

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL DE PERNAMBUCO PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA**

**CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E COMPORTAMENTAIS DE MULHERES
TRANSEXUAIS SUBMETIDAS À CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL EM UM
HOSPITAL DO NORDESTE**

RECIFE 2019

AUTORES:

Maria Jordana Barbosa Beltrão¹

Pedro Vinício Santos de Albuquerque Melo²

Aurélio Antônio Ribeiro da Costa³

¹Estudante do 6º período de Medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE, Brasil.

²Estudante do 5º período de Medicina na Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

³Doutor em Tocoginecologia pela UNICAMP e Mestre em Saúde Materno-Infantil pelo IMIP

Correspondência para:

Maria Jordana Barbosa Beltrão

Rua Gomes Coutinho, 107, Tamarineira, Recife-PE. CEP: 52051-130

Email: jordanabeltrao@gmail.com

Suporte financeiro: Bolsista do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIBIC) do CNPq/UFPE.

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

Frente à recente regulamentação da cirurgia de redesignação sexual pelo SUS, o artigo analisa as características sociodemográficas e comportamentais de mulheres transexuais que se submeteram a esse procedimento. É um estudo observacional, descritivo, do tipo estudo transversal, aplicado em mulheres trans que fizeram a cirurgia de redesignação sexual no HC da UFPE e que são acompanhadas pelo Espaço Trans do HC, com uma amostra de 16 pessoas. Foram encontradas

altas taxas de prostituição (35,30%), dado que está associado tanto à violência quanto a risco para ISTs, apesar de não ter sido encontrados de casos de infecção por HIV. Foram apresentados também altos índices de violência (75%), principalmente em lugares públicos (62,50%), e altos índices de hormonioterapia sem acompanhamento médico (56,30%). Complicações pós-operatórias foram baixas (18,80%), reforçando a ideia de que a transgenitalização por inversão peniana é uma cirurgia segura. Em nosso estudo, encontramos que 29,4% das entrevistadas realizaram implantes mamários, 18,8% rinoplastia e 12,5% raspagem de cartilagem tireóide como procedimentos cirúrgicos relacionados e adicionais ao processo transexualizador. Esses dados revelam uma oferta insuficiente do SUS, no que se refere à quantidade e variedade de serviços oferecidos, associado à exigência de condições que não contemplam diferentes necessidades. A partir da análise dos dados, foi possível visualizar a necessidade de conhecer as pessoas que procuram os recursos do Processo Transexualizador do SUS, a fim de atender às suas demandas e fornecer uma atenção integral e individualizada, respeitando a singularidade de cada indivíduo.

Palavras-chave: pessoas transgênero, identidade de gênero, procedimentos de readequação sexual.

INTRODUÇÃO

É reconhecida a subjetividade e a diversidade presente na expressão de gênero transexual. Contudo, para fins dessa pesquisa, transexuais serão definidos como pessoas que nascem com o sexo biológico diferente do gênero com que se reconhecem, assim, o que determina se a pessoa é transexual é sua identidade, e não qualquer processo cirúrgico¹.

A população transexual constitui um grupo bastante estigmatizado. O processo de exclusão inicia-se, por vezes, no contexto familiar e se expande aos demais grupos sociais. Boa parte desses

indivíduos vivem em condições de pobreza, sem acesso à educação, saúde, qualificação profissional, oportunidade de inclusão no mercado de trabalho formal e políticas públicas que considerem suas demandas específicas. Além disso, segundo agências internacionais, quase metade dos homicídios contra pessoas trans do mundo ocorre no Brasil². Tal condição põe a população transexual sob estresse social e psíquico, tornando esse grupo mais propenso à drogadição e ao alcoolismo. Estudos internacionais e brasileiros recentes analisaram o uso de drogas entre membros da população LGBT e encontraram taxas de adicção superiores às dos não pertencentes a esse grupo, identificando que 80% das mulheres trans fazem uso de drogas ilícitas^{3,4}. Foi achado também que as condições socioeconômicas e de moradia exercem grande influência no uso de drogas^{3,4}. Outras pesquisas indicam uma recorrência de relações sexuais sob efeito de álcool e drogas e a indicou como fator de risco para a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)⁵. Esses fatores, somados aos baixos índices de escolaridade, estigmatização, altos índices de prostituição e grande número de parceiros sexuais, contribui para o uso de psicoativos e de sexo desprotegido^{6,7,8}.

Mulheres transsexuais buscam diversas formas de tentar adequar seus corpos à forma como elas se reconhecem e, para tanto, usam recursos como depilação, técnicas para esconder o pênis, aplicação de silicone industrial e uso de hormônios sem receita⁹. Nesse contexto, com base no direito universal e igualitário à saúde, garantido pela Constituição brasileira de 1988, foi instituído no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria Nº 1.707, DE 18 DE AGOSTO DE 2008, o Processo Transsexualizador (PrTr), o qual, em sequência, foi ampliado e redefinido pela Portaria Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013^{10,11}. Desde então, o principal sítio onde são feitos tais procedimentos são os hospitais universitários, sendo o Hospital das Clínicas da UFPE o único centro de realização do processo transsexualizador *male-to-female* nas regiões Norte e Nordeste.

O PrTr objetiva diminuir o estigma existente em relação às pessoas transgênero e contribuir para a promoção de saúde. Por conseguinte, inicialmente, ele estabeleceu critérios para o acompanhamento de pessoas transsexuais e regulamentou a cirurgia de redesignação sexual no SUS. Em sequência, após a sua aprimoração, alguns cuidados foram redefinidos e ampliados, estabelecendo procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais a serem oferecidos pelo SUS, a exemplo do acompanhamento clínico, tratamento hormonal, cirurgia de transgenitalização e plástica mamária reconstrutiva com colocação de prótese de silicone¹⁰⁻¹².

O PrTr é constituído por três fases, as quais ocorrem simultaneamente ou sequencialmente, com duração de dois anos, e que são necessárias para a autorização da realização da neocolpovulvoplastia. É importante ressaltar que além desse período mínimo de avaliação, a espera real costuma ser maior, dados os poucos locais de serviços frente à demanda. Por isso, um sem-número de mulheres e homens transgênero recorrem a artifícios não reconhecidos pelo PrTr¹³.

O PrTr por vezes culmina na cirurgia de neocolpovulvoplastia, entretanto, há outros procedimentos cirúrgicos que são contemplados durante o cuidado e que também constituem o processo de autorreconhecimento e ressignificação do corpo. Dentre os procedimentos realizados

para significar o corpo como feminino estão rinoplastia, raspagem da cartilagem tireóide e implantes de silicone nos seios e nas nádegas^{13,14}.

Desde a implementação pelo SUS, a cirurgia de redesignação sexual não apresentou nenhum óbito¹⁵. Outros estudos também caracterizam a vaginoplastia por inversão peniana como uma técnica segura, apesar do alto índice de complicações pós-operatórias, apresentadas por 28,7% do total de pacientes estudados¹⁶. As pesquisas e revisões de resultados cirúrgicos indicam complicações diversas: tromboembolismo, hiperprolactinemia, dor vaginal, estenose vaginal e outros^{16,17}. Estudos recentes revelam que o uso de terapia de reposição hormonal, quando submetida ao acompanhamento e prescrição médica, não apresenta relação com as complicações discutidas¹⁶.

Considerando o exposto, é necessário conhecer a população que busca a cirurgia de redesignação sexual, determinando características socioeconômicas e comportamentais, a fim de oferecer um serviço de saúde que atenda às suas demandas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente artigo é resultado de um estudo observacional, descritivo, do tipo estudo transversal, executado por meio de um questionário auto aplicável. Esses questionários foram aplicados nas pacientes transexuais submetidas à cirurgia de redesignação sexual e acompanhadas pelo Espaço Trans do Hospital das Clínicas da UFPE. O período de coleta de dados ocorreu entre novembro de 2018 e março de 2019.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais na ocasião da entrevista, identificar-se como mulher transexual e ter feito a cirurgia de redesignação sexual no HC da UFPE no período a partir a implementação da portaria N° 1.055, DE 13 DE OUTUBRO DE 2014 até março de 2019.

O grupo estudado é composto por 16 mulheres transexuais.

A variável dependente foi a realização da cirurgia de redesignação sexual. As variáveis independentes foram: idade (24-29, 30-35, 36-40 e 41-45), raça/cor (branca, indígena, negra e parda), estado marital (casada, solteira e união estável), religião (sim, não), situação de moradia (alugada, própria e outra), mora com os pais (sim, não), nível de escolaridade (1º grau, 2º grau, ensino superior e especialização), já trabalhou (sim, não), trabalha (sim, não) idade em que começou a trabalhar (<14, 14-16, 17-18, > 18), renda individual mensal em salários mínimos (<1, 1- 3, 3-6 e nenhum), ocupação atual (beleza/estética, educação, profissional do sexo, saúde, serviços gerais, vendas, outro), trabalho atual e anterior com carteira assinada (sim, não), parceiro sexual fixo (sim, não), número de relações sexuais por semana (<1, 1, 2-3, 4-6), orientação sexual (bissexual e heterossexual), já trabalhou como profissional do sexo (sim, não), uso de preservativos (sim, não, às vezes), contraiu alguma IST (sim, não) e qual (sífilis, HPV e condiloma), histórico de uso de hormônios sem receita médica (sim, não), sofreu violência relacionada ao gênero (sim, não), seu tipo (física, psíquica e sexual) e contexto (familiar, instituições de ensino, lugares públicos e

trabalho), uso de álcool e outras drogas (sim, não), uso de silicone industrial (sim, não), uso de técnicas para esconder o pênis antes da redesignação sexual (sim, não), apoio familiar (sim, não), complicação pós-cirúrgica (sim, não), necessidade de reparo após a cirurgia (sim, não) e outros procedimentos do PrTr além da cirurgia de neocolpovulvoplastia (mamoplastia, redução da cartilagem tireóide e rinoplastia).

As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências e as variáveis numéricas valendo-se de médias.

Os dados foram armazenados e tabelados através do programa Epi Info 3.5.1.

O presente artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE (CAAE: 96666518.2.0000.5208) e está em consonância com as diretrizes para pesquisas em seres humanos no Brasil. Todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da condução das entrevistas.

RESULTADOS

Foram analisados dados de 16 pacientes. Das 36 pacientes transexuais submetidas ao procedimento de redesignação sexual desde a portaria de 2014 até o atual momento, 10 se recusaram a participar e as demais não foram contactadas. Tal fato se deve ao abandono, por parte das mulheres trans, do vínculo com o Espaço TRANS por não quererem, após a cirurgia, serem reconhecidas enquanto transgênero.

Entre as entrevistadas, a média de idade foi de 33,875 anos, e a cor parda prevaleceu com 68,80% das pacientes. 81,30% eram solteiras e 43,80% não tinham religião. A maioria das entrevistadas não mora com os pais (56,30%) e saíram de casa, em média, aos 21,33 anos, sendo a idade mínima de saída de casa aos 12 anos e a máxima aos 28 anos. 43,80% moram em casa própria, 43,80% moram em casa alugada e 12,5% em outras situações de moradia.

Em relação ao grau de escolaridade, a maioria apresentou segundo grau completo (56,30%), enquanto apenas duas (12,5%) apresentaram formação no ensino superior. 81,30% das pacientes trabalham, das quais 53,30% começaram a trabalhar após os 18 anos. 43,80% recebem entre um e três salários mínimos, enquanto 31,30% não têm renda. Grande parte das entrevistadas que trabalham não possuem carteira assinada (76,90%) e 56,30% nunca trabalharam com carteira assinada. A tabela 1 discrimina as áreas de atuação profissional.

Das entrevistadas, 56,30% têm parceiro sexual fixo e 37,50% mantêm relações sexuais entre duas ou três vezes por semana, enquanto 37,50% não têm relações sexuais frequentes. 87,50% se consideram heterossexuais e 81,30% sempre usam preservativo. 37,50% já trabalharam como profissionais do sexo e 31,30% contraíram alguma infecção sexualmente transmissível (IST). Entre as que contraíram ISTs, três foram infectadas com sífilis, duas com HPV e uma com condiloma.

Todas as pacientes receberam tratamento hormonal, mas 56,30% o fez sem acompanhamento médico por, em média, 7,889 anos. 18,80% fizeram uso de silicone industrial a

fim de modificar o corpo. Antes da cirurgia de redesignação sexual, 75,00% praticavam a técnica de “esconder o pênis” todos os dias.

75,00% declararam já terem sofrido algum tipo de violência. No que se refere ao tipo de violência sofrida, 18,75% sofreram violência física, 75,00% psíquica e 12,50% sexual. Em relação ao contexto em que as violências ocorreram, 12,50% sofreram violência no trabalho, 25,00% em instituições de ensino, 37,50% em contexto familiar e 62,50% em lugares públicos. No tocante ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas 50,00% não fazem uso, enquanto as demais usam álcool 43,70%, tabaco 43,70%, maconha 25,00%, cocaína 12,50% e crack 12,50%.

Em relação ao processo de redesignação sexual, 68,80% obtiveram apoio familiar. Três pacientes apresentaram complicações pós-cirúrgicas, das quais apenas uma especificou qual foi (estenose uretral). Sete tiveram necessidade de reparo estético e/ou funcional, sendo citado (42,86%) clitoroplastia, (57,14%) uretroplastia, (14,29%) perineoplastia e uma precisou qual foi. Apenas 4 (25,00%) se submeteram à cirurgia de mamoplastia de aumento, 2 (12,50%) reduziram a cartilagem tireóide e 3 (18,80%) fizeram rinoplastia.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados coletados, foi possível confirmar algumas hipóteses assim como perceber carências e incongruências na literatura pesquisada. Conforme demonstrado na tabela 2, 75% completaram o ensino médio (EM). Esses dados são pouco superiores aos achados de um estudo realizado no estado de São Paulo com mulheres transexuais e travestis, no qual se encontrou que 45,39% possuíam EM completo¹². Um estudo estadunidense relatou que a média de anos de estudo entre mulheres trans e travestis na cidade de São Francisco é de 12 anos (o que consistiria numa educação básica completa, no Brasil), enquanto estudo Tailandês referiu que 79,2% das mulheres entrevistadas completaram o equivalente ao ensino médio regular ou profissionalizante^{6,18}. Já na população brasileira geral com mais de 25 anos, 42,2% das pessoas possuem EM completo¹⁹. Percebe-se, assim, que os resultados encontrados na população avaliada é superior tanto aos encontrados na população brasileira como um todo quanto em relação a outros estudos feitos com pessoas trans no Brasil e no mundo, o que pode decorrer da pequena amostragem e do ambiente em que foi realizada a coleta de dados, uma vez que a maior parte das pesquisas lidas foi feita com segmentos ainda mais marginalizados da população trans, como prostitutas e presidiárias. Além disso, no presente estudo, os dados foram coletados em um hospital terciário universitário, caracterizando uma população que acessa e frequenta serviços de saúde e possui os meios para tal.

Algumas análises recentes sugerem que travestis começam a trabalhar com sexo a partir dos 13 anos de idade, devido às condições de marginalização e exclusão que vivem²⁰. Além desse número, na literatura pesquisada, não foi possível encontrar dados para comparar com outras populações de pessoas trans, algo que julgamos alarmante, uma vez que é um segmento da sociedade que enfrenta altas taxas de quebra de vínculos familiares devido à intolerância, havendo

a necessidade de trabalhar precocemente para sustento próprio. No âmbito nacional, a população geral brasileira começa a trabalhar cedo. De acordo com a PNAD 2015, 44% começa a trabalhar até os 14 anos de idade, 29,4% de 15 a 17 anos e 26,6% só começam a trabalhar a partir dos 18 anos de idade, demonstrando que a população pesquisada começa a trabalhar numa idade acima da média nacional além de possuir também mais anos de estudo²¹. Ainda com base em dados da PNAD, é possível ver que há uma relação direta entre o nível de instrução mais elevado alcançado, renda familiar e a idade em que se começa a trabalhar, ressaltando a importância de outras pesquisas que abordem o tema.

De acordo com dados do IBGE, as principais metrópoles do país possuíam uma taxa de atividade (PEA/PIA) igual a 80,9%, enquanto nossa pesquisa constatou que 76,93% das mulheres submetidas ao PrTr encontram-se empregadas, evidenciando uma relativa proximidade entre os números²². Segundo a Antra, apenas 10% da população de travestis e mulheres transexuais estão ativas em além da prostituição, sendo 6% em informais sem vínculo empregatício e apenas 4% em empregos formais com fluxo de carreira²³. Um estudo tailandês com mulheres trans e travestis reportou que 81% das entrevistadas possuíam trabalhos no momento da pesquisa, valor relativamente próximo ao encontrado em nossa pesquisa (tabela 2)¹⁸. Um estudo norte-americano, no entanto, constatou que apenas 21,1% das entrevistadas estavam empregadas no momento da pesquisa, sendo ressaltada mais uma vez a necessidade de demais pesquisas para que se tenha visibilidade e noção dos dramas vividos por parte da população bem como para orientar políticas públicas⁶.

Em relação à situação empregatícia, enquanto, na população geral, 54,5% das pessoas ocupadas possuem carteira assinada, o grupo estudado apresentou uma taxa de apenas 23,1%. Reverberando esse dado, em outros estudos, apenas 8,85% das entrevistadas relatou possuir carteira assinada^{12,22}. Isso revela a grande dificuldade de inserção dessa população no mercado de trabalho formal, o que aumenta a sua vulnerabilidade. Frente a esses resultados, infere-se que mulheres trans e travestis recorrem a trabalhos irregulares por não serem aceitas, devido à discriminação em empregos formais, a mesma razão que, suspeita-se, as faça recorrer à prostituição.

A prostituição, por vezes, é única possibilidade de sobrevivência e de independência financeira para um grande número de mulheres transexuais, devido à exclusão familiar, escolar e social de que são vítimas. Dessa forma, de acordo com a Antra, 90% da população de travestis e mulheres transexuais estão na prostituição por falta de oportunidades²⁴. Essa por sua vez, além de ser uma atividade que as coloca em situação de vulnerabilidade, uma vez que 70% dos assassinatos de pessoas LGBTQ+ em 2017 no Brasil vitimaram profissionais do sexo, ainda é uma atividade sexual de risco²⁴. Segundo informações colhidas nesse estudo, dentre as seis participantes que já trabalharam como profissionais do sexo, quatro contraíram ISTs. Reverberando esse dado, encontramos alguns estudos que comprovam a maior suscetibilidade à ISTs por mulheres trans que trabalham com sexo. Um estudo feito com 151 mulheres trans em Los Angeles e Chicago mostrou que das 67% que trabalhavam com sexo, 19% eram infectadas pelo HIV⁸. Num estudo feito em

São Paulo com homens e mulheres transexuais profissionais do sexo, 13,33% das 45 mulheres trans entrevistadas disseram ser portadoras do HIV⁹. Em contrapartida, nenhuma das participantes desta pesquisa foi contaminadas por esse vírus, o que pode mostrar um cuidado e conscientização eficazes por parte da equipe do Espaço TRANS no HC da UFPE.

Encontramos que 18,8% das mulheres entrevistadas recebiam até um salário mínimo (SM) por mês; 43,8% recebia de 1 a 3 SM; 6,3% ganhavam de 3 a 6 SM e 31,3% não possuía renda própria, dado intrigante, visto que se choca com a percentagem de mulheres empregadas e talvez se deva a interpretação errônea, por parte de algumas das voluntárias, de que “renda” seria apenas o salário pago por algum empregador, levando à confusão na hora de responder o questionário. Comparativamente, um estudo brasileiro realizado com mulheres trans e travestis demonstrou que 40,67% recebia menos de um SM por mês, enquanto outro identificou que a média salarial da população estudada era de R\$1847,67^{12,8}. Sendo assim, percebemos que as pesquisas divergem entre si, o que pode se dar por diferenças metodológicas ou por variações nas próprias condições de vida da população, sendo necessário que cada serviço conheça seus pacientes para melhor adequar o atendimento à realidade encontrada. Nas principais capitais do Brasil, o rendimento médio da população ocupada foi de R\$ 2.227,50 em fevereiro de 2016, algo entre 2 e 3 SM, configurando a população estudada como abaixo da média nacional, informação que reforça a hipótese de que, por sofrerem com a transfobia e a marginalização, esses indivíduos não conseguem empregos bem remunerados e regulares, mantendo-se à margem da sociedade e em situação de vulnerabilidade²². O padrão se repete em dois estudos estadunidenses, que classificaram a grande maioria das mulheres transexuais e travestis abaixo da média salarial no país^{8,12,25}.

Em relação ao consumo de álcool e outras drogas, a prevalência do uso de psicotrópicos no país se dá da seguinte forma: 74,6% das pessoas já consumiram álcool, 44% das pessoas já consumiu tabaco, 8,8% já consumiu maconha, 2,9% já consumiram cocaína e 0,7% consumiram crack²⁶. Ao comparar com a população estudada, as taxas mostraram um consumo reduzido de álcool, mas uma taxa alarmante de consumo de drogas ilícitas, que pode ser justificada pela marginalização e condições de vida e trabalho dessa população.

Segundo o Dossiê de assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018, o Brasil segue na liderança no ranking dos assassinatos de pessoas Trans no Mundo²³. Ainda assim, o número de ocorrências desse tipo pode ser ainda maior, devido ao elevado índice de subnotificação.

Conforme exposto na tabela 3, seis pacientes relataram ter sofrido violência no contexto familiar. Um estudo feito pelo Ministério dos Direitos Humanos (MDH) em 2016 mostrou que, em 12,4% dos casos de violência contra transexuais, o suspeito tem alguma relação familiar²⁷. Normalmente, a família surge como primeiro grupo de sociabilidade produtor de exclusão. Pela falta de discussões sobre o tema, em especial na educação, estima-se que mais de 85% das famílias têm dificuldades em respeitar e entender a individualidade dos seus membros, acabando por excluir pessoas do seu convívio social²³. Por outro lado, pesquisas recentes demonstraram uma mudança progressiva na relação familiar e uma melhor aceitação das pessoas transexuais, fator que pode

justificar o bom índice de apoio familiar durante o processo de redesignação sexual recebido pelas participantes desse estudo (tabela 4)^{28,29}.

Além de não encontrar espaço no contexto familiar para expressarem sua identidade de gênero, também sofrem nas ruas. A literatura mostrou que o segundo local em que pessoas transexuais mais sofrem violação são as ruas, ficando atrás somente de locais que não foram especificados²⁷. Esse dado reverbera em nosso estudo, já que mais da metade das pacientes foram vítimas de violência em lugares públicos.

Por fim, o terceiro local em que as participantes dessa pesquisa disseram ter sofrido violência foram as instituições de ensino. Como reflexo dessa queixa, outras pesquisas demonstraram que ¼ dos estudantes não gostaria de ter um colega de classe LGBTI+. A mesma rejeição explícita apareceu inclusive entre professores, ainda que em menor grau³⁰. Outros dados apontam que no Brasil há cerca de 82% de exclusão escolar dentre pessoas trans²³.

Foi constatado que a violência psicológica é a mais sofrida por mulheres transexuais, ocorrendo em 34,6% dos casos²⁷. Esse dado é confirmado por nosso estudo, no qual 75% das mulheres sofreram esse tipo de agressão. A diferença entre os números é significativa devido à restrição de participantes desse estudo, mas, ainda assim, confirma-se a necessidade de cuidar da saúde mental dessas mulheres, uma vez que muitos dos casos de suicídio no mundo são de pessoas LGBT+ e, em sua maioria, pessoas trans²³.

Na construção das identidades trans, deve-se levar em consideração que na maioria das vezes o uso de hormônios sexuais não ocorre com acompanhamento nos serviços de saúde e, uma vez que elas localizam no corpo símbolos do feminino e masculino, esse dado tem caráter de alerta. Tal condição é reafirmada com o elevado percentual de entrevistadas que começaram a hormonioterapia sem o acompanhamento médico (tabela 4). Esse dado, além de revelar uma ânsia por parte das mulheres desse grupo em adequar o corpo à forma como se reconhecem, mostra também uma insuficiência do serviço oferecido em atender às necessidades desse grupo conforme requisitadas, tendo em vista que a maior parte delas busca o recurso entre 14 e 15 anos de idade e, de acordo com o Processo Transsexualizador do SUS, as mulheres transexuais só devem começar a hormonioterapia a partir dos 18 anos^{10,31}. Ademais, conforme demonstrado pelo presente estudo, muitas mulheres transexuais passam longos períodos em tratamento hormonal sem receita, o que as coloca como grupo de risco para certas comorbidades, tais como câncer, doenças cardiovasculares, hipercalcemia e alterações no peso e na pressão arterial³².

Apesar dos diversos trabalhos acerca dos efeitos metabólicos do tratamento hormonal e de relatos de caso sobre a construção do corpo feminino, pouco se sabe sobre as consequências do período de tratamento hormonal sem acompanhamento, principalmente no que se restringe às mulheres trans^{31,33,34}. Como consequência, várias mulheres trans permanecem sem o acompanhamento devido e sem consciência dos possíveis males associados ao uso de medicamentos sem receita.

Estudos com a população transexual feminina, assim como experiência vividas durante a coleta de dados mostraram que ao proferir a palavra “pênis” esse grupo de sente masculinizado.

Mais do que dar vida através de um ato linguístico, a palavra “pênis” contamina suas identidades³⁵. Tal pensamento justifica a elevada taxa da prática diária de esconder a genitália através de técnicas que são repassadas entre os grupos³³. Apesar disso, a negação do órgão e a necessidade de realizar a cirurgia de redesignação sexual não são critérios definidores da transexualidade. Como já apontado por Butler, o sexo não é destino³⁶. Por mais que a redesignação seja um procedimento válido e importante, não é a única opção existente para se sentirem bem psicologicamente e em paz com seu próprio corpo e identidade³⁷. Conforme demonstrado por outro estudo, 74,96% dentre as 571 mulheres transexuais e travestis não enxergam a o procedimento como condição necessária para a harmonização corpo/mente¹².

Nesse estudo, encontramos que três das pacientes submetidas à cirurgia de redesignação de gênero tiveram complicações pós-operatórias, das quais numa ocorreu estenose uretral e as outras duas não especificaram. Em comparação a isso, um estudo realizado na Universidade da Califórnia relatou que 28,7% das pacientes sofreram com complicações, sendo a formação de tecido de granulação a mais recorrente, seguida por deiscência de ferida e fístula retovaginal, em oposição a uma pesquisa alemã, em que estenose meatal foi a complicação mais recorrente (40% do total), seguida por deiscência de ferida (33%), estenose do intróito vaginal (15%)^{16,17}. Devido à pequena amostra coletada em nossa pesquisa, não é possível determinar se há ou não disparidade, mas a complicação relatada figura como uma das mais frequentes na bibliografia consultada. Não existem estudos de mesma natureza realizados no Brasil, o que é vital para corrigir possíveis erros técnicos e produzir melhores resultados estético-funcionais sem necessidade de reabordagem cirúrgica.

Os reparos realizados nas pacientes pesquisadas alcançaram 43,8% da amostra total, sendo 57,14% destes uretroplastia; 42,86% clitoroplastia; 14,29% perineoplastia e 14,29% não especificou. Em contraste a esse dado, apenas 9% das cirurgias do estudo estadunidense foram reabordadas, sendo 90% das reoperações para labioplastia e 21% para uretroplastia, enquanto no estudo alemão, 9% dos pacientes realizaram reconstrução vaginal e todos os 40% que apresentaram estenose uretral realizaram uretroplastia, configurando taxas de reoperação mais elevadas que as encontradas no Hospital das Clínicas de Pernambuco^{16,17}.

No presente estudo, foi encontrado que 29,4% das entrevistadas realizaram implantes mamários, 18,8% rinoplastia e 12,5% raspagem de cartilagem tireóide como procedimentos cirúrgicos relacionados e adicionais ao processo transexualizador, uma vez que a significação simbólica do gênero de um indivíduo vai muito além de seu fenótipo genital, podendo inclusive não necessitar deste. Os dados obtidos revelam uma oferta insuficiente do SUS, no que se refere à quantidade e variedade de serviços oferecidos, associado à exigência de condições que não contemplam diferentes necessidades. Isso é percebido não só por apenas 36 mulheres-trans terem se submetido à cirurgia de redesignação sexual desde 2014 no Hospital da Clínicas da UFPE, mas também pelo fato de minoria delas ter conseguido realizar o implante de próteses mamárias ou quaisquer outros procedimentos relacionados ao processo transexualizador.

Apesar das falhas que envolvem o PrTr do SUS, o pequeno número de pacientes que implantaram silicone industrial, a fim de feminilizar o corpo, pode revelar uma conscientização

feita pelo sistema de saúde no que tange aos malefícios provocados por essa prática. Visto que as injeções de silicone industrial (SLI) podem cursar com infecções, deformidades, necroses teciduais, embolia pulmonar e até a morte, o fato de apenas três entre dezesseis participantes da pesquisa terem realizado esse procedimento, apesar de toda a ansiedade que circunda o processo transexualizador, é uma conquista para os profissionais da área de saúde¹². Apesar disso, outros estudos nacionais e internacionais revelam dados opostos. Em um estudo realizado com travestis e mulheres transexuais em São Paulo, 49% relataram ter feito uso de SLI; na Argentina, dentre 450 mulheres transexuais, 61,6% tinham usado SLI e, nos Estados Unidos, 29% das pessoas em uma amostra por conveniência de 51 mulheres transexuais teriam injetado SLI^{12,38,39}.

Esse estudo tem limitações, dentre as quais o pequeno número de entrevistadas, devido à tentativa de não ser reconhecida enquanto mulher trans após a redesignação sexual por boa parte delas. Houve dificuldades relacionadas à interpretação das perguntas por parte das pacientes, inviabilizando a análise de alguns dados, como os principais reparos e complicações. Além disso, percebeu-se ainda que, apesar de uma parte delas possuírem certo grau de informação em relação ao contexto de luta que vivenciam, poucas reconhecem o estudo científico como uma forma de reduzir a invisibilidade.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu um vislumbre de dados acerca de um grupo da sociedade que, historicamente, tem pouco acesso aos serviços de saúde. Foi possível também refletir sobre as condições de vida dessa população e pôr em questão diversos preconceitos ventilados pela sociedade, bem como avaliar a ausência de estudos na área, sendo este um dos primeiros estudos transversais sobre a cirurgia de redesignação sexual. Ademais, foi possível visualizar a necessidade de conhecer melhor as pessoas que procuram os recursos do PrTr do SUS, a fim de atender às suas demandas e fornecer uma atenção integral e individualizada, respeitando a singularidade de cada indivíduo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à equipe do Espaço TRANS, em especial à Ericka D. Gomes da Silva e à Suzana Konstantinos Livadias. Às participantes da pesquisa. Ao CnPq/UFPE pelo financiamento.

COLABORADORES

M. J. B. Beltrão contribuiu com a concepção do estudo, realização das análises e interpretação de dados e redação final. P. V. S. A. Melo colaborou com a concepção do estudo, coleta de dados e revisão crítica do artigo. A. A. R. Costa contribuiu com a concepção do estudo, supervisão das análises e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Ministério de Direitos Humanos. Manual orientador sobre diversidade. Brasília - DF, 2018.
2. Nogueira S; Aquino T; Cabral, E. Dossiê: a geografia dos corpos das pessoas trans [cited 2019 Aug 11]. Brasil, 2017. Available from: https://storage.googleapis.com/wzukusers/user-31335485/documents/5a468580e124dwhI7Exh/redetransbrasil_dossier.pdf.
3. Martin I, Lampinen TM, Mcghee D. Methamphetamine use among marginalized youth in British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*, 2006 Jul-Aug;97(4):320-4.
4. Belza MJ, Llacer A, Mora R, De La Fuente L, Castilla J, Noguer I, et al. Social characteristics and risk behaviors for HIV in a group of transvestites and male transsexuals engaging in street prostitution. *Gaceta Sanitaria*, 2000 Sep-Oct;14(5):330-7).
5. Nemoto T, Ooperario D, Keatley J, Villegas D. Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. *AIDS Care*. 2004 Aug;16(6):724-35.
6. Nemoto T, Luke D, Mamo L, Ching A, Patria J. HIV risk behaviours among male-to-female transgenders in comparison with homosexual or bisexual males and heterosexual females. *AIDS Care*. 1999 Jun;11(3):297-312.
7. Wilson EC, Garofalo R, Harris RD, Herrick A, Martinez M, Martinez J, et al. Transgender female youth and sex work: HIV risk and a comparison of life factors related to engagement in sex work. *AIDS Behavior*, 2009 Oct;13(5):902-13.
8. Prado Cortez FC, Boer DP, Baltieri DA. A psychosocial study of male-to-female transgendered and male hustler sex workers in Sao Paulo, Brazil. *Archives of Sexual Behavior*, 2011 Dec;40(6):1223-31.
9. Pelúcio L. “Toda quebrada na plástica”: corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. *Campos: Revista de Antropologia Social* 2005; 6:97-112
10. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.707, DE 18 DE AGOSTO DE 2008 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União* 2008; 19 de ago 2008
11. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013 - redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 21 de nov.
12. Pinto TP, Teixeira F, Barros C. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2017, vol.33, n.7, e00113316. Epub July 27, 2017.
13. Petry AR. Mulheres transexuais e o Processo Transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 36, n. 2, p. 70-75, jun 2015.

14. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Guia Prático de Atualização - Disforia de Gênero. Nº 4, jun 2017.
15. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios, *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5):1509-1520, 2017.
16. Gaither TW, Awad MA, Osterberg EC, Murphy GP, Romero A, Bowers ML, Breyer BN. Postoperative Complications following Primary Penile Inversion Vaginoplasty among 330 Male-to-Female Transgender Patients, *The Journal of Urology*, 2018 Mar;199(3):760-765. doi: 10.1016/j.juro.2017.10.013. Epub 2017 Oct 12.
17. Rossi Neto R, Hintz F, Krege S, Rübhen H, VOM DORP F. Gender reassignment surgery - a 13 year review of surgical outcomes, *International Brazilian Journal Of Urology*, Vol. 38 (1): 97-107, January - February, 2012.
18. Guadamuz TE, Wimosate W, Varagrang A. et al. HIV Prevalence, Risk Behavior, Hormone Use and Surgical History Among Transgender Persons in Thailand. *AIDS Behav* (2011) 15: 650.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua - 2016.
20. Observatório do Terceiro Setor [Internet]. Expectativa de vida de transexuais e travestis no Brasil é de 35 anos, [cited 2019 aug 11]. Available from: <https://observatorio3setor.org.br/noticias/expectativa-de-vida-de-transexuais-e-travestis-no-brasil-e-de-35-anos/>.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2015.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Mensal de Emprego.
23. Benevides B, Nogueira S. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018. Brasil, 2019.
24. Agência Brasil [Internet]. Número de assassinatos de travestis e transexuais é o maior em 10 anos no Brasil, [cited 2019 aug 11]. Agência Brasil, 2019. Available from: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-01/assassinatos-de-travestis-e-transexuais-e-o-maior-em-dez-anos-no-brasil>.
25. Bureau of Labor Statistics. Usual weekly earnings of wage and salary workers - Second quarter 2019. July 17, 2019.
26. Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas. Relatório Brasileiro Sobre Drogas. Brasília - DF, 2009
27. Ministério dos Direitos Humanos. Violência LGBTfóbicas no Brasil: dados da violência. Brasília, DF 2018, 79 p.
28. Monzeli GA. Em casa, na pista ou na escola é tanto babado: espaços de sociabilidade de jovens travestis [dissertation]. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos, 2013.

29. Duque T. Montagem e desmontagem: vergonha, estigma e desejo na construção das travestilidades da adolescência [dissertations]. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos, 2009.
30. Abramovay M, Castro MG, Silva LB. Juventude e sexualidade. Brasília (DF): UNESCO Brasil, 2004.
31. Campana GA, Zambon CP, Tieg LMR, Cardoso Júnior CDA. A terapia hormonal no processo de transexualização. *Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente*, 9(edesp), 526-531. <https://doi.org/10.31072/rcf.v9iedesp.627>
32. Fernandez JD, Tannock LR. Metabolic effects of hormone therapy in transgender patients. *Endocrine Practice*, 22(4), 383–388. doi:10.4158/ep15950.or
33. Bento B. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. *Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades*, v. 3, n. 04, 27 nov. 2012.
34. De Andrade CAA et al. Requisitos de autocuidado de mulheres transexuais em uso de hormônios sexuais segundo teoria em Orem. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 23, n. 3, ago. 2018. ISSN 2176-9133. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.55748>.
35. Austin JL. Quando dizer é fazer: palavras e ação. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1990.
36. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
37. Galli RA et al. Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília , v. 29, n. 4, p. 447-457, Dec. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722013000400011>.
38. Socias ME, Kerr T, Marshall BDL, Arístegui I, Frola C, Pérez H, et al. Prevalence and correlates of injection of industrial silicone among transgender women in Argentina. In: 8th IAS Conference on HIV Pathogenesis [cited 2019 Feb 11]. Available from: <http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/IAS2015/posters/TUPEC567-Socias-Maria-Eugenia.pdf>.
39. Garofalo R, Deleon J, Osmer E, Doll M, Harper GW. Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. *J Adolesc Health* 2006. 38:230-6.

TABELAS

Tabela 1

Descrição da amostra de indivíduos que se submeteram à cirurgia de redesignação sexual no Hospital das Clínicas da UFPE, conforme características sociodemográficas (n = 16).					
Características	n	%	Características	n	%
Faixa etária em anos			Local de procedência		
24 - 29	6	37,50%	Recife - PE	6	37,50%
30 - 35	3	18,80%	Região Metropolitana	4	25,00%
36 - 40	4	25,00%	Interior do estado	4	25,00%
41 - 45	3	18,80%	Outros estados	2	12,50%
Cor/Raça			Possui religião		
Branca	2	12,50%	Sim	9	56,30%
Indígena	2	12,50%	Não	7	43,80%
Negra	1	6,30%			
Parda	11	68,80%	Dentre as que possuem religião, as religiões citadas foram		
			Candomblé	1	11,10%
			Católica	5	55,60%
Estado marital					

Casada	1	6,30%	Espírita	2	22,20%
Solteira	13	81,30%	Não especificada	1	11,10%
União Estável	2	12,50%			
Local de nascimento			Mora com os pais ou responsáveis		
Recife - PE	4	25,00%	Sim	7	43,80%
Região Metropolitana	5	31,30%	Não	9	56,30%
Interior do estado	5	31,30%	Situação de moradia		
Outros estados	2	12,50%	Alugada	7	43,80%
			Própria	7	43,80%
			Outra	2	12,50%

Tabela 2

Descrição da amostra de indivíduos que se submeteram à cirurgia de redesignação sexual no Hospital das Clínicas da UFPE, conforme características de inserção no mercado de trabalho (n = 16).

Características	n	%	Características	n	%
Escolaridade			Trabalha atualmente com carteira assinada		
1º grau	4	25,00%	Sim	3	23,10%
2º grau	9	56,30%	Não	10	76,90%
Ensino Superior	2	12,50%	Ocupação atual		
Especialização	1	6,30%	Beleza/Estética	1	6,30%
Já trabalhou			Educação	2	12,50%
Sim	15	93,80%	Profissional do Sexo	2	12,50%
Não	1	6,30%	Saúde	4	25,00%
Já trabalhou com carteira assinada			Serviços gerais	1	6,30%
Sim	7	46,70%	Vendas	1	6,30%
			Outro	2	12,50%

Não	8	53,30%	Não está trabalhando	3	18,80%
-----	---	--------	----------------------	---	--------

Idade em que começou a trabalhar em anos

< 14	2	13,30%
14 - 16	2	13,30%
17 - 18	3	20,00%
> 18	8	53,30%

Renda mensal em salários mínimos

< 1	3	18,80%
1 - 3	7	43,80%
3 - 6	1	6,30%
Nenhuma renda	5	31,30%

Trabalha atualmente

Sim	13	81,30%
Não	3	18,80%

Tabela 3

Descrição da amostra de indivíduos que se submeteram à cirurgia de redesignação sexual no Hospital das Clínicas da UFPE, conforme características que envolvem sexualidade, violência e uso de álcool e outras drogas (n = 16).

Características	n	%	Características	n	%
Orientação sexual			Fazem uso de álcool e/ou outras drogas		
Bissexual	2	12,50%	Sim	8	50,00%
Heterossexual	14	87,50%	Não	8	50,00%
Possui parceiro sexual fixo			Álcool e outras drogas citadas		
Sim	9	56,30%	Álcool	7	43,70%
Não	7	43,80%	Cocaína	2	12,50%
Número de relações sexuais por semana			Crack	2	12,50%
< 1	6	37,50%	Maconha	4	25,00%
			Tabaco	7	43,75%

1	2	12,50%			
2 - 3	6	37,50%			
4 - 6	2	12,50%			
Faz uso de preservativo			Já foi vítima de qualquer tipo de violência		
Sim	13	81,30%	Sim	12	75,00%
Não	1	6,30%	Não	4	25,00%
Às vezes	2	12,50%	Tipos de violência citados		
			Física	3	18,75%
			Psíquica	12	75,00%
			Sexual	2	12,50%
Já trabalhou como profissional do sexo			Principais contextos em que sofrem violência		
Sim	6	37,50%	Familiar	6	37,50%
Não	10	62,50%	Instituições de ensino	4	25,00%
Já contraiu alguma IST			Lugares Públicos	10	62,50%
Sim	5	31,30%	Trabalho	2	12,50%
Não	11	68,80%			
ISTs citadas					
Sífilis	3	50%			
HPV	2	33%			
Condiloma	1	16,66%			

Tabela 4

Descrição da amostra de indivíduos que se submeteram à cirurgia de redesignação sexual no Hospital das Clínicas da UFPE, conforme características do percurso de transição (n = 16).

Características	n	%	Características	n	%
Recebeu acompanhamento médico durante o tratamento hormonal			Obteve apoio familiar durante o processo de redesignação sexual		
Sim, desde o início	7	43,80%	Sim	11	68,80%
Sim, mas possui histórico de uso de hormônio sem receita médica	9	56,30%	Não	5	31,30%

Período sem acompanhamento médico durante o tratamento hormonal em anos			Apresentou complicações no pós-cirúrgico		
1 - 5	1	11,10%	Sim	3	18,80%
5 - 10	7	77,70%	Não	13	81,30%
> 10	1	11,10%			
Fazia uso da técnica de esconder o pênis			Apresentou necessidade de reparo da cirurgia		
Sim	12	75,00%	Sim	7	43,80%
Não	4	25,00%	Não	9	56,30%
Fez uso de silicone industrial			Realizou outros procedimentos associados ao processo de redesignação sexual		
Sim	3	18,80%	Mamoplastia	4	25,00%
Não	13	81,30%	Redução da cartilagem tireoide	2	12,50%
			Rinoplastia	3	18,80%

INSTRUÇÕES AOS AUTORES - CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

A revista escolhida para a publicação do presente artigo foi a Cadernos de Saúde Pública, uma vez que os temas abordados por ela são compatíveis com os discutidos durante esse texto, uma vez que fomenta discussões de fatores que repercutem nas condições de vida e no cuidado de saúde das populações. Ademais, a revista citada apresenta elevada relevância, com ISSN 0102-311X, fator de impacto 1,13 e classificação quallis capes B2.

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação *Cadernos de Saúde Pública*, o direito de primeira publicação.

Forma preparação de manuscrito

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a *Cadernos de Saúde Pública*.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais –**LINK 3**);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – **LINK 4**);

1.6 – Questões Metodológicas (**LINK 5**): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (**LINK 1**) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (**LINK 2**);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Nederlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 *Agradecimentos.* Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial

Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.