opressão que permeia a rotina as mulheres transexuais. Para tal, é necessário a participação dos atores sociais, como profissionais da saúde, família, educadores e comunidade, para a promoção da cultura de paz e diminuição do estigma e marginalização vivenciada pelas mulheres transexuais.

O âmbito da Enfermagem, ciência composta majoritariamente por pesquisadoras e atrelada ao cuidado técnico feminino desde sua origem, consiste em campo marcado por uma essência rígida que pode favorecer a expressão binária do cuidado, como atributo essencialmente da mulher. O desafio de “queerizar” essa ciência lança a pauta da ampliação das práticas de cuidado do profissional da Enfermagem, sujeito social, sob o prisma da representação social projetada ao objeto do cuidado (SOUZA, 2015).

O profissional da Enfermagem precisa estar apto para atuar no enfrentamento das desigualdades de gêneros e raciais, valorizar a trajetória pessoal e cotidiano das mulheres transexuais jovens, reconhecendo-as como sujeito de direitos, ampliar as discussões acerca do estigma e discriminação relacionados ao HIV/aids, promover escuta qualificada, acesso à informações, espaços para a reflexão acerca dos direitos e inclusão social. Além disso, participar da dinâmica da rede de atenção, interagindo com a família e a comunidade, e de serviços da saúde de baixa, média e alta complexidade, seguindo os princípios do SUS e dos direitos humanos.

Compreende-se que o fenômeno em estudo está inserido em um contexto histórico, social, cultural e assistencial em saúde ancorado ao preconceito e estigma, o que dificultou, em algumas entrevistas, que a participante verbalizasse com maior profundidade e detalhamento acerca da representação social sobre a prevenção do HIV/aids. Apresentou por limitações o estigma relacionado ao HIV/aids, visto que a temática envolve tabus e preconceitos, o que pode ter contribuído com restrições nos resultados. Além disso, o pequeno quantitativo de estudos com esta temática limitou a discussão e comparações.

A identificação da representação social sobre a prevenção do HIV/aids tem o potencial de compreender os saberes práticos do senso comum coeso aos significados e os valores em que eles estão alicerçados. Diante disto, é possível situar os indivíduos e os grupos no campo social, viabilizando a construção de uma identidade social e pessoal complacente ao sistema de valores construídos socialmente.

O presente estudo irá viabilizar a criticidade e a desconstrução de dicotomias sociais pautadas em estigma e estereotipagem que resultam na morte social das mulheres transexuais que vivem com HIV/aids. Além disso, irá contribuir com o alcance da integralidade da atenção à saúde das mulheres transexuais, visto que permite a criticidade mediante o processo saúde/doença e os processos históricos e sociais que permeiam as representações e formas de lidar com o adoecimento. Além disso, irá subsidiar ações de promoção a saúde para romper barreiras sociais que implicam em estigma e marginalização.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação das representações sociais das mulheres transexuais sobre o HIV/aids propiciou a identificação das condutas preventivas frente às significações e construção do “pensar e agir” deste grupo social. As significações de medo, morte iminente e culpabilização, além das ideias de predestinação e naturalização da doença ao grupo, foram identificadas na trajetória de vida, linguagem, cotidiano e condutas mediante o enfrentamento da epidemia.

Percebe-se que a influência do fenômeno da aids, ao longo da história, somado ao preconceito e injúrias sociais relacionadas a identidade de gênero, são fatores sociais prescritivos para o processo saúde/doença.

A construção de condutas preventivas para o HIV/aids implica no enfrentamento do preconceito e da violência nos diversos segmentos sociais, a partir de intervenções que contribuam com a visibilidade da identidade de gênero transexual feminina. A identificação da dinâmica social respalda implicações científicas de forma relevante para a saúde, política e construção social, visto que a perspectiva representacional não estabelece razões, conceitos ou predeterminações definitivas, mas possibilita confrontar tendências, mudanças sociais e trajetórias ideológicas nas relações entre o ser humano e a sociedade.

O presente estudo irá contribuir com o compartilhamento de saberes e o Estado da Arte no âmbito das ciências da saúde, de forma a reorientar o cuidado às mulheres transexuais que vivem com o HIV/aids e escopo para a construção de ações de educação em saúde, a fim de ampliar a capacidade de respostas ao retrocesso e proporcionar a garantia dos direitos humanos. Assim, irá viabilizar a conscientização dos pensamentos, valores, ideias e visão de mundo, materializados nas condutas preventivas, sendo importante recurso para a criticidade no âmbito da saúde.

Considerações finais ou a luta deve continuar? O enfrentamento da epidemia requer cidadania, solidariedade e democratização na construção do cuidado preventivo. O enfermeiro integra e colabora com a equipe multiprofissional na prestação do cuidado integral, podendo exercer a função de operador ou profissional de referência na construção de intervenções educativas. É preciso romper o silêncio e os limites do conservadorismo e ousar o diálogo aberto entre os atores e setores sociais, com base nos direitos humanos, para a manutenção da vida das mulheres transexuais que vivem com HIV/aids no Brasil e no mundo.

REFERÊNCIAS

- ABIA. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS**. Incorporação do Dolutegravir terá impacto na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, 2016. Disponível em: <http://abi aids.org.br/para-abi a-incorporacao-do-dolutegravir-tera-impacto-na-qualidade-de-vida-das-pessoas-que-vivem-com-hiv/29467>
- ABRIC. **Prácticas sociales y representaciones**. 1.ed., México: Ediciones Coyoacán, 2001.
- AYRES, J.R.C.M. Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução da Vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VA, Castilho CG, Wen CL (orgs). **Clínica Médica**. 1a ed. Barueri: Manole, v.1,p.437-455, 2016. Acesso em:22 out. 2017.
- AYRES, J.R.C.M.; et al. O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. **Tratado de Saúde Coletiva**, p.375-417, Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-53913>>. Acesso em:22 out. 2017.
- BARRET, B.J.; SHERIDAN, D.V. Partner Violence in Transgender Communities: What Helping Professionals Need to Know. **Journal of glbt family studies**, v.0,n.0,p. 1–26, 2016. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1550428X.2016.1187104>>. Acesso em:22 out. 2017.
- BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem, e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2015.
- BEZERRA, V.P.; et al. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev. Gaúcha de Enferm**, v.36,n.4,p.70-6, 2015.Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44787/35668>> Acesso em:22 out. 2017.
- BENTO, B. O que é transexualidade. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília- DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em:22 out. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510, de 7 de abril de 2016**. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas. Considerações para a relação pesquisador-participante no processo da pesquisa. Brasília- DF, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em:22 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_adolescentes.pdf>. Acesso em:22 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. Transexualidade e travestilidade na saúde.

Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf> Acesso em: 22 out. 2017.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf> Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Ano V, n.1, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Paula%20Abreu/Downloads/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para a organização dos serviços de saúde que ofertam a Profilaxia Pré-exposição sexual ao HIV (PrEP) no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/65067/diretrizes_prep_11_2017_web.pdf?file=1&type=node&id=65067&force=1>. Acesso em: 22 out. 2017.

BROILO, R.; AKERMAN, J. Políticas públicas de saúde para a população LGBT no Brasil: identidades sexuais e novas zonas de exclusão. **Cadernos de Gêneros e Diversidades**, v.1,n.1,p.232–250, 2015. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/13571/11004>>. Acesso em: 22 out. 2017.

BUDÓ, M.L.D.; et al. Cuidado e cultura: uma interface na produção do conhecimento de enfermagem. **J. res.: fundam. care. online**, v.8,n.1,p. 3691-3704, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27378>>. Acesso em: 22 out. 2017.

BUJES, M.I.E.; SOMMER, L.H. **Educação e cultura contemporânea: articulações, provocações e transgressões**. 1. ed. Rio Grande do Sul: Ulbra, 2007.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade**. 13.ed. Rio e Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**. Ribeirão Preto-SP, v.21,n.2,p. 513-518, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

COLEMAN, J.D.; et al. Social Determinants of HIV-Related Stigma in Faith-Based Organizations. **Am J Public Health**, v.106,n.3,p. 492–496, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4815751/>>. Acesso em: 22 out. 2017.

COLOMÉ, J.S.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Educação em Saúde: por quem e para quem? a visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.21,n.1,p. 177-84, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a20v21n1.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DIVAN, V.; et al. Transgender social inclusion and equality: a pivotal path to development. **Journal of the international aids society**, v.19,n.2,p. 20803, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949312/>>. Acesso em:22 out. 2017.

DOURADO, I.; et al. Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.32,n.9,p. e00180415, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00180415.pdf> >. Acesso em:22 out. 2017.

FARR, R. M. **Representações Sociais: a teoria e sua história**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

FEDORKO, B; BERREDO, L. **O círculo vicioso da violência: pessoas trans e gênero-diversas, migração e trabalho sexual**. Transgender Europe, v.19, p.15, 2017. <Disponível em <http://transrespect.org/wp-content/uploads/2018/01/TvT-PS-Vol19-2017.pdf>> Acesso em: 15 fev. 2018.

FERREIRA JUNIOR, S.; FRANCISCO, P.M.S.B.; NOGUEIRA, P.A. Perfil de travestis e transgêneros: tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. **Rev Panam Salud Publica**, v.40,n.6, 2016 Disponível em: < <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n6/410-417/pt>>. Acesso em:22 out. 2017.

FONSECA, J.Z.B.; OLIVEIRA, K.C.S. Objetivação. **Cadernos Cespuc de Pesquisa**, n.23,p. 37-42, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoscespuc/article/view/8301/7182>>. Acesso em:22 out. 2017.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27,n.2,p. 389-394, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em:22 out. 2017.

FOUCAULT. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999

FURTADO, F.M.S.F.; et al. 30 anos depois: Representações Sociais acerca da Aids e práticas sexuais de residentes de cidades rurais. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, p. 074–080, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0074.pdf>. Acesso em:22 out. 2017.

GAMA, A.S.M.; et al. As dimensões do cuidado de enfermagem às pessoas vivendo com a síndrome de imunodeficiência adquirida. **Rev enferm UFPE on line**, v.10,n.10,p. 3734-42, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11438/0>>. Acesso em:22 out. 2017.

GANJU, D.; SAGGURTI, N. Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. **Culture, Health & Sexuality**, v.19,n.8,p. 903-917, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28132601>>. Acesso em:22 out. 2017.

GARCIA, S.; et al. Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. **Demografia em Debate**, n.5,p. 418-447, 2015. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/ebook/article/view/59>>. Acesso em:22 out. 2017.

GUADAMUZ, T.E.; et al. Psychosocial health conditions and hiv prevalence and incidence in a cohort of men who have sex with men in bangkok, thailand: evidence of a syndemic effect. **Archives of Sexual Behavior**, v.18,n.11,p. 2089-96, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24989128>>. Acesso em:22 out. 2017.

GUARESCHI, P.A.; CAMPOS, R.H.F. **Paradigmas em Psicologia Social: A perspectiva latino-americana**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

HAAS, A.P.; PHILIP, L.; RODGERS, E.; HERMAN, L. **Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults**. Findings of the national transgender discrimination survey. Disponível em: <<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf>> Acesso em: 15 fev. 2018.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Uma doença no espaço público. A AIDS em seis jornais franceses. **Rev Saúde Coletiva**, n.15,p. 71-101, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a05.pdf>>. Acesso em:22 out. 2017.

INÁCIO, E.C. Carga zerada: HIV/AIDS, discurso, desgaste, cultura. **Via Atlântica**, n.29,p.479-505, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/viaatlantica/article/view/118885>>. Acesso em:22 out. 2017.

JESUÍNO, J.C.; MENDES, F.R.P.; LOPES, M.J. **Representações Sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis: Vozes, 2015.

JESUS, G.J.; et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**, v.30,n.3,p. 301-7, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0301.pdf>>. Acesso em:22 out. 2017.

JODELET, D. **Folies et représentations sociales**, Paris: PUF, 1989.

LONGARAY,D.A.; RIBEIRO, P.R.C. Travestis e transexuais: corpos (trans)formados e produção da feminilidade. **Estudos Feministas**, v.24,n.3,p.398, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v24n3/1806-9584-ref-24-03-00761.pdf>>. Acesso em:22 out. 2017.

LOURO, G.L. **Um corpo estranho. Ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

MACHADO, Y.Y.; et al. Representações sociais de profissionais de saúde sobre HIV/AIDS: uma análise estrutural. **Rev enferm UERJ**, v.24,n.1,p. e14463, 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14463>>. Acesso em:22 out. 2017.

MAEYAMA, M.A.; et al. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.2,n.2,p. 129-143, 2015. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9224>>. Acesso em:22 out. 2017.

MAGALHÃES, J.H.G. Vygotsky e Moscovici sobre a Constituição do Sujeito. **Psicologia em Pesquisa**, v.8,n.2,p. 241-251, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psiquesq/v8n2/13.pdf>>. Acesso em:22 out. 2017.

MALAGÓN-OVIEDO, R.A.; CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. **Interface**, v.53,n.19,p. 237-49, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200237>. Acesso em:22 out. 2017.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v.5,n.7,p. 01-12, 2017. Disponível em: <<http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>>. Acesso em:22 out. 2017.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2015.

MOREIRA, A.S.P.; et al. **Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: UFPE / Editora Universitária, 2005.

MARINHO S. Juventude(s) trans: subjetividades e corporalidades possíveis no mundo do trabalho? **O Social em Questão**, n.38, p.111 – 132, 2017. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_38_art_6_Marinho.pdf

MOSCOVICI, S. **A Psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigação em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 11.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2015.

NEVES-SILVA, P.; HELLER, L. O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21,n.6,p. 1861-1869, 2016. Acesso em:22 out. 2017.

OLIVEIRA, D.C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 21(Spec):[10 telas], 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_34.pdf>. Acesso em:22 out. 2017.

OLIVEIRA, F.B.M. Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev Bras Enferm**, v.70,n.5,p.1057-62, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7167-reben-70-05-1004.pdf>. Acesso em:22 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília, **ONU-BR**; 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em:22 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Policy brief: Transgender People and HIV**, 2015 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179517/1/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf> Acesso em:22 out. 2017.

OTERO, L. M. R.; et al. Violencia en parejas transexuales, transgénero e intersexuales: una revisión bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 914-935, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00914.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

PAIVA, A.L.S. Estética da existência em Michel Foucault, resistências ao poder e a abjeção queer. **Revista de estudos indisciplinados em gêneros e sexualidades**, v.1, n.8, p. 341-356, 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/21405/15533>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

PARKER, R.G. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)**, p.29, 2016. Disponível em: <http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf> Acesso em: 15 fev. 2018.

PEIXOTO, A.C.S.; FONSECA, H.O.; OLIVEIRA, R.M.S.R. Ancoragem. **Cadernos Cespuc de Pesquisa**, n.23,p.8-12, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoscespuc/article/view/8297/7178>>. Acesso em: 22 out. 2017.

POLETTI, M.P. Pensamentos Automáticos e Crenças Centrais Associados ao HIV/AIDS em Indivíduos Soropositivos. **Temas em Psicologia**, v.23, n.2, p. 243-253, 2015. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1891_892_reispaulo181-785-5-PB.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

PORTINARI, D.B.; WOLFGANG, S.M.B.M. Imagens e marcas: um imaginário ligado à epidemia de HIV-Aids no Brasil. **ALCEU**, v.34, n. 17, p. 45-60, 2017. Disponível em: <http://revistaalceu.com.puc-rio.br/media/alceu34_pp45-60.pdf>. Acesso em: 22 out. 2017.

REISNER, S.L.; HUGHTON, J.M.W.; PARDEE, D.; SEVELIUS, J. Syndemics and gender affirmation: HIV sexual risk in female-to-male trans masculine adults reporting sexual contact with cisgender males. **Int J STD AIDS OnlineFirst**, v.0,n.0,p. 1-12, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26384946>>. Acesso em: 22 out. 2017.

RÊSES, E.S. Do conhecimento sociológico à teoria das representações sociais. **Sociedade e cultura**, v.6,n.2,p. 189-199, 2003. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/view/920>>. Acesso em: 22 out. 2017.

REY, F.L.G. **O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito**. Trad. Vera Lúcia Mello Joscelyne. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

ROCON, P.C.; et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21,n.8,p.2517-2525, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2517.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

RODOVALHO, A.M. O cis pelo trans. **Rev. Estud. Fem.**, v.25, n.1, p.365-373, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v25n1/pt_1806-9584-ref-25-01-00365.pdf> Acesso em: 15 fev. 2018.

RUKUNDO, G. Z.; KINYANDA, E.; MISHARA, B. Clinical correlates of suicidality among individuals with HIV infection and AIDS disease in Mbarara, Uganda. **African Journal of AIDS Research**, v. 15, n. 3, p. 227-232, 2016. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/308699677_Clinical_Correlates_of_suicidality_among_Individuals_with_HIV_infection_and_AIDS_disease_in_Mbarara_Uganda> Acesso em:22 out. 2017.

SÁ, C. P. **Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria**. In: SPINK, M. J. (Org). O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SÁ, C.P.; ARRUDA, A. O estudo das representações sociais no Brasil. **Rev Ciências Humanas**, p.11-31, 2000 (Edição Especial Temática). Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/24121/21516>>. Acesso em:22 out. 2017.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Amostragem na pesquisa qualitativa**. In: Sampieri RH; Collado CF; Lucio MPB. Metodologia de Pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANICOLA, L. **As Dinâmicas de Rede e o trabalho social**. 2. ed. São Paulo: Veras, 2015.

SANTOS, E.I.; ANTONIO, M.T.G.; OLIVEIRA, D.C. Representações da vulnerabilidade e do empoderamento por enfermeiros no contexto da aids. **Texto Contexto Enferm**, v.23,n.2,p. 408–16, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00408.pdf>. Acesso em:22 out. 2017.

SANTOS, M.F.; ALMEIDA, L.M. (Org.). **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. 1.ed. Recife: Universitária da UFPE/ UFAL, 2005.

SANTOS, P.R. Tensões e desafios: LGBTs e o poder público? **Revista de Psicologia da UNESP**, v.9,n.2, p.147-164, 2010. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1891_892_reispaulo181-785-5-PB.pdf>. Acesso em:22 out. 2017.

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO (SEP). **Hospital Correia Picango**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-correia-picango>>. Acesso em:22 out. 2017.

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface**, v.20,n.57,p.293-304, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-1807-576220150459.pdf>>. Acesso em:22 out. 2017.

SHACHAM, E. Challenges to HIV management among youth engaged in HIV care. **AIDS CARE**, v.29,n.2,p. 189-196, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27397139>>. Acesso em:22 out. 2017.

SILVA, A.M.C.; CARMO, G.T.; SILVA, C.B. Breves observações sobre a teoria das representações sociais de serge moscovici e a interdisciplinaridade. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 59-70, dez. 2015 Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2236-64072015000200005>. Acesso em:22 out. 2017.

SILVA, G.W.S. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37,n.2,p. e56407, 2016. Disponível

em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160256407.pdf>>. Acesso em:22 out. 2017.

SILVA, R.G.L.B.; BEZERRA, W.C.; QUEIROZ, SB. Os impactos das identidades transgênero na sociabilidade de travestis e mulheres transexuais. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v.26,n.3, p. 364-72. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/88052>>. Acesso em:22 out. 2017.

SMITH, L.R. Impact of Sexual Violence Across the Lifespan on HIV Risk Behaviors Among Transgender Women and Cisgender People Living With HIV. **Acquir Immune Defic Syndr**, v.75,n.4,p. 408-416, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28653970>>. Acesso em:22 out. 2017.

SOUZA, L.L.; PERES, W.S.; ARAÚJO, D.B. Problematizações de gêneros no campo da enfermagem: diálogos com feminismos e a teoria queer. **Revista NUPEM**, v. 7, n. 13, p.121-142, 2015. Disponível em: <<http://www.fecilcam.br/revista/index.php/nupem/article/viewFile/690/604>> Acesso em: 15 fev. 2018.

SYED, I.A.; et al. Adverse drug reactions and quality of life in HIV/AIDS patients: Advocacy on valuation and role of pharmacovigilance in developing countries. **HIV & AIDS Ver**, v.14,n.1,p.28-30, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1730127014000721>>. Acesso em:22 out. 2017.

TATEO, L.; IANNACCONE, A. Social representations, individual and collective mind: a study of wundt, Cattaneo and Moscovici. **Integrative Psychological and Behavioral Science**, v.46,n.1,p.57-69, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21494777>>. Acesso em:22 out. 2017.

TOTALJOBS. **Totaljobs trans employee survey report 2016**. Disponível em: <<https://www.totaljobs.com/insidejob/trans-employee-survey-report-2016>> Acesso em: 15 fev. 2018.

TRINDADE, M. **Aspectos históricos do processo transexualizador no Rio de Janeiro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

UNAIDS. **Prevention GAP Report**, 2016. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf> Acesso em:22 out. 2017.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People. **Practical Guidance for Collaborative Interventions**, 2016. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNDP-et-al_2016_transgender_practical_guidance_collaborative_interventions_en.pdf>. Acesso em:22 out. 2017.

VIEIRA, ACS. A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **R. Katál.**, v. 17, n. 2, p. 196-206, 2014 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0196.pdf>>. Acesso em:22 out. 2017.

YIN, R.K. **Pesquisa qualitativa: do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.



APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Pernambuco Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Acadêmico



Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Representações Sociais das transexuais jovens sobre o HIV: construção das condutas preventivas, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Paula Daniella de Abreu, e poderá ser encontrada na Avenida Professor Moraes Rego, s/n, Anexo A do Hospital das Clínicas da UFPE, Cidade Universitária, CEP: 50670-901, telefone: 2126-8566, e-mail: pauladdabreu@gmail.com. Está sob a orientação do Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo e co-orientação, e-mail: reuol.ufpe@gmail.com e da Prof.^a Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, e-mail: emr.vasconcelos@gmail.com, telefones para contato: (081) 2126-8566 (Mestrado acadêmico).

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo principal desse estudo será analisar as representações sociais de mulheres transexuais jovens, portadoras de HIV/aids, na construção das condutas preventivas. A pesquisa se realizará por meio de uma entrevista, que será gravada, respeitando a sua permissão, e posteriormente transcrita para análise. Além disso, haverá um formulário para conhecer seus dados pessoais. Durante a entrevista pode ocorrer de você se sentir desconfortável ou constrangido com alguma pergunta, para minimizar essa situação, as entrevistas serão individuais, em ambiente reservado, com respeito a sua privacidade e confidencialidade, a fim de evitar interferências e constrangimentos. Além disso, você tem o direito de se recusar a responder retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo. Como benefício desse estudo, ao final da pesquisa você está convidado para uma reunião em grupo, onde serão explicados os resultados encontrados e discutido sobre o tema. A data, local e horário serão definidos posteriormente com todos os participantes. Além disso, a entrevista possibilitará refletir sobre o assunto, o que poderá contribuir para a construção de novos significados sobre esse tema. Quanto ao benefício para a sociedade, esta pesquisa pode contribuir para ampliar a discussão sobre esse assunto, oferecendo subsídios para sua compreensão. As informações obtidas com a pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo e anonimato de todos os participantes. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou

publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, na gravação das entrevistas, ficarão armazenados em arquivos no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: ceppcs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Representações Sociais das transexuais jovens sobre o HIV: construção das condutas preventivas como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Testemunhas:

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:



APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Título da Pesquisa: Representações Sociais de mulheres transexuais jovens sobre o HIV: Construção das condutas preventivas.

Pesquisadora: Paula Daniella de Abreu

Caracterização dos Participantes

Nº do questionário:

Data: ___/___/___

Horário do início:__:__: Horário do Término:__:__:

Iniciais:	Contato (os):
Idade:	Data de Nascimento:
Naturalidade:	Procedência:
Estado Civil:	Cor/raça/etnia:
Pessoas com quem mora:	
Religião S () N () Qual:	
Escolaridade:	
Profissão/Ocupação:	
Tempo de experiência na Profissão/Ocupação:	
Renda Familiar:	
Pessoas que contribuem com a renda familiar:	
Relacionamento Estável: Sim () Não () Se sim, Tempo de relacionamento:	
Quantidade de parceiros sexuais:	
Uso de preservativos nas relações sexuais: Sempre () Às vezes () Nunca (), porquê:	
Que tipo de serviço de saúde você já buscou? ()PSF () hospital () emergência ()serviço especializado	
Por que motivo?	
Que profissionais atenderam?	
Com que frequência procura os serviços de saúde?	



APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA



Título da Pesquisa: Representações Sociais de mulheres transexuais jovens sobre o HIV/Aids: Construção das condutas preventivas.

Pesquisadora: Paula Daniella de Abreu

Roteiro da Entrevista Semiestruturada

Questões Norteadoras:

- 1) Fale-me sobre sua história de vida.
 - *Infância*
 - *Família, amigos, companheiros, colegas de trabalho/ Igreja/ Eventos*
 - *Fatos marcantes*
 - *Escola, trabalho, serviços de saúde*
- 2) Fale-me o que significa para você a prevenção do HIV/aids.
 - *Conceito / Significação*
 - *Parceiros sexuais*
 - *Prevenção*
 - *Práticas de sexo*
- 3) Como você percebe a prevenção do HIV/aids no grupo de mulheres transexuais?
 - *Conceito / Significação*
 - *Comunicação / Linguagem*
 - *Senso comum*
 - *Ideias formuladas / familiaridade*



APÊNDICE D – DIÁRIO DE CAMPO



O presente roteiro tem por objetivo nortear a observação dos participantes do estudo para fins de coleta de dados para a pesquisa intitulada “Representações Sociais de mulheres transexuais jovens sobre o HIV/Aids: Construção das condutas preventivas”.

A pesquisadora deve realizar o registro da observação em diário de campo a partir dos seguintes aspectos:

1. Apresentação do participante (vestimenta, etc).
2. Comunicação do participante (forma de verbalização).
3. Atitudes comportamentais durante a entrevista (expressão corporal, fisionomia, gesto).
4. Atitude emocionais durante a entrevista (semblante).

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

SECRETARIA
DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL CORREIA PICANÇO

Recife, 23 de fevereiro de 2017.

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos que anuímos com a realização da pesquisa intitulada **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES TRANSEXUAIS SOBRE O HIV/AIDS: CONSTRUÇÃO DAS CONDUTAS PREVENTIVAS”** sob a coordenação da Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo, procedente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com participação da Aluna Paula Daniella de Abreu, com o compromisso dos autores de divulgar o nome do Hospital nos resultados da pesquisa, assim como, fornecer uma cópia do estudo para nossa instituição ao final do mesmo seja na forma de monografias, dissertações, teses artigos publicados, entre outros.

Atenciosamente

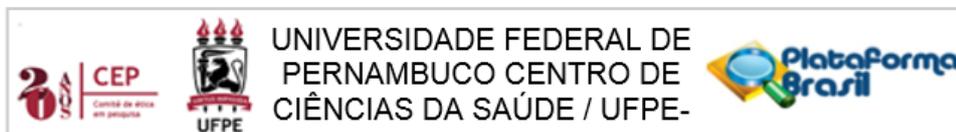

 Angela Karine de Queiroz e Silva
 Gestora Geral
 Hospital Correia Picanço

ANGELA KARINE DE QUEIROZ E SILVA
 GESTORA GERAL - MAT. 192.904-1

Rua Padre Roma, Nº 149 – Tamarineira – Recife/PE
 Fone: 3184-3980 (central)
 e-mail: hcpdiretoria@hotmail.com ou hospccp@saude.pe.gov.br

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

5



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais de mulheres transexuais jovens sobre o HIV/Aids: Construção das condutas preventivas.

Pesquisador: Paula Daniella de Abreu

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65790717.4.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.028.200

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa que passo a relatar (Representações Sociais de mulheres transexuais jovens sobre o HIV/Aids: Construção das condutas preventivas), submetido a esse comitê pela pesquisadora Paula Daniella de Abreu, quer relacionar as condutas preventivas em torno do HIV/AIDS e as representações sociais que jovens transexuais femininas possuem sobre o vírus e a doença. E para fazê-lo, a pesquisa – de natureza qualitativa e alicerçada na teoria das representações sociais (Moscovici) – aplicará formulário e entrevista semiestruturada (os dois em anexo) às suas 20 (vinte) participantes, usuárias do Hospital Correia Picanço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

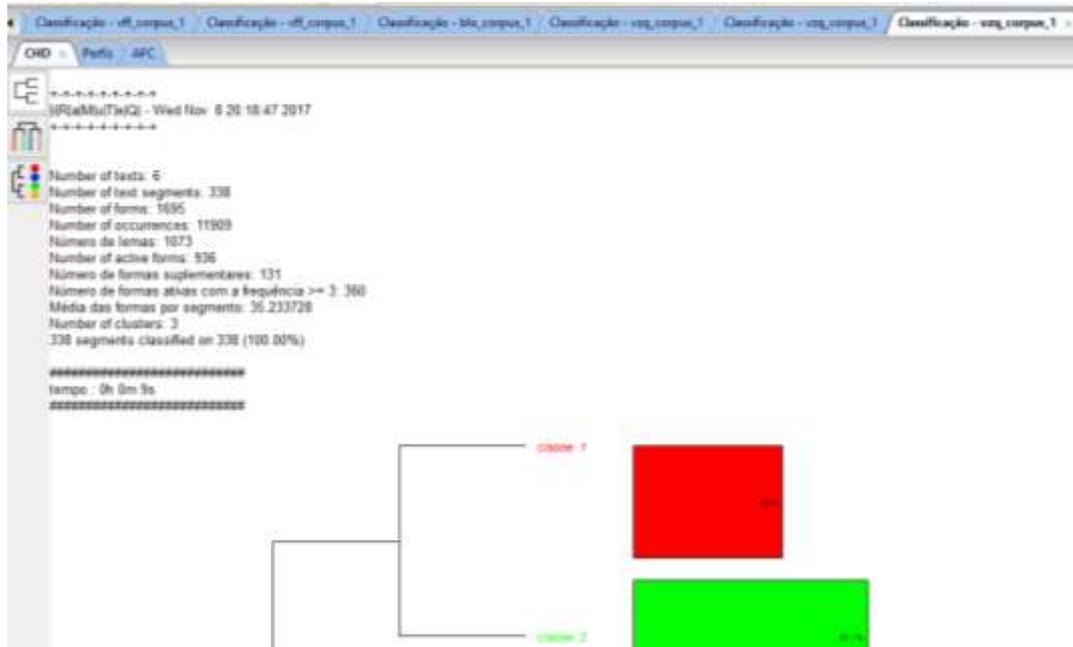
Identificar as representações sociais de mulheres transexuais jovens, portadoras de HIV/aids, na construção das condutas preventivas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto está ciente dos riscos que uma pesquisa com a sua, suportada pela aplicação de formulário e entrevista, comporta. Por isso, procurou meios para dispersar sua possibilidade de efetuação e, caso não sejam eficazes, garante às suas participantes, o direito de suspensão de suas participações sem ônus ou quaisquer outras consequências.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO C – CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE



		1 Classe 1	2 Classe 2	3 Classe 3				
		88/338	139/338	111/338				
		26,04%	41,12%	32,84%				
n.	eff. s.t.	eff. total	percentage	chi2	Type	forma	p	
0	16	30	80,0	32,15	nom	na	< 0,0001	
1	22	36	81,11	25,74	nom	casa	< 0,0001	
2	13	18	72,22	21,00	ver	entrar	< 0,0001	
3	6	6	100,0	17,35	nom	violência	< 0,0001	
4	6	6	100,0	17,35	ver	brigar	< 0,0001	
5	6	6	100,0	17,35	nom	cami	< 0,0001	
6	6	6	100,0	17,35	ver	andar	< 0,0001	
7	7	8	87,5	16,08	nom	lado	< 0,0001	
8	8	10	80,0	15,50	nom	bo	< 0,0001	
9	9	12	75,0	15,40	ver	papar	< 0,0001	
10	3	3	100,0	14,42	nr	violência_jesual	0,0014	
11	3	3	100,0	14,42	ver	coneter	0,0014	
12	3	3	100,0	14,42	nom	semana	0,0014	
13	3	3	100,0	14,42	nom	fica	0,0014	
14	3	3	100,0	14,42	nom	noite	0,0014	
15	11	17	64,71	13,9	nom	dinheiro	0,0016	
16	10	15	66,67	13,46	nom	hora	0,0014	
17	32	76	42,11	13,15	adv	quando	0,0019	
18	17	33	51,52	12,33	nom	mãe	0,0044	
19	4	4	100,0	11,3	nom	parvêdo	0,0069	
20	4	4	100,0	11,3	ver	violetar	0,0069	
21	4	4	100,0	11,3	nom	real	0,0069	
22	3	8	37,5	10,41	nom	pedra	0,0123	
23	5	9	55,56	10,41	nom	depressão	0,0123	
24	7	10	70,0	10,34	nom	memoria	0,0129	
25	4	6	66,7	10,3	nom	homens	0,0129	

Classificação - vf_corpus_1 Classificação - vf_corpus_1 Classificação - hf_corpus_1 Classificação - vsq_corpus_1 Classificação - vsq_corpus_1 Classificação - vsq_corpus_1

CHD Perfil - APC

1 Classe 1	2 Classe 2	3 Classe 3
80/238	139/338	111/338
26,04%	41,12%	32,84%

n.	eff. s.t.	eff. total	porcentaje	chi2	Type	forma	p
0	20	23	86,96	21,61	nom	mulher	< 0,0001
1	22	27	81,48	18,74	ver	consegue	< 0,0001
2	15	17	88,24	16,41	ver	viver	< 0,0001
3	54	58	93,1	54,82	nom	preconizado	0,00011
4	20	26	76,92	14,91	nom	visto	0,00011
5	10	10	100,0	14,75	nom	cabalo	0,00012
6	34	34	70,59	13,55	adj	transversal	0,00023
7	11	12	91,67	13,13	ver	veste	0,00029
8	23	33	69,7	12,33	ver	deu	0,00044
9	15	19	78,95	11,89	adv	dentro	0,00056
10	10	11	90,91	11,64	nom	droga	0,00064
11	11	13	84,62	10,36	nom	graxa	0,00115
12	12	17	70,59	9,24	adj	por	0,00227
13	6	6	100,0	8,75	nom	emprego	0,00010
14	6	6	100,0	8,75	nom	estudo	0,00010
15	6	6	100,0	8,75	ver	estudo	0,00010
16	6	6	100,0	8,75	adj	grupos	0,00010
17	6	9	66,67	8,71	nom	por	0,00016
18	6	9	66,67	8,71	ver	acabar	0,00016
19	15	21	71,43	8,49	nom	deito	0,00056
20	12	19	75,0	7,96	adv	bem	0,00079
21	20	31	64,52	7,71	nom	gente	0,00046
22	7	8	87,5	7,28	nom	escala	0,00097
23	5	5	100,0	7,27	nom	corpo	0,00762
24	5	5	100,0	7,27	ver	imaginar	0,00762
25	2	2	100,0	7,19	ver	conter	0,00019

Classificação - vf_corpus_1 Classificação - vf_corpus_1 Classificação - hf_corpus_1 Classificação - vsq_corpus_1 Classificação - vsq_corpus_1 Classificação - vsq_corpus_1

CHD Perfil - APC

1 Classe 1	2 Classe 2	3 Classe 3
80/338	139/338	111/338
26,04%	41,12%	32,84%

n.	eff. s.t.	eff. total	porcentaje	chi2	Type	forma	p
0	42	44	95,45	80,02	nom	preconativo	< 0,0001
1	21	27	77,78	48,89	nom	jeito	< 0,0001
2	34	43	79,07	47,74	ir	fo	< 0,0001
3	16	16	100,0	34,25	ver	transmitir	< 0,0001
4	10	10	100,0	21,07	nom	doença	< 0,0001
5	11	12	91,67	19,32	ver	matar	< 0,0001
6	10	11	90,91	17,38	nom	modo	< 0,0001
7	11	13	84,62	16,43	nom	caso	< 0,0001
8	9	10	90,0	15,27	nom	tratamento	< 0,0001
9	9	10	90,0	15,27	nom	saúde	< 0,0001
10	7	7	100,0	14,62	adj	vital	0,00013
11	7	7	100,0	14,62	nom	carga	0,00013
12	7	7	100,0	14,62	adj	cof	0,00013
13	8	9	88,89	13,17	ver	combinar	0,00028
14	6	6	100,0	12,49	ver	prevenir	0,00040
15	6	6	100,0	12,49	nom	efeito	0,00040
16	7	8	87,5	11,1	nom	médico	0,00096
17	5	5	100,0	10,38	nom	func	0,00127
18	5	5	100,0	10,38	nom	serviço	0,00127
19	5	5	100,0	10,38	nom	partido	0,00127
20	14	23	60,87	8,79	ver	usar	0,00202
21	7	9	77,78	8,47	nom	remédio	0,00281
22	12	19	63,16	8,30	ver	tomar	0,00277
23	4	4	100,0	8,28	nom	tuberculose	0,00401
24	4	4	100,0	8,28	adj	afivo	0,00401
25	2	2	100,0	8,18	nom	corpo	0,00019