



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Adriana Costa Gil

**(Sub)notificações de violências interpessoais contra travestis e mulheres
transexuais: linkage entre um inquérito populacional e o Sistema de
Informação**

Rio de Janeiro

2022

Adriana Costa Gil

**(Sub)notificações de violências interpessoais contra travestis e mulheres transexuais:
linkage entre um inquérito populacional e o Sistema de Informação**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

G463 Gil, Adriana Costa.
(Sub)notificações de violências interpessoais contra travestis e mulheres transexuais: linkage entre um inquérito populacional e o Sistema de Informação / Adriana Costa Gil. – 2022.
123 f.

Orientador: Ricardo de Mattos Russo Rafael.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Violência Por Parceiros Íntimos. 2. Pessoas Transgênero. 3. Saúde Pública. 4. Epidemiologia. 5. Sub-registro. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Enfermagem. I. Rafael, Ricardo de Mattos Russo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária Diana Amado Baptista dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Adriana Costa Gil

**(Sub)notificações de violências interpessoais contra travestis e mulheres transexuais:
linkage entre um inquérito populacional e o Sistema de Informação**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovado em 3 de maio de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael (Orientador)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra Mercedes de Oliveira Neto
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra Virgínia Maria de Azevedo Oliveira Knupp
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda as mulheres trans, que foram a fonte de inspiração para que ele fosse elaborado. Foi pensando em dar visibilidade, em dar voz a essas mulheres que tanto precisam que esse estudo foi elaborado.

AGRADECIMENTOS

À minha família por todo apoio e amor durante toda essa jornada.

Aos meus amigos pela compreensão, pelos sorrisos, e por todo apoio que sempre me deram. Sintam-se (muito bem) representados por: Bia, Aninha, Duda, Davi, Juliana, Juliana Carrijo, Thiago, Thais Priscila, Bia Trench, Jeise, Dani, Mary, Lia, Bruna, Michelle, Miguel.

À minha turma de mestrado, por todo conhecimento compartilhado, momentos de discussão, grata por ter conhecido cada um de vocês. Em especial Adriana Feques, Amanda e Monica pela amizade e parceria, vocês foram um presente deste mestrado que levarei para a vida.

Aos meus grupos de Pesquisa SaPESC e EVAS pelos direcionamentos, pelas oportunidades de debates e trocas e pelos movimentos de construção coletiva.

À toda equipe do Instituto de Infectologia Evandro Chagas por toda ajuda para que este trabalho fosse desenvolvido com sucesso.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo por toda dedicação em me guiar nessa jornada, pela confiança depositada em mim para executar esse trabalho, pela parceria que vem desde a graduação, por me inspirar a ser sempre uma profissional e uma pessoa melhor. Obrigada por todo apoio e amizade.

Às participantes da banca, primeiramente, pelo aceite e disponibilidade e pelas contribuições que enriqueceram esta dissertação.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos nos quase dois anos do curso de mestrado.

Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo.

Paulo Freire

RESUMO

GIL, Adriana Costa. **(Sub)notificações de violências interpessoais contra travestis e mulheres transexuais**: linkage entre um inquérito populacional e o Sistema de Informação. 2022. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A temática das violências é amplamente debatida por profissionais do mundo inteiro, no entanto, quando o foco são as mulheres trans, percebe-se uma escassez de trabalhos que abarquem o assunto. Percebe-se que essas violências são subnotificadas pelo Sistema de Saúde. Diante disso, o estudo teve como objetivo principal analisar as diferenças entre o perfil de violências íntimas notificadas na base de dados do SINAN em comparação com o observado no conjunto de Travestis e Mulheres Transexuais entrevistadas pelo projeto EVAS no município do Rio de Janeiro. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de 139 pessoas do projeto EVAS e os dados contidos no SINAN. Através do EVAS foi possível aferir que a violência interpessoal, apresentou prevalência de 82,35% (IC95%: 74,91-87,94). Após o *linkage* com o SINAN, a prevalência observada foi de 2,94% (IC95%: 1,09-7,66). Foi possível verificar 19,12% de concordância e uma concordância esperada de 19,55%, o Índice Kappa resultou em -0,0054 (p-valor 0,652). Observou-se uma acuracidade de 3,51% (n=4/114) e, conseqüentemente, uma divergência de 96,49% (n=110/114) entre os eventos violentos observados entre as duas bases de dados. Não foram identificados resultados estatisticamente significantes na análise bivariada, sugerindo que as características sociodemográficas não parecerem afetar a notificação. O fato de ser travesti ou transexual parece ser um fenômeno de barreira ao processo de notificação pelos sistemas de saúde, aspecto que precisa ser enfrentado. É importante sensibilizar os profissionais de saúde para as questões referentes ao gênero e sexualidade, a fim de capturar as violências vivenciadas por essas mulheres.

Palavras-chave: Violência Por Parceiros Íntimos. Pessoas Transgênero. Saúde Coletiva. Epidemiologia.

ABSTRACT

GIL, Adriana Costa. **(Sub)notifications of interpersonal violence against transvestites and transgender women**: linkage between a population survey and the Information System. 2022. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The theme of violence is widely debated by professionals around the world, however, when focused on transgender women, there is a lack of studies that cover the subject. It is noticed that these types of violence are underreported by the Health System. Therefore, the main objective of the study was to analyze the differences between the profile of intimate violence reported in the SINAN database compared to that observed in the group of Transvestites and Transgender Women interviews by the EVAS project in the city of Rio de Janeiro. This is a cross-sectional study with a sample of 139 people from the EVAS project and the data contained in SINAN. Through the EVAS, it was possible to assess that interpersonal violence had a prevalence of 82.35% (95%CI: 74.91-87.94). After linkage with SINAN, the observed prevalence was 2.94% (95%CI: 1.09-7.66). It was possible to verify 19.12% agreement and an expected agreement of 19.55%, the Kappa Index resulted in -0.0054 (p-value 0.652). An accuracy of 3.51% (n=4/114) and, consequently, a divergence of 96.49% (n=110/114) was observed between the violent events observed between the two databases. No statistically significant results were identified in the bivariate analysis, suggesting that sociodemographic characteristics don't seem to affect notifications. The fact of being a transvestite or transgender seems to be a barrier to the notification process by the health systems, an aspect that needs to be addressed. It is important to sensitize health professionals to issues related to gender and sexuality, in order to capture the violence experienced by these women.

Keywords: Violence by Intimate Partners. Transgender People. Public Health. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Representação esquemática do modelo ecológico das violências.....	25
Figura 2 –	Tipologia das violências e natureza dos atos violentos.....	27
Figura 3 –	Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes.....	42
Quadro 1 –	Mudanças ocorridas na Ficha SINAN de 2006 a 2015.....	48
Figura 4 –	Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por áreas programáticas com base na Secretaria Municipal de Saúde.....	53
Quadro 2 –	Variáveis correspondentes ao projeto EVAS (EVAS).....	58
Figura 5 –	<i>Flowchart</i> do relacionamento dos bancos de dados do “EVAS: Estudo de Violências e Autoavaliação de Saúde de Travestis e Mulheres Transexuais do Rio de Janeiro” e do Sistema Nacional de Agravos de Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas do Estado do Rio de Janeiro (SINAN-RJ), 2015-2020.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características sociodemográficas de um conjunto de travestis e mulheres trans do Município do Rio de Janeiro e região metropolitana do Estado. 2018-2020. (n=139).....	68
Tabela 2 –	Frequência de violência comunitária vivenciadas pelo grupo de travestis e mulheres trans do município do Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020.....	69
Tabela 3 –	Prevalência de violências de acordo com a natureza dos atos, vivenciadas pelo conjunto de travestis e mulheres trans do município do Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (n=139).....	70
Tabela 4 –	Prevalência total de violências interpessoais presente no conjunto de travestis e mulheres trans no município do Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020.....	71
Tabela 5 –	Resultados da análise bivariada das prevalências de violências por parceiros íntimos (VPI), violência comunitária, e violência interpessoal total do conjunto de travestis e mulheres trans do município do Rio de Janeiro e região metropolitana, no período de 2018-2020.....	72
Tabela 6 –	Resultados da análise bivariada dos registros de notificação de violência (SINAN) no conjunto de travestis e mulheres trans do inquérito EVAS. Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020.....	75
Tabela 7 –	Resultados da análise bivariada dos registros de notificação de violência (SINAN) com relação as violências observadas no conjunto de travestis e mulheres trans do inquérito (EVAS). Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (n=139).....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CER	Coordenação de Emergência Regional
CF	Clínica da Família
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CMS	Centro Municipal de Saúde
DANTPS	Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.
EVAS	Estudo Sobre Violências e Autoavaliação de Saúde em Travestis e Mulheres Transexuais
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GGB	Grupo Gay da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas- Fiocruz
LGBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTQIA+	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais, <i>Queer</i> , Intersexuais e Assexuais.
MDH	Ministério dos Direitos Humanos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violências entre Parceiros Íntimos
PNLGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REVISÃO DE LITERATURA	20
1.1	Breve panorama teórico-conceitual sobre as violências entre parceiros íntimos	20
1.1.1	<u>Diversidade conceitual sobre o fenômeno das violências</u>	22
1.1.2	<u>O modelo ecológico das violências como um modelo explicativo das violências</u>	24
1.1.3	<u>Tipificação das violências</u>	26
1.2	Gênero, diversidade sexual e violências	28
1.2.1	<u>Identidades de gêneros e correntes de compreensão e “diferenciação”</u> ...	32
1.2.2	<u>Gênero enquanto categoria analítica e suas relações com a base epistêmica do fenômeno das violências</u>	34
1.3	Um panorama epidemiológico sobre as violências entre parceiros íntimos na população travesti e de mulheres transexuais	37
1.3.1	<u>Estudos sobre (sub)notificação de VPI</u>	39
1.3.2	<u>Sistemas e programas de informação sobre violências</u>	41
1.3.3	<u>Diferenças conhecidas nas prevalências de violências entre os inquiridos e as notificações</u>	49
2	METODOLOGIA	52
2.1	Desenho do estudo	52
2.2	Cenário do estudo	52
2.3	População, dinâmica de coleta e variáveis do estudo na Fase 1	56
2.4	Variáveis do estudo na Fase 2	63
2.5	Análise de dados	64
2.6	Aspectos éticos	66
3	RESULTADOS	68
3.1	Resultados da Fase 1 – “EVAS: Estudo sobre Violências e Autoavaliação de Saúde de Travestis e Mulheres Transexuais”	68
3.2	Resultados da Fase 2 – <i>Linkage</i> entre os registros do EVAS e as notificações do SINAN-RJ	73

4	DISCUSSÃO	79
4.1	Limitações do estudo	84
4.2	Aplicações para a Enfermagem e a Saúde Coletiva	85
	CONCLUSÃO	87
	REFERÊNCIAS	89
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado de Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (EVAS).....	96
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado de Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (Efeitos da identidade (trans)gênero e orientação sexual sobre a notificação e mortalidade por violências: um estudo de coorte).....	100
	ANEXO C – Instrumento de coleta da pesquisa base (EVAS).....	105
	ANEXO D – Ficha de Notificação de Agravos de Violência Interpessoal/Autoprovocada versão 5.1/ 2015 (SINAN)	120
	ANEXO E – Termo de consentimento Livre e Esclarecido (EVAS).....	122

INTRODUÇÃO

A temática das violências é amplamente pesquisada por profissionais de diversas áreas, inclusive a nível mundial, mesmo essa apresentando inúmeras publicações. À medida que se quer cada vez mais compreender e prevenir a ocorrência deste fenômeno faz-se necessário continuar subsidiando a temática. Sabe-se que a violência é um dos grandes contributos para incremento das consequências sociais e de saúde (CZUBA, 2015).

Talvez as violências tenham participado sempre das relações dos seres humanos, o impacto desta pode ser visto em todas as partes do mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um milhão de pessoas por ano sofrem ou perpetram violências, podendo essas apresentar-se de forma fatal ou lesões não fatais, resultantes da violência auto infligida interpessoal ou coletiva. No ano de 2000, foram registradas 1,6 milhões de mortes a nível mundial. As violências atingem principalmente pessoas de 15 a 44 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

As violências podem ser definidas de algumas formas. De acordo com a OMS:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002 p.27) .

Assim, nesta definição, a OMS relaciona a intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente dos resultados obtidos. A introdução da palavra “poder” amplia o sentido para além do ato violento e convencional, mas para aqueles que resultam de uma relação de poder, abrangendo ameaças, intimidações, negligências ou atos de omissão (KRUG, 2015, p.27).

As violências podem ser perpetradas tanto por homens quanto por mulheres e acometer de crianças a idosos. Além disso, as violências podem causar diversos danos, dentre eles: físico, sexual, emocional, moral ou patrimonial. Independente da forma que ocorra nesta relação, a vivência da violência provoca problemas físicos e psicológicos, ou até mesmo resultar em morte (GOMES, 2013, p.2). Segundo Rafael (2013, p. 4) “a influência do gênero tem sido apontada como um dos mais significativos fatores entre aqueles que interferem na cadeia de causalidade da violência íntima, uma vez que reflete a visão social sobre os papéis dos homens e mulheres”.

A temática das violências é bastante explorada em diversos gêneros, mas quando o personagem são as travestis e as mulheres trans (LGBTQIA+) e as notificações de violências ocorridas por este grupo, percebe-se uma lacuna na literatura. No entanto, faz-se necessário abarcar as violências contra as travestis e mulheres transexuais, à medida que se tem a “Política Nacional Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, com embasamento nos princípios assegurados na Constituição federal de 1988 (CF/88), para que esta população tão discriminada e estigmatizada pudesse ter acesso à assistência à saúde de forma equânime (BRASIL, 2013).

De acordo com dados divulgados pelo Ministério dos Direitos Humanos (MNDH), ocorreu um aumento no número de casos de violência LGBTfóbica no Brasil, mesmo considerando a elevada taxa de subnotificação de dados de violência desta natureza. Ainda com a divulgação de dados e denúncias, existem poucas ações concretas, por parte dos Poderes Públicos, que possam contornar a situação da violência. No que diz respeito à subnotificação, parte pode ser atribuída à vulnerabilidade social da população de travestis e mulheres transexuais em acessar o serviço e uma vez acionado, identificar e classificar corretamente os fatos relatados como homofobia ou transfobia, por exemplo, ainda que tenham traços bem típicos. A Constituição de 1988 implementou um sistema de direitos e garantias que exige que o Estado Brasileiro aja para coibir violências (BRASIL, 2018).

De acordo com relatório do Ministério dos Direitos Humanos foram recebidas denúncias de violências aos grupos vulneráveis através do Disque 100 nos anos de 2015 e 2016, sendo estas respectivamente as travestis 135 ocorrências em 2015 e 104 ocorrências em 2016, as transexuais 123 ocorrências em 2015 e 103 ocorrências em 2016, aos gays 282 ocorrências em 2015 e 318 ocorrências em 2016, as lésbicas 104 ocorrências em 2015 e 123 ocorrências em 2016, aos bissexuais 21 ocorrências em 2015 e 51 ocorrências em 2016 (BRASIL, 2018).

O Brasil é considerado um dos países mais violentos do mundo, nesta perspectiva não poderia se dizer que em relação às pessoas LGBTQ+ seria diferente. De acordo com relatório anual do Grupo Gay da Bahia, aponta que 445 LGBTQ+ foram assassinados no ano de 2017, o que mostrou um crescimento de 30% em relação ao ano de 2016 (BRASIL, 2018). Diante deste cenário, pode se destacar os homicídios e as tentativas de homicídios através de dados obtidos pelo Disque 100, entre os anos de 2011 e 2017 (CERQUEIRA *et al.*, 2019).

Cabral (2013) destaca que o Brasil é apontado como um dos principais países onde pessoas LGBTQIA+ são assassinadas. De acordo com o relatório elaborado pelo Grupo

Gay na Bahia e publicado em 2018, a cada 20h um LGBTQIA+ morre de forma trágica ou comete suicídio, vítima de LGBTfobia. Sendo o Brasil, a nação que mais mata pessoas trans no mundo, de acordo com Levy *et al* (2016). A Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) relata que no ano de 2019, ocorreram 121 assassinatos de travestis e mulheres trans. Destes, só se tem notícias de que os suspeitos de apenas 11 casos foram encontrados.

Ao abordar as violências pode-se citar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) como uma ferramenta para auxiliar no agravo e prevenção dos eventos. Sendo este sistema alimentado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), principalmente, através da notificação e investigação de casos de doenças e agravos constantes na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Esta é uma das atribuições da Vigilância em Saúde/Epidemiológica de Estados e Municípios. Assim, a sistematização dos dados permite tipificar as violências ocorridas, além de caracterizar a natureza, o perfil das vítimas e dos prováveis autores (VIVA, 2016).

O SINAN também é uma ferramenta que auxilia a nortear as ações do Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, auxiliando no desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento às violências e articulação de redes que o compõem (VELOSO, 2013).

De acordo com Salvaterra (2015), poucos estudos nacionais, sejam estes quantitativos ou qualitativos, têm utilizado notificações pelo SINAN como base, com recorte estadual ou nacional. Também não foram localizadas pesquisas que observassem todos os tipos de violências, em conjunto. A predominância da literatura nacional sobre o tema é focada na violência doméstica e na violência por parceiro íntimo na perspectiva heteronormativa. No que diz respeito às notificações geradas por violências contra travestis e mulheres trans, não foram encontrados estudos que pudessem gerar contribuições para auxiliar na compreensão e prevenção destes eventos.

Em que pese estas lacunas, no Rio de Janeiro, entre os anos de 2019 e 2020, foi conduzido um estudo trans específico intitulado “EVAS: estudo sobre violências e autoavaliação de saúde em travestis e mulheres transexuais” no município do Rio de Janeiro e adjacências (ANEXO A). O estudo, coordenado sob a parceria entre a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), mapeou violências perpetradas em diferentes momentos da vida deste grupo populacional, da infância à fase adulta, das violências interpessoais às autoprovocadas. Com base nesta produção de conhecimento foi possível estimar as

múltiplas violências experimentadas e suas repercussões no campo da saúde (RAFAEL *et al*, 2018).

Entretanto, ainda é persistente a necessidade de reconhecer a proporção do reconhecimento destas violências pelo Estado, ou seja, o quanto de violência sofrida pela população de travestis e mulheres transexuais é notificado nos sistemas de vigilância em saúde. Acredita-se que esta produção de informações possibilita aprofundamento teórico e técnico na formulação e programação de políticas públicas. Diante da complexidade desta problemática, este estudo tem como questões norteadoras: 1) quais são as diferenças no perfil de violências interpessoais contra travestis e mulheres trans observadas na base de notificação e no inquérito de fonte primária? 2) Quais são os fatores associados a não notificação das violências interpessoais contra travestis e mulheres trans no SINAN?

Objeto do estudo

Perfil de notificações de violência íntimas na base de dados do SINAN e o observado no estudo EVAS do município do Rio de Janeiro.

Objetivos

Objetivo geral

Analisar as diferenças entre o perfil de violências íntimas notificadas na base de dados do SINAN em comparação com o observado no conjunto de Travestis e Mulheres Trans entrevistadas pelo projeto EVAS no município do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos

- a) Estimar as prevalências de violências interpessoais contra travestis e mulheres trans na base do SINAN e aquelas observadas no inquérito;
- b) Analisar os fatores associados às notificações de violências em função da junção entre os bancos do SINAN e do inquérito.

Justificativa

A principal intenção da pesquisa é preencher a lacuna das produções científicas acerca da temática em questão tornando-a mais visível, quebra de paradigma em relação ao enfrentamento das violências contra as travestis e mulheres trans. As lacunas nas produções literárias acerca da temática podem ser atribuídas às subnotificações dos casos de violências contra as travestis e mulheres trans e às dificuldades que elas encontram no acesso aos serviços de saúde em todos os níveis.

As mulheres que apresentam uma maior passabilidade apresentaram uma alta prevalência de violência familiar, em contrapartida, baixa prevalência a violência policial, e em espaços públicos abertos e fechados. A pesquisa apontou que uma maior passabilidade seria um fator protetor reduzindo em 81% a chance de vivenciar violências em espaços abertos ao menos uma vez na vida (PEIXOTO et al, 2020). Entende-se por passabilidade como a aparência que pessoa é interpretada ou percebida de acordo com o sexo que se identifica e não com o sexo que lhe foi atribuído ao nascer (SOARES et al, 2021a). Segundo Soares et al (2021), das 140 entrevistadas no EVAS no que se refere as violências comunitárias, 68 (48,6%) destas já sofreu agressão física por desconhecidos, e 51 (36,4%) já vivenciaram agressões perpetradas por conhecidos ao menos uma vez.

Após meu ingresso na Residência de Enfermagem em Saúde da Família pelo convênio UERJ, pude observar que a Unidade Básica de saúde em que estava alocada não realiza notificações de violências sofridas pela população LGBT+. No entanto, observa-se a frequência deste grupo a clínica para dar seguimento aos tratamentos de HIV, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica. Isto me causou um grande incômodo e uma necessidade em me debruçar mais na temática. Aprofundei-me mais na temática das violências durante a construção do projeto de intervenção no período de residência, onde tratei especificamente das violências contra casais homoafetivos.

Durante a elaboração deste projeto, foi realizada uma busca nas bases de dados de saúde e não foram encontrados estudos que tratem das notificações de violências contra as travestis e mulheres trans. Com relação ao acesso, em um estudo realizado em um conjunto de travestis e mulheres trans no município do Rio de Janeiro e região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, Depret (2019), observou que as travestis e as mulheres trans enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde, tanto na atenção primária quanto na atenção especializada.

Esta pesquisa poderá contribuir para a Enfermagem e para a Saúde Coletiva como uma forma auxiliar no desenvolvimento das práticas assistenciais centradas no indivíduo no contexto das violências, em todos os níveis de atenção à saúde. As reflexões deste trabalho tornam-se importantes para a prática profissional dos enfermeiros, que apresentam dificuldades em assistir aos usuários vítimas de violências, ainda mais quando as violências não se apresentam fisicamente. Esta dificuldade torna-se maior quando envolve a população LGBTQIA+, sendo assim, torna-se importante contribuir para uma prática pautada na qualidade e respeitando os princípios norteadores da APS.

Além disso, pode contribuir para subsidiar outros estudos acerca da temática aqui desenvolvida por se tratar de um estudo inédito em âmbito nacional.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Breve panorama teórico-conceitual sobre as violências entre parceiros íntimos

As violências estão presentes em todo o mundo, e talvez, tenha sempre participado da vida humana, afetando não só a saúde individual, mas também a coletiva. As violências podem apresentar. No Brasil, durante a década de 90, foram apuradas informações de que mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes, sendo que cerca de 400 mil faleceram por homicídios (MINAYO, 2003).

Não só no Brasil, mas em qualquer parte do mundo, os óbitos infligidos por outros ou auto infligidos geram sério problema social e têm diversas repercussões na saúde individual e coletiva. Somente em meados do século passado a violência se estabeleceu como uma problemática social. Desde então, a violência ocorrida no contexto das relações íntimas tem sido temática em diversas pesquisas científicas, sobretudo, a nível internacional (MARGARIDA, 2013)

Pode-se dizer ainda que todos os dias alguém perpetra ou sofre violência. As violências não são originadas por um único fator, mas sim originárias de diversos fatores derivados de uma determinada ação. De acordo com a OMS, todos os anos milhões de pessoas são vítimas fatais e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência auto infligida, interpessoal ou coletiva. De forma geral, no mundo todo, a violência está entre as principais causas de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 44 anos. A violência pode ser evitada e seu impacto minimizado, com implementações de políticas nacionais e iniciativas legislativas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE, 2002).

As violências e acidentes podem causar altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Ainda se podem citar os prejuízos econômicos através da ausência no trabalho, danos psicológicos e emocionais incalculáveis que causam nas vítimas e em seus familiares. No que diz respeito ao sistema de saúde, este é afetado através do aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, que custam mais que a maioria dos procedimentos convencionais executados pela equipe de saúde. Os serviços de saúde estão preparados para as ocorrências das lesões físicas, mas requer-se atualmente que estejam também preparados para as causas emocionais (BRASIL, 2005, p.13).

As Violências entre Parceiros Íntimos (VPI) ocorrem em diversos países e das mais variadas formas, sendo esta independente de grupo social, econômico, religioso e cultural. Entende-se por violências entre parceiros íntimos àquelas que ocorrem nas relações íntimas de afeto, independente do ambiente em que esta possa vir a ocorrer, apresentando-se como um fenômeno multifacetado em suas formas de ocorrência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002, p.114-115).

As VPI podem ocorrer em ambos os gêneros, no entanto, é sabido que as mulheres sofrem mais violências por estarem emocionais ou até mesmo economicamente ligadas a seus parceiros íntimos, o que traz grandes implicações tanto para o abuso quanto para as abordagens para lidar com este. Diante das proporções das violências contra as mulheres a problemática tornou-se assunto de cunho internacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002, p.114-115).

As violências de gênero vistas inicialmente como uma questão de direitos humanos, passaram a ser consideradas como um problema de saúde pública. Refere-se à violência de gênero comportamentos que possam vir a causar qualquer tipo de dano aos envolvidos na relação. Em relação aos comportamentos citados anteriormente, que possam ser danosos aos parceiros, estão inclusos atos de agressão física (estapear, socar, chutar e surrar), abuso psicológico (intimidação, constante desvalorização e humilhação), relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, comportamentos controladores (isolar a pessoa de sua família e amigos, monitorar seus movimentos e restringir seu acesso às informações ou à assistência) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002, p.114-115).

Segundo Rafael *et al* (2013, p.3) “a influência do gênero tem sido apontada como um dos mais significativos fatores entre aqueles que interferem na cadeia de causalidade da violência íntima, uma vez que reflete a visão social sobre os papéis dos homens e mulheres”. No que diz respeito à agressão física, é notório um predomínio masculino em quase todos os cenários da violência. Entretanto, no ambiente doméstico, os principais personagens lesados são mulheres e crianças. Sendo que as mulheres sofrem mais violência que os homens, em qualquer fase da vida, principalmente em sua forma psicológica. A violência psicológica apresenta altas taxas, chegando a 80%, mesmo assim essas agressões permanecem veladas (RAFAEL *et al*, 2013, p. 2).

No que diz respeito ao autor da violência praticada contra a mulher, é principalmente aquele que manteve ou mantém relação amorosa com esta. Sendo assim, caracterizando-se como violência conjugal, definida como ato violento em um

relacionamento amoroso (RAFAEL *et al*, 2013, p. 2). Em seu estudo Rafael *et al* (2013, p. 3), observou que: “a ocorrência dos atos violentos perpetrados entre o casal parece estar se equilibrando, excetuando-se a violência sexual, quando comparados a resultados obtidos no início desta década”.

Ao analisar os resultados do estudo realizado por Rafael *et al* (2017 p.3), observa-se que as violências íntimas perpetradas contra mulheres nos últimos 12 meses, se apresentam como: 21,0% violência física, 90,6% psicológica e 39,1 % sexuais. Ainda assim, pode-se inferir que a mesma vítima pode sofrer os três tipos de abuso, em momentos e formas diferentes, o que pode levar ao agravamento do processo de conflito e danos gerados.

1.1.1 Diversidade conceitual sobre o fenômeno das violências

Dadas às proporções deste fenômeno cabe explorar brevemente a diversidade conceitual com finalidade de compreender e discutir de forma mais ampla a ocorrência dele. A complexidade das violências está presente na polissemia do seu conceito, e pode ter vários sentidos. De acordo com a OMS violência define-se como: “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Nesta definição, a OMS associa a intencionalidade com a prática do ato propriamente dito, independentemente dos resultados obtidos. A introdução da palavra “poder” amplia o sentido para além do ato violento e convencional, mas para aqueles que resultam de uma relação de poder, abrangendo ameaças, intimidações, negligências ou atos de omissão.

Quando se fala de violências, alguns autores as definem das mais variadas formas. De acordo com Brasil, existem três definições de violências que englobam tanto de forma individual quanto coletiva, tendo como destaque: a violência física, que atinge diretamente a integridade corporal e que podem ser expressadas nos homicídios, agressões, violações, roubos a mão armada; a violência econômica que se refere a apropriar-se de forma desrespeitosa de bens e propriedades de forma agressiva ou contra a vontade dos donos; por fim, a violência moral e simbólica, aquela que expressa à dominação cultural, ferindo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro (BRASIL, 2005, p.16).

Por Bourdieu (2002), aborda-se a violência simbólica, que pode ser entendida como aquela que é invisível, que coloca o outro em posição de subjugação-submissão, manifesta-se de forma silenciosa e sutil nas relações sociais. As mulheres naturalizam a dominação masculina e não a contestam como se fosse algo colocado de forma quase imperceptível.

“O poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”. Ele esboça a violência simbólica como uma “violência suave, insensível, invisível às suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento” (BOURDIEU, 2002, p. 7-8).

Bourdieu (2002) denomina como uma forma de coação que se apoia no reconhecimento de uma imposição determinada seja esta econômica, social ou simbólica. A violência simbólica se baseia na construção contínua de crenças no processo de socialização, que induzem o indivíduo a se posicionar no espaço social seguindo critérios e padrões do discurso dominante. Assim, a violência simbólica pode legitimar as violências que podem ocorrer nas práticas e através da incorporação de significados mentalmente o indivíduo pode aceitar isso como algo lógico e naturalizar os atos.

De acordo com Arendt (1994), a violência se apresenta como um meio e um instrumento para a conquista do poder, mas não representa o poder. Ainda, a autora destaca que só existe violência quando não existe argumentação e convencimento de quem o detém. Já Engels (1981) valoriza a violência como um acelerador do desenvolvimento econômico. Através de Freud (1980) se tem outras interpretações da violência, em diferentes etapas de seu pensamento. No primeiro momento, ele explica que instintivamente o ser humano apresenta agressividade, o que o torna um indivíduo capaz de fazer sofrer e matar seu semelhante. Num segundo momento, define-a como instrumento para atribuir conflitos de interesse, sendo, assim, uma regra geral da ação humana frente a situações competitivas.

1.1. 2 O modelo ecológico das violências como um modelo explicativo das violências

Não existe uma forma única de explicar o porquê algumas pessoas se comportam de maneira violenta em relação às outras, e estão mais presentes em algumas comunidades do que em outras. O fenômeno da violência é multifatorial e compreende interações individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais.

O modelo ecológico foi introduzido pela primeira vez no fim da década de 70, inserido no contexto do abuso infantil e, posteriormente, à violência juvenil. Atualmente os pesquisadores têm aplicado esse modelo para entender as violências entre parceiros íntimos e as violências perpetradas contra idosos. Esse modelo auxilia na compreensão do fenômeno multifacetado das violências, e investiga as relações entre os fatores individuais, contextuais e acredita que a violência pode ser o resultado de diversos níveis de influência sobre o comportamento humano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Bronfenbrenner (2002; 2004), em sua Teoria do Desenvolvimento Humano, explorou o modelo ecológico, e observou as violências sob uma nova ótica. Essa teoria embasou muitos estudos, em diversas áreas. O teórico disserta sobre a construção do processo de violência, e a dividiu em três níveis, sendo o primeiro deles o nível pessoal, onde são levados em consideração alguns aspectos como: algumas pessoas tornam-se alvo mais fácil de agressões que outras, por características como o nível de escolaridade baixa e dependência financeira, podendo também os perpetradores serem usuários de bebidas alcoólicas.

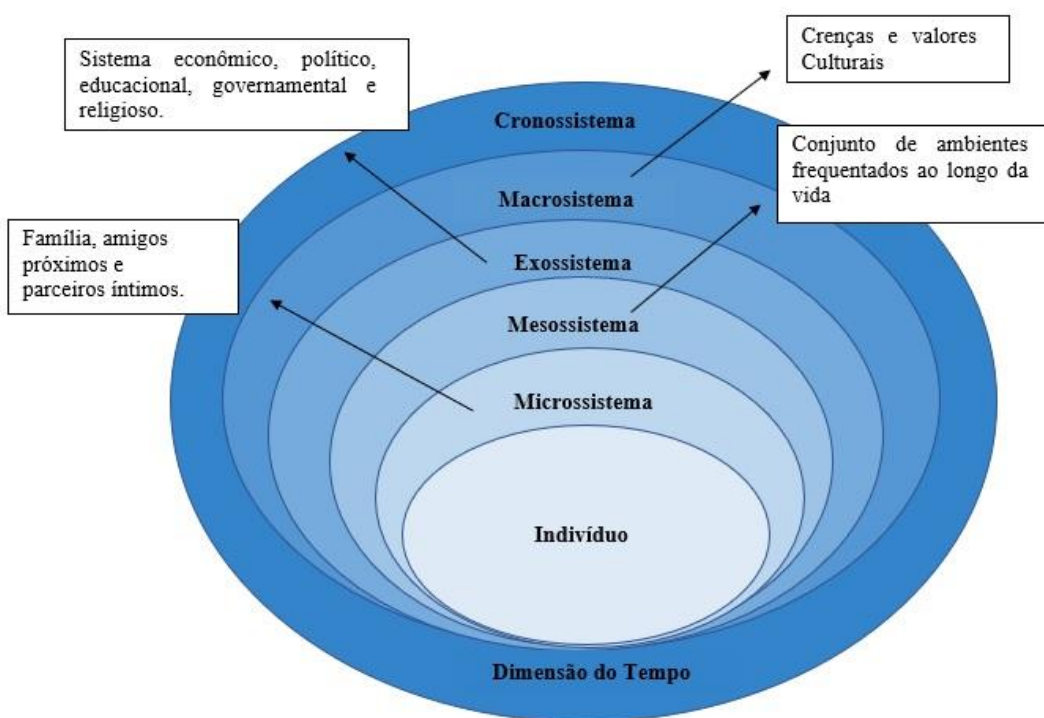
Em relação à falta ou baixo nível de escolaridade, pode-se dizer que a pessoa se torna mais vulnerável à agressão. No que diz respeito às drogas, elas não são causa, mas podem ser potencializadoras das personalidades violentas e fazem com que o agressor "culpabilize" a dependência e queira se eximir da responsabilidade do ato violento. Ressalta-se ainda, que as agressões podem ocorrer como resultado do acúmulo de frustrações de quem a comete, sendo este denominado como psicopático e já os controladores como cíclicos.

No nível contextual, divide-se em quatro níveis ambientais: microssistema, mesossistema, exossistema, macrossistema. O microssistema seria a família como sistema mais imediato de relações sociais face a face. De acordo com Bronfenbrenner (2002; 2004), a família é onde deve estar a principal fonte de apoio socioafetivo do indivíduo.

Ainda, diz que a família se constitui como sistema aberto, em constante transformação, através da troca de informações com outros sistemas.

Já o mesossistema define-se como a relação de dois ou mais sistemas frequentados ativamente pela pessoa. Os exossistemas são sistemas não frequentados ativamente pela pessoa que, no entanto, pode ser influenciada por este e/ou pode influenciá-lo de modo direto ou indireto. Já o nível temporal é dividido em três passagens de tempo, são estas: o microtempo onde ocorre a continuidade e descontinuidade nas relações bidirecionais das pessoas; o mesotempo, que são os amplos intervalos de tempo como dias, semanas, meses e anos; e o macrotempo são os eventos e expectativas de mudança na sociedade (BROFENBRENNER, 2002; 2004). Essas relações aqui expostas anteriormente podem ser mais bem visualizadas através da representação esquemática na figura abaixo:

Figura 1- Representação esquemática do modelo ecológico das violências



Fonte: A autora, 2021, adaptado de *Making human being's human: Bioecological perspectives on human development*. (BRONFENBRENNER, 2004).

1.1.3 Tipificação das violências

As violências também podem ser classificadas com base na natureza dos atos violentos. As violências apresentam poucas tipologias e nenhuma delas é muito abrangente. Entretanto, a OMS divide-as em três categorias amplas com base em características daqueles que perpetraram os atos violentos, que são a violência auto infligida, violência interpessoal e violência comunitária (DAHLBERG, 2006).

A violência auto infligida pode ser caracterizada como aquela que é cometida contra si mesmo, seja com automutilações ou até mesmo suicídios. A automutilação pode ser caracterizada como destruição direta e deliberada de partes do corpo sem intenção suicida consciente. Esta pode ser categorizada em três grupos principais como a automutilação grave, estereotipada e superficial a moderada. A automutilação grave envolve inclusive o ato de cegar-se e auto amputar-se os dedos, mãos, braços, membros, pés ou genitália. Já a automutilação estereotipada pode atos tais com bater a cabeça, morder-se, bater no próprio braço, cortar os olhos ou a garganta, ou arrancar o cabelo. No que diz respeito à automutilação superficial a moderada pode envolver atos como cortar-se, arranhar-se ou queimar a pele, enfiar agulhas na pele ou arrancar os cabelos compulsivamente.

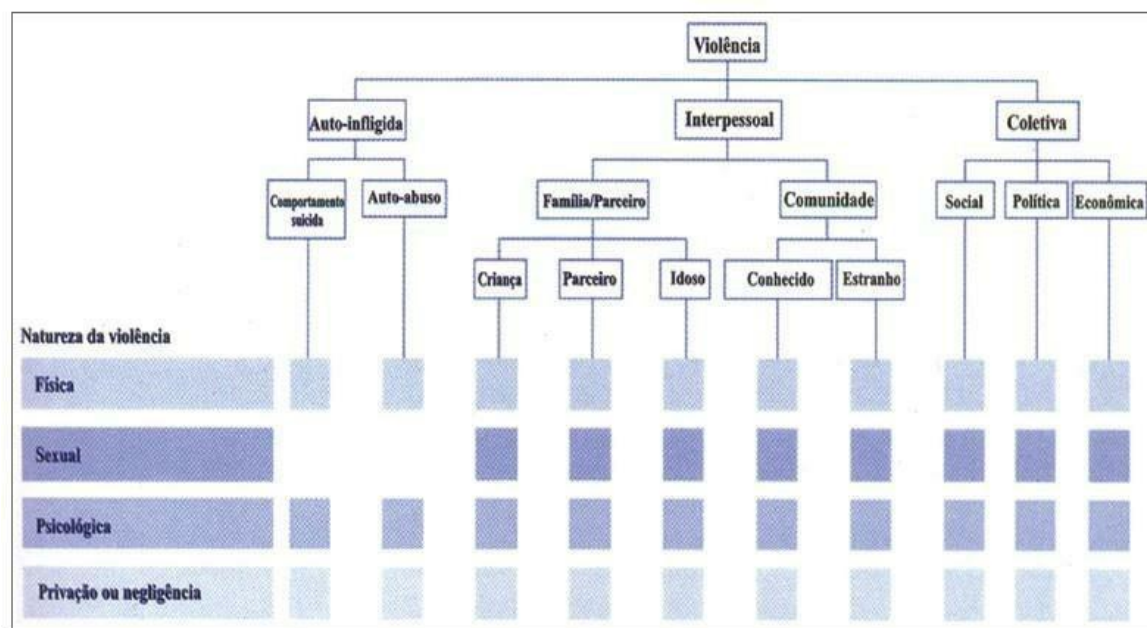
A automutilação envolve múltiplos fatores oriundos de comportamento suicida, no entanto, não serão abordados neste trabalho. O suicídio é a décima terceira maior causa de mortes no mundo. Sobre o comportamento suicida pode ser dito que ele vai desde simplesmente acabar com a vida até o desenvolvimento de um plano para executar o suicídio e obter meios de realizá-lo, ou seja, tentando se matar até finalmente conseguir realizar o ato (“suicídio completado”) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002). Entretanto, neste estudo não serão abordados os aspectos das violências autoprovocadas, os termos trazidos tem por finalidade apenas contextualizar, já que foram citadas neste estudo. Pois essas violências necessitam de aprofundamento e debate metuculoso devido à complexidade do fenômeno, que não está em foco aqui.

A violência interpessoal pode dividir-se em duas outras categorias sendo a violência familiar e entre parceiros íntimos a que ocorre geralmente no ambiente doméstico. Pode caracterizar-se como ato violento envolvendo idosos, crianças e entre parceiros íntimos e a violência comunitária como aquela que ocorre no ambiente coletivo, sem que haja relação pessoal entre os atores do ato. Pode caracterizar-se como ato violento envolvendo jovens, estupro, violência em instituições (trabalho, escola, prisões e asilos). Já a violência

Coletiva, se subdivide em violência social a qual envolvem crimes motivados por ódio, que são praticados por grupos organizados, atos terroristas e violência de hordas, a violência política que inclui guerra e confrontos violentos, violência do estado e atos semelhantes executados por grandes grupos e por fim, a violência econômica onde ocorrem ataques de grandes grupos motivados pelo lucro econômico, tais como ataques realizados com o propósito de desestruturar a atividade econômica, dificultando o acesso aos serviços essenciais, ou criando divisão e fragmentação econômica (DAHLBERG, 2006).

Excluindo a violência auto infligida, as demais podem ainda ser classificadas de acordo com a natureza dos atos, que estão divididas em quatro categoriais, são estas: física, sexual, psicológica e negligência, que podem ser vistas na figura abaixo:

Figura 2 – Tipologia das violências e natureza dos atos violentos



Fonte: Relatório Mundial sobre saúde e violência (KRUG *et al.*, 2002).

Para que se tenha uma melhor compreensão da natureza dos atos violentos percebeu-se a necessidade de defini-los. A violência física pode ser compreendida como o ato de estapear, socar, chutar e surrar, estas ainda podem ser classificadas como moderadas e graves. A forma moderada pode ser as ameaças não relacionadas a abusos sexuais e sem uso de armas; agressões contra animais ou objetos pessoais; violência física (empurrões, tapas, beliscões, sem uso de instrumentos perfurantes, cortantes ou que causem contusões). Já as graves são tidas como agressões físicas que causem lesões temporárias, ameaças com o uso de arma;

agressões físicas que causem cicatrizes, lesões de caráter permanente, queimaduras e uso de arma (KRUG *et al.*, 2002; MINAYO, 2005).

Entende-se por violência sexual aquela que envolve relações sexuais não consentidas e outras formas de coação sexual. É aquela que diz respeito ao ato ou ao jogo sexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (MINAYO, 2005; KRUG *et al.*, 2002).

A violência psicológica é uma das formas mais frequentes e abrange as agressões verbais ou gestuais como o objetivo de intimidar, humilhar e rejeitar, causando constante desvalorização. São estas violências as mais difíceis de serem percebidas e podem causar danos leves a irreversíveis. Em suma a privação que implica no ato isolar a pessoa de sua família e amigos, monitorar seus movimentos e restringir seu acesso às informações ou à assistência e a negligência que resulta na ausência, recusa ou extinção de cuidados necessários a alguém que deveria recebê-los (KRUG *et al.*, 2002; MINAYO, 2005; BRASIL, 2006).

1.2 Gênero, diversidade sexual e violências

Para que se possa entender a diversidade sexual faz-se necessário abordar alguns conceitos fundamentais para esta discussão. A sexualidade humana é formada por uma combinação de vários fatores biológicos, psicológicos e sociais e é essencialmente composta por quatro elementos: sexo biológico, orientação sexual, identidade de gênero e expressão de gênero. Partindo deste princípio entende-se diversidade sexual como as infinitas formas de vivência e expressão da sexualidade e da identidade de gênero (SÃO PAULO, 2017; JESUS, 2012).

A ascensão dos movimentos feministas nos anos 70 influenciou na reflexão sobre a relação entre ciência e gênero. No entanto, ainda causa muita controvérsia afirmar que o gênero é uma variável que intervém no desenvolvimento do saber científico. Nas áreas de Medicina e Biologia, ou seja, os campos do saber científico que lidam diretamente com a questão dos corpos sexuados podem ter sido influenciados pela percepção social e cultural das diferenças sexuais. As ciências biológicas e médicas influenciaram as pessoas ao longo do tempo, a acreditar que as mulheres eram inferiores intelectualmente.

O conceito de gênero apareceu nos anos de 1970 com a finalidade de distinguir a dimensão biológica da dimensão social, surgiu primeiro da crítica das feministas americanas que queriam insistir no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição à distinção biológica implícita no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. O gênero traçava uma linha também ao aspecto relacional das definições normativas das feminilidades. Contudo a biologia separa a espécie humana entre machos e fêmeas, a maneira de ser homem e de ser mulher é expressa pela cultura. Assim, homens e mulheres são produtos da realidade social e não decorrência direta da anatomia de seus corpos.

O sexo é definido como biológico e o gênero é uma construção social. O gênero gramaticalmente é entendido como uma forma de classificar fenômenos, um sistema de distinções socialmente acordado mais do que uma descrição objetiva de traços intrínsecos. Ademais, as classificações promovem uma relação entre categorias que permite distinções ou grupos separados (SCOTT, 1995; HEILBORN, 1997).

Para Butler (2003, p.24), “Mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e constituição (ao que será questionado), não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois. A hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito”. Além do mais, o gênero é igualmente empregado para determinar as relações sociais entre os sexos. A sua utilização não admite explicitamente as justificativas biológicas, como aquelas que encontram um ponto em comum para várias formas de subordinação no fato de que as mulheres têm filhos e que os homens têm uma força muscular superior (SCOTT, 1995).

De acordo com Scott (1995, p. 7), “o gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais” – a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres”. O gênero subtende-se o sexo, mas o sexo não determina diretamente a sexualidade, mas sim as inúmeras relações sociais, político e econômicas que estão ligadas a questão do gênero. A sexualidade, de acordo com Foucault é fenômeno histórico: “Não se deve concebê-la como uma espécie de dado da natureza que o poder tenta pôr em xeque, ou como um domínio obscuro que o saber tentaria, pouco a pouco, desvelar” (FOUCAULT, 1998, p.100).

Para Foucault (1998) a sexualidade na modernidade expressa um processo, em que o resultado é uma nova representação de poder que deseja expressar a real verdade sobre o corpo. Sendo assim, a história da sexualidade para Foucault é a história dos discursos da

sexualidade, onde dispõe de um corpo de conhecimento – referenciando-se ao conhecimento científico, dos cientistas da sexualidade, o qual busca conhecer a “verdade” sobre o sexo, que pretende normatizar a maneira como se conhece e tem acesso ao corpo.

Torna-se necessário perceber que a sexualidade, assim como o gênero, faz relação a uma construção social, Louro (2000, p. 5) diferencia gênero, sexualidade, e identidade de gênero:

Muitos consideram que a sexualidade é algo que todos nós, mulheres e homens, possuímos "naturalmente". Aceitando essa ideia, fica sem sentido argumentar a respeito de sua dimensão social e política ou a respeito de seu caráter construído. A sexualidade seria algo "dado" pela natureza, inerente ao ser humano. Tal concepção usualmente se ancora no corpo e na suposição de que todos vivemos nossos corpos, universalmente, da mesma forma. No entanto, podemos entender que a sexualidade envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções... Processos profundamente culturais e plurais. Nessa perspectiva, nada há de exclusivamente "natural" nesse terreno, a começar pela própria concepção de corpo, ou mesmo de natureza. Através de processos culturais, definimos o que é — ou não — natural; produzimos e transformamos a natureza e a biologia e, conseqüentemente, as tornamos históricas. Os corpos ganham sentido socialmente. A inscrição dos gêneros — feminino ou masculino — nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. As possibilidades da sexualidade — das formas de expressar os desejos e prazeres — também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas. As identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais, elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade. (LOURO, 2000, p. 5).

Entende-se como sexo biológico uma série de características como informações cromossômicas, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias que distinguem “masculinos” e “femininos”. Existem ainda pessoas que nascem com uma combinação diferente destes elementos, e que podem apresentar características de ambos os sexos e são denominados de intersexos (JESUS, 2012).

No que diz respeito à orientação sexual pode se dizer que é manifestação da atração afetiva e/ou sexual de uma pessoa em relação à outra, para quem se direciona, involuntariamente, o seu desejo. A fim de elucidar a orientação sexual foram trazidas cinco tipologias desta:

- a) Assexual não manifesta nenhuma atração sexual, ou rara e específicos momentos de atração sexual. Importante destacar que a assexualidade não é o mesmo que celibato (abstinência deliberada de atividade sexual).
- b) Bissexual - atração afetiva ou sexual por mais de um gênero. Não significa, necessariamente, atração por homens e mulheres e nem sempre se refere a atrações simultâneas.
- c) Heterossexual - Pessoa que se sente atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do sexo/gênero oposto.

- d) Homossexual (gays e lésbicas) — atração afetiva ou sexual pelo mesmo gênero.
- e) Pansexual - atração afetiva ou sexual por todos os gêneros.

Portanto, o gênero e a sexualidade são construções históricas e que, ao longo do processo de constituição e desenvolvimento das sociedades, e dos mecanismos de dominação e de apropriação do homem e da natureza, entre elas a ciência, fez-se necessário um controle sobre o corpo e sua sexualidade, com a pretensão de direcioná-la aos interesses políticos e sociais: o controle reprodutivo, das práticas sexuais, das identidades de gênero e a definição dos papéis sexuais procurando garantir a reprodução da sociabilidade capitalista (JESUS, 2012; SCOTT, 1995).

Em relação a identidade de gênero Jesus (2012) diz que esta pode ser conceituada como gênero com o qual uma pessoa se identifica, que pode ou não concordar com o gênero que lhe foi designado ao nascer. Importante ressaltar que identidade de gênero é diferente da sexualidade da pessoa. Identidade de gênero e orientação sexual são distintas, e não se confundem. Pessoas transexuais podem ser heterossexuais, lésbicas, gays ou bissexuais, tanto quanto as pessoas cisgênero.

O gênero para além de sua representação identitária, pode também estar relacionado ao papel ou à expressão atribuída a ele. No que diz respeito ao papel do gênero refere-se na forma de agir em determinadas situações conforme o gênero atribuído, ensinado às pessoas desde seu nascimento. É uma construção de diferenças entre homens e mulheres, que pode se dizer que é de cunho social, e não biológico. Já a expressão de gênero pode ser entendida como a forma a qual a pessoa manifesta publicamente a sua identidade de gênero, através do seu nome, da vestimenta, do corte de cabelo, dos comportamentos, da voz e/ou características corporais e da forma como interage com as demais pessoas (JESUS, 2012; SÃO PAULO, 2017).

E com o surgimento da diversidade sexual surgem também as violências. Pois a diversidade sexual vai à contramão do binarismo que divide os gêneros em masculino e feminino. Assim, a manifestação de intolerância, aversão e ódio são direcionadas às pessoas que não seguem a normativa de sexualidade e gênero das mais diversas formas de violências. A expressão dessas violências acarreta problemas não só de ordem física e psíquica diretamente ligada ao momento do ato, mas pode gerar consequências para além destes.

1.2.1. Identidades de gêneros e correntes de compreensão e “diferenciação”

As identidades de gêneros estão continuamente se construindo e são passíveis de transformação. Em suas relações sociais, atravessadas por diferentes discursos, símbolos, representações e práticas, os sujeitos vão se construindo como masculinos ou femininos, arranjando e desarranjando seus lugares sociais, suas disposições, suas formas de ser e de estar no mundo. Essas construções e esses arranjos são sempre transitórios, transformando-se não apenas ao longo do tempo, historicamente, como também se transformando na articulação com as histórias pessoais, as identidades sexuais, étnicas, de raça, de classe (LOURO, 1997).

Pinto *et al* (2020) compreende como identidade de gênero a expressão de uma identidade construída com base no autorreconhecimento ou se apresenta em relação a seu próprio gênero, e que pode corresponder ou não ao seu corpo biológico. A identidade de gênero, em suas diferentes expressões, pode ou não envolver modificação da aparência ou do corpo.

De acordo com Reis *et al* (2016), as identidades das pessoas vão se construindo ao longo da vida, num processo de reprodução de outras já estabelecidas, ou de repulsão. O indivíduo se apropria dos comportamentos de sexo e gênero a ele estabelecidos e os ressignifica interiormente, aceitando ou rejeitando-os.

Vale ressaltar que em relação ao gênero, todos os seres humanos podem ser enquadrados (com todas as limitações comuns a qualquer classificação) como transgênero ou “cisgênero”. Podem ser nomeadas como cisgênero, ou de “cis”, as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi referido ao nascer (JESUS, 2012; SÃO PAULO, 2017).

Como já foi abordado anteriormente, nem todas as pessoas são assim, porque há uma diversidade na identificação das pessoas com algum gênero, e com o que se considera próprio desse gênero. São chamadas de pessoas não-cisgênero, aquelas que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento, como transgênero, ou trans (JESUS, 2012; REIS, 2016; BENTO, 2008).

Destaca-se que ainda não há no Brasil um consenso sobre o termo, vale ressaltar. Existem pessoas que se consideram transgênero, como uma categoria à parte das pessoas travestis e transexuais. Há ainda as pessoas que não se identificam com nenhum gênero,

não há consenso quanto a como denominá-las. Alguns utilizam o termo *queer*, outros, a antiga denominação “andrógino”, ou reutilizam a palavra transgênero (JESUS, 2012).

Jesus (2012) aponta dois pontos de vista que se reconhece a diversidade de formas de viver o gênero. Assim dois aspectos cabem na dimensão geral que denominamos de “transgênero”, como expressões diferentes da condição trans; a vivência do gênero como identidade (o que caracterizam transexuais e travestis); ou como funcionalidade (representado por *crossdressers*, *drag queens*, *drag kings* e transformistas).

Considera-se como *crossdresser* uma pessoa que se veste com roupas do sexo oposto para vivenciar momentaneamente papéis de gênero diferentes daqueles atribuídos ao seu sexo biológico, mas, em geral, não realiza transformações corporais e não constrói uma identidade como transexual ou travesti (SÃO PAULO, 2017). Também se pode entender *crossdresser* como a pessoa que frequentemente se veste, usa acessórios e/ou se maquia diferente do que é socialmente estabelecido para o seu gênero, sem se identificar como travesti ou transexual. No geral são homens heterossexuais, casados, que podem ou não ter o apoio de suas companheiras (JESUS, 2012).

Denomina-se por transformista ou *drag queen/drag king* o(a) artista que se veste, de maneira estereotipada, tanto pessoa do gênero masculino quanto do feminino, para fins artísticos ou de entretenimento. A sua personagem não tem relação com sua identidade de gênero ou orientação sexual (JESUS, 2012).

Para Bento (2008) a transexualidade se apresenta como uma experiência identitária, caracterizada por conflito com as normas de gênero, e esta é um desdobramento inevitável de uma ordem de gênero que estabelece a inteligibilidade dos gêneros no corpo. O termo transexual é utilizado de forma genérica que caracteriza a pessoa que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer, como os homens transexuais e as mulheres transexuais.

São homens transexuais aquelas pessoas que reivindicam o reconhecimento social e legal como homem. Alguns também se autodenominam *transhomens* ou *Female-to-Male* (FtM) (JESUS, 2012). Há ainda outra compreensão que diz que homens transexuais são aqueles que nasceram com sexo biológico feminino, porém possui identidade de gênero feminina e se reconhece como mulher (SÃO PAULO, 2017).

Já as mulheres transexuais são aquelas pessoas que reivindicam o reconhecimento social e legal como mulher. Algumas também se autodenominam *transmulheres* ou *Male-to-Female* (MtF) (JESUS, 2012). Existe um outro entendimento de ser mulher transexual

no qual diz que é a aquela que nasceu com sexo biológico masculino, mas possui uma identidade de gênero feminina e se reconhece como mulher.

É reconhecida como travesti uma pessoa que vivencia papéis de gênero feminino, mas não se reconhece como homem ou mulher, entendendo-se como integrante de um terceiro gênero ou de um não-gênero. Outro entendimento de travestis aponta que essas são pessoas cujo sexo de nascimento é o masculino e tem identidade de gênero feminina. Não possui desconforto com o sexo biológico de nascimento, nem com a ambiguidade de traços corporais femininos e masculinos, assumindo papel de gênero diferente daquele imposto pela sociedade (JESUS, 2012; SÃO PAULO, 2017).

De acordo com Bento (2008), são reconhecidas como travestis pessoas que se sentem em parte como mulher, e até aceitam alguns caracteres masculino, normalmente não pretendem realizar cirurgia de redesignação sexual. Estas vivem ao mesmo tempo na condição masculina e feminina.

Sobre o surgimento das travestis e das mulheres transexuais não se sabe ao certo como foi iniciado, acredita-se que tenha sido originado nos espetáculos teatrais nos anos 60 e 70, mas se têm conhecimentos mais gerais a partir da década de 70, em sua migração para Paris, e depois, em 1980, quando eram noticiados os trabalhos desenvolvidos pelas transexuais brasileiras nas noites parisienses, especialmente no “Bouis de Bologne” (espaço onde ainda hoje existe uma grande concentração de travestis brasileiras que trabalham com prostituição em Paris) (BRASIL, 2015).

Numa perspectiva histórica a população transgênero é estigmatizada, marginalizada e perseguida, em virtude da crença da sua anormalidade, por acreditar que o “natural” é que o gênero atribuído ao nascimento seja aquele com o qual as pessoas se identificam e, por consequência, espera-se que elas se comportem de acordo com o que se julga ser o “adequado” para esse ou aquele gênero (JESUS, 2012).

1.2.2 Gênero enquanto categoria analítica e suas relações com a base epistêmica do fenômeno das violências

As preocupações teóricas relativas ao gênero como categoria de análise só apareceram no final do século XX. Sendo, ausentes na maior parte das teorias sociais construídas desde o século XVIII até o começo do século XX. De fato, algumas dessas

teorias formularam a sua lógica sob analogias com a oposição masculino/feminino, outras reconheceram uma “questão feminina”, outras ainda se preocuparam com a formação da identidade sexual subjetiva, mas o gênero, como o meio de falar de sistemas de relações sociais ou entre os sexos, não tinha aparecido. As feministas contemporâneas usavam o termo gênero com a finalidade de reivindicar determinado campo de definição, assim insistir na ideia de aspecto inadequado das teorias existentes em explicar desigualdades perduram entre mulheres e homens. (SCOTT, 1995).

Para compreender o gênero enquanto categoria social torna-se fundamental compreendê-la aplicada à realidade. Os papéis sociais e a função social atribuída aos sujeitos sociais são cruciais para o processo de produção capitalista. Sendo assim, a divisão social do trabalho pode ser entendida em uma perspectiva de totalidade como a divisão sexual do trabalho (WALHERS *et al*,2016). Para Scott (1995) é relevante que o uso da palavra gênero tenha emergido num momento de grande efervescência que em certos casos toma a forma de uma evolução dos paradigmas científicos em direção a paradigmas literários.

A maioria dos historiadores divide o gênero em duas categorias distintas. Sendo a primeira categoria essencialmente descritiva, isto é, ela se refere à existência de fenômenos ou realidades sem interpretar, explicar ou atribuir uma causalidade. O segundo uso é de ordem causal, ele elabora teorias sobre a natureza dos fenômenos e das realidades, buscando entender como e porque aqueles tomam a forma que eles têm (SCOTT, 1995).

Em seu uso mais simples, “gênero” é sinônimo de “mulheres”. Livros e artigos variados, que tinham como temática a história das mulheres, substituíram durante alguns anos em seus títulos o termo de “mulheres” pelo termo "gênero". Em alguns casos, este uso, ainda que se refira de forma vaga a certos conceitos analíticos, trata realmente da aceitabilidade política desse campo de pesquisa. Nessas circunstâncias, o uso do termo “gênero” visa indicar a erudição e a seriedade de um trabalho porque “gênero” tem uma conotação mais objetiva e neutra do que “mulheres” (SCOTT,1995).

O gênero se torna uma forma de indicar as “construções sociais” – a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. Como uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. Ou seja, o gênero de acordo com essa definição, é uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOTT,1995).

Scott (1995) destaca que o princípio de masculinidade pode ser baseado na repressão necessária dos aspectos femininos – do potencial bissexual do sujeito – e causa o conflito na oposição entre o masculino e o feminino. Desejos reprimidos estão presentes no inconsciente e estabelecem uma ameaça permanente para a estabilidade da identificação de gênero, negando sua unidade e subvertendo sua necessidade de segurança. Além disso, as ideias conscientes do masculino e do feminino não são fixas, já que essas variam segundo os usos do contexto.

Scott (1995) ainda ressalta que divide a conceituação de gênero em duas partes e várias subpartes. E mesmo que estas devessem ser analiticamente distintas, estão ligadas entre si. Ela apresenta duas proposições: o gênero se apresenta como um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é a primeira maneira de significação das relações de poder. Sendo assim, mudanças na organização das relações sociais podem corresponder sempre à mudança nas representações de poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente um sentido único.

O gênero ainda pode se apresentar como elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre diferenças percebidas entre os sexos, o gênero implica quatro elementos relacionados entre si: primeiro em símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas (frequentemente contraditórias) e segundo em conceitos normativos que colocam em evidência interpretações do sentido dos símbolos que tentam limitar e conter as suas possibilidades metafóricas. Sendo esses conceitos expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tipicamente tomam a forma de uma oposição binária que afirma categoricamente e sem equívoco o sentido do masculino e do feminino (SCOTT, 1995).

Assim coloca-se esta posição como dominante e a declara a única possível. Posteriormente a história escrita apresenta-se como essas posições normativas fossem o produto de um consenso social e não de um conflito. No terceiro aspecto das relações de gênero se traz como objetivo da nova pesquisa histórica é explodir a noção de fixidade, descobrir a natureza do debate ou da repressão que leva a aparência de uma permanência eterna na representação binária dos gêneros. É necessário incluir nesse tipo de análise uma noção do político, tanto quanto uma referência às instituições e organizações sociais. O quarto aspecto do gênero é denominado como a identidade subjetiva. Conferências instituem distribuições de poder (um controle ou um acesso diferencial aos recursos

materiais e simbólicos, o gênero está envolvido na concepção e na construção do poder em si) (SCOTT, 1995).

Associando os conceitos expostos anteriormente à realidade de travestis e mulheres transexuais, é fato que, embora as violências sejam uma realidade no grupo LGBTQIA+, as violências são mais acentuadas nessas duas populações, levando em consideração a forma de essas pessoas expressarem o gênero é encarado, muitas vezes, como uma afronta, pela questão do binarismo de gênero e o predomínio do sexo masculino.

1.3 Um panorama epidemiológico sobre as violências entre parceiros íntimos na população travesti e de mulheres transexuais

Ao abordar as violências perpetradas contra as travestis e mulheres trans, não se pode deixar de ressaltar que não se tem dados que se possam estimar o tamanho da população LGBTQIA+, pois o IBGE até o censo de 2019 não havia incluído em seu questionário a orientação sexual (CERQUEIRA, 2019). O Brasil é sabidamente um dos países onde se perpetra mais violências contra pessoas LGBTQIA+, no entanto, estes dados são usualmente divulgados a partir de jornais, denúncias de familiares e entidades de movimento LGBTQIA+ (SANTOS, 2019).

Ao falar das violências LGBTfóbicas, pode-se dizer que existem poucas produções oficiais que realizam levantamento de dados e estatísticas. No Atlas das Violências de 2019 traz um capítulo inédito abordando as violências LGBTfóbicas no Brasil, no entanto, há 39 anos o Grupo Gay da Bahia (GGB) realiza anualmente levantamento dos assassinatos por motivações homofóbicas. O Brasil encontra-se no topo dos assassinatos de mulheres trans há 10 anos, desde 2008 apresenta uma média de 118,5 assassinatos anualmente. Durante pesquisa coordenada pela ANTRA observa-se que em 2019 a violência direta aumentou no cotidiano das travestis e mulheres trans, 11 pessoas são agredidas diariamente no Brasil.

As violências contra as travestis e mulheres transgêneros ocorrem nos mais variados espaços e de diversas maneiras. Em uma pesquisa realizada no município de Cajazeiras no alto sertão na Paraíba em 2014, observou-se que 75% das travestis e trans participantes da pesquisa já sofreram violência durante a vida. Dentre as violências mais sofridas pelas vítimas pode-se destacar que 91% destas sofreram violência verbal, seguida

de 58,3% violência psicológica e 33,3% sofreram violência física, 25% violência sexual e 8,33% negligência. No que diz respeito ao local de ocorrência das violências pode-se aferir que 75% destas foram na rua e em relação aos perpetradores 75% são desconhecidos ou vizinhos (SILVA, 2016).

Um estudo realizado no interior do nordeste brasileiro nos municípios de Juazeiro do Norte e Crato, Ceará, apontou que 78,8% dos entrevistados sofreram violência psicológica ao menos uma vez na vida, seguido de violência física 31,3% e violência sexual 18,4%. Dentre os que sofreram violência psicológica 4,3% travestis (autodeclaradas) e 19,9% mulheres trans (autodeclaradas). Em relação ao estado civil 62,6% das vítimas eram solteiras, 22,5% namorando e 9% em união estável (PARENTE, *et al*, 2018).

Em pesquisa realizada por Carrara *et al* (2011) do total de pessoas entrevistadas, 70,8% das mulheres trans já sofreram agressão verbal, destas 47% declararam ter sofrido algum tipo de agressão física devido a sua sexualidade e 22,4% relataram ter sofrido violência sexual. No que diz respeito aos autores das agressões, 51,6% das mulheres trans foram vítimas de violências por desconhecidos e 8,2% dos autores foram familiares, amigos ou conhecidos, colegas de trabalho ou faculdade e vizinhos.

Em relatório elaborado pelo MDH sobre violências LGBTfóbicas no Brasil no ano de 2016, foram analisados dados através do Disque 100 e SINAN. As violências referentes as travestis foram analisadas através do Disque 100, onde obteve-se os seguintes resultados: a violência psicológica foi a mais frequente com 33% de ocorrências, seguida de discriminação com 32,4%, violência física com 24,6% e sexual com 3,9%.

Do total de casos em que foram informados com relação ao perfil dos possíveis autores das agressões foi possível inferir que 37,5% são pertencentes ao sexo masculino, seguido de 22,5% do sexo feminino e 39,8% não informado. Sobre a faixa etária dos suspeitos, a maior parte dos casos não possui informação (52,6%). Dos casos que trazem esta informação 12,8% dos suspeitos possuem entre 36 e 40 anos, seguido de 6,8% entre 18 e 24 anos e 6,8% entre 31 e 35 anos e no que concerne a relação existente com as vítimas a maior parte dos casos não informada com 56,3%, desconhecido 14,1%, vizinhos 6,7%, primos 6,7% e companheiro (a) 3,0%. No que diz respeito ao local das agressões, a maior parte ocorreu em espaço público apresentando 38,8% do total, seguido de 20,4% na casa da vítima e 4,9% na casa do suspeito (BRASIL, 2018).

Já em relação às mulheres trans, o relatório aborda as violências de uma forma mais generalizada, estando contido na categoria denominada “Grupo Vulnerável-

Transexual”. Das vítimas que foram classificadas como transexuais 56% foram identificadas como pertencentes ao sexo masculino, seguido de 26,1% do sexo feminino e 17,7% como não informado. No que diz respeito à faixa etária das vítimas 24,3% apresentam entre 25 e 30 anos, seguido de 21,5% entre 18 e 24 anos e 20,6% entre 31 e 35 anos. Somadas, o total de transexuais que foram vítimas entre 18 e 30 anos representam 45,8% dos casos (BRASIL,2018).

Com relação à cor/raça das vítimas transexuais, do total de casos avaliados 35,5% não trouxeram informações a este respeito, seguido de 28% de cor/raça branca; 21,5% de cor/raça parda e 14% de cor/raça preta. Quando somados, o total de vítimas de cor/raça parda e preta representam 35,5%. No que diz respeito às informações de perfil dos possíveis autores do total de casos que trouxeram informações relacionadas ao sexo do suspeito, é possível inferir que 44,5% dos autores de transfobia foram homens, seguido de 23,8% mulheres e 31,6% não informados (BRASIL, 2018).

Sobre a faixa etária dos possíveis autores, a maior parte dos casos não possui informação (63,2%). Dos casos que contém esta informação, 7,7% dos suspeitos possuem entre 25 e 30 anos, seguido de 5,8% entre 18 e 24 anos e 5,8% entre 36 e 40 anos. No que concerne a relação entre o suspeito e a vítima 55,3% não informam qual o tipo de relação existe, seguido de 11,8% como sendo relação entre vizinhos, 11,2% relação desconhecida, 1,9% marido, 1,2% namorado e 1,2% ex-companheiro. Em relação ao local da violação,32,4% das transexuais foram vítimas em outros locais que não aqueles especificados, seguido de 21% na rua e 20% em sua própria casa (BRASIL, 2018).

1.3.1 Estudos sobre (sub)notificação de VPI

Os profissionais de saúde são fundamentais no processo de identificação e notificação das violências, entretanto, a subnotificação dos casos ainda é um desafio enfrentado na saúde. Esta subnotificação pode estar relacionada à falta de conhecimento técnico-científico sobre o assunto. Neste contexto, a falta de preparo destes em oferecer bom atendimento preventivo e de apoio, ao invés de paliativo, tornam a rede de apoio frágil e desestruturada. Em geral, os profissionais de saúde não foram preparados durante a sua formação para lidar com este tipo de ocorrência, tornando-os despreparados e até mesmo inseguros para resolução destas ocorrências (GARBIN *et al.*, 2015).

No Brasil existem diversos impedimentos em relação à notificação, como escassez de regulamentos que possam apoiar os procedimentos técnicos, ausência de aparatos legais de proteção aos profissionais responsáveis por notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional (VELOSO, 2013).

Alguns profissionais utilizam o argumento de encontrar-se em condições de vulnerabilidade ao efetuar o registro por tratar-se de situações de violência. Porém, a ficha não requer a obrigatoriedade de constatação do nome do profissional que a preencheu, possibilitando a completude da notificação em momento posterior, no departamento ou centro de vigilância em saúde do município (CUNDA *et al* , 2018).

Mesmo com uma cobertura ampliada dos serviços de saúde, ainda há a necessidade de avançar na captação e manejo dos casos de violência. As subnotificações desses casos, cujas vítimas por vezes frequentam os serviços sem o devido reconhecimento profissional, o que gera uma lacuna e barreira nos atendimentos; tais fatos estão presentes no cotidiano das equipes de saúde (RAFAEL, 2017, p.2).

Além disso, as subnotificações podem levar ao comprometimento do planejamento das ações de prevenção e controle epidemiológico em conformidade com as estimativas das magnitudes das doenças serem embasadas em dados não fidedignos da realidade epidemiológica (MELO *et al*, 2018). Assim, a violência se torna invisível e soluções passadas a outros setores, por ser considerado como ordem social e o setor da saúde não resolvem. É importante que o profissional valorize a escuta para identificar demandas socioculturais e políticas não atendidas geradoras de violência, com intuito de resolver o problema (ALCÂNTARA *et al* ,2016).

De acordo com Alcântara *et al* (2016) em estudo realizado no período de 2014 a 2016 com profissionais de saúde inscritos no Projeto Para Elas – Por Elas, Por Eles, Por Nós, executado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), através de um questionário online, 90% dos respondentes relatou que durante a graduação não tiveram ou tiveram uma formação insuficiente que os capacitasse para atendimentos e identificação das violências.

No mesmo estudo 61,1% desconhecem se há ou não disponibilidade de fichas de notificação de violências em suas instituições, sendo, que destes 54,8% já realizaram atendimento a mulheres vítimas de violências. Com relação a temática do estudo 61,1% afirmaram que nunca recebeu nenhum treinamento para realizar atendimentos de violências (ALCÂNTARA *et al*, 2016).

Destes profissionais participantes 87,3% concordaram que denúncia e notificação são ações distintas. Em relação às características de atendimento 37,7% relataram não ser se as unidades em que trabalham se realiza notificação de violências, sendo 40,9% dos entrevistados disseram ter dificuldades no preenchimento da ficha, destes 29,2% justificaram essa dificuldade a extensão da mesma e 25,9% justificaram falta de tempo (ALCÂNTARA *et al*, 2016).

1.3.2 Sistemas e programas de informação sobre violências

O SINAN, é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, teve sua introdução a partir do ano de 1993, de forma gradual. Entretanto, sua introdução foi executada de forma heterogênea em unidades federadas e municípios, sem que houvesse coordenação por parte dos gestores das três esferas de governo. No ano de 1998, o Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI resgata o processo de implementação do SINAN e cria uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e um novo software para o SINAN, além de definir estratégias para sua imediata implantação em todo o território nacional, através da Portaria FUNASA/MS nº 073 de 9 de março de 1998. Assim, neste mesmo ano foi regulamentado o uso do sistema, o que configura obrigatória a alimentação de dados em todo território nacional, tal como designando a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), através do CENEPI, como gestora nacional do Sistema.

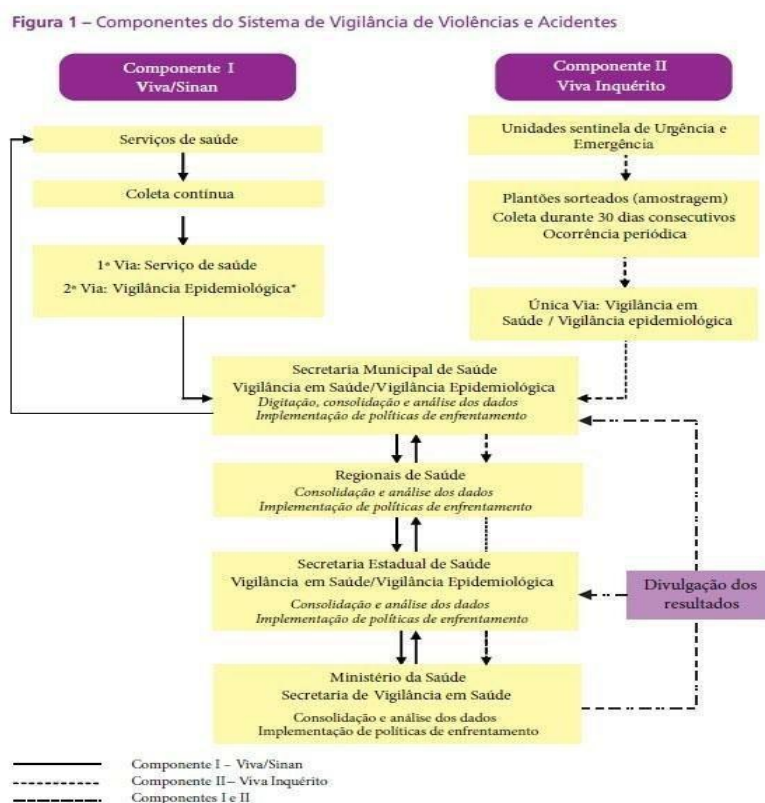
A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde ocorreu em 2003, com isto as atribuições que antes eram do CENEPI passam a ser de responsabilidade da SVS. A alimentação do sistema é realizada, principalmente, através de notificação e investigação de casos de doenças e agravos contidos na lista nacional de doenças de notificação compulsória, no entanto, é facultativo aos estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. O Ministério da Saúde em 5 de novembro de 2004, cria ficha e estabelece fluxo de notificação da violência, através da Portaria nº 2.406/04.

No ano de 2005, ocorreu a aprovação da Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, que envolveu as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que tem como objetivos a obtenção de dados e divulgação das informações sobre as violências e acidentes. Sua estrutura foi desenvolvida com embasamento em dois componentes da Portaria MS/GM nº 1.356, sendo estes a vigilância contínua e vigilância sentinela.

Componente I – Vigilância Contínua, que capta dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde. Foi implantada no SUS a partir de 1º de agosto de 2006, inicialmente em serviços sentinela de violências e acidentes. Entretanto, em função da legislação vigente e das intervenções necessárias às ações de prevenção, atenção e promoção, essa vigilância será gradualmente universalizada para todos os serviços de saúde. A notificação é realizada por qualquer profissional ou trabalhador da saúde, ou de outros setores, neste caso dependendo de pactuações locais, por meio do preenchimento formal da Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica sexual e/ou outras violências no Sinan Net; e, Componente II – Vigilância por Inquérito, que é um tipo de vigilância pontual, realizada por meio de inquéritos, por amostragem, a partir de dados de atendimentos de pessoas que sofreram violências e acidentes, coletados em serviços sentinela de urgência e emergência. No início, em 2006 e 2007, foi realizado anualmente, passando a ser bianual, a partir de 2007. O instrumento de coleta é a Ficha de notificação de acidentes e violências em serviços sentinela de urgência e emergência. (BRASIL, 2011. Págs. 14-5)

Figura 3- Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes



Desde então, ocorreu a universalização da coleta de dados, além de torná-la contínua, sendo incorporada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tendo como objetivo articular e integrar a rede de atenção e proteção social às vítimas de violências. Assim, em 2009, a ficha de notificação substituiu o questionário padronizado, e a vigilância contínua do sistema VIVA seria incluso ao SINAN Net, padronizando a coleta e envio de dados (BRASIL, 2009). A ficha do SINAN-Violência é destinada à notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada. Sendo esta compulsória para violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas (BRASIL, 2016, p.21). No ano de 2011 a SES-RJ (Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro), anunciou que 85% dos 92 municípios do estado estavam realizando notificação através do VIVA (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde) (RIO DE JANEIRO, 2012).

De acordo com Salvaterra *et al* (2016, p. 47) em sua pesquisa, foram levantados dados através do SINAN Net, em 2009 e constatou-se que 48% dos municípios notificaram ao menos uma vez, o que corresponde a 85% da população estadual, comparado a 2012 que foram 94,5% dos municípios cobertos, representando 99,5% da população. Através do SINAN pode ser ter informações que identificam o usuário, as circunstâncias do agravo, as recomendações de tratamento, e há aquelas que são codificadas segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (RIO DE JANEIRO, 2012).

A lista CID-10 publicada pela OMS padroniza a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde, de acordo com uma variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças (SES,2019). As violências são consideradas causas externas de agravos ou óbitos, e estão dentro do Capítulo XX da CID 10 - Causas externas de morbidade e de mortalidade (códigos de V01 a Y98), com os seguintes grandes grupos: 1 (V01-X59) Acidentes; 2 (X60-X84) Lesões autoprovocadas intencionalmente; 3 (X85-Y09) Agressões; 4 (Y10-Y34) Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada; 5 (Y35-Y36) Intervenções legais e operações de guerra; 6 (Y40-Y84) Complicações de assistência médica e cirúrgica; 7 (Y85-Y89) Sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade; 8 (Y90-Y98) Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte (BRASIL, 2014). Contudo, neste

projeto serão consideradas as notificações compulsórias de violência, essas já vêm com o código Y09 preenchido na ficha de notificação do SINAN, que se refere a “violência doméstica, sexual e/ou outras violências” (BRASIL, 2011).

A utilização do sistema permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de poder indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O uso deste sistema é importante e permite que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as disponibilizem a comunidade. Tornando-o um instrumento relevante que contribui para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir avaliação das intervenções. Sendo também a utilização do SINAN, juntamente com os outros Sistemas de Saúde, uma ferramenta importante para ajudar a formulação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde, criando subsídios para o processo de tomada de decisão, com o objetivo de contribuir para a melhoria do panorama da saúde. Vale ainda ressaltar que o SINAN net, foi implantado no ano de 2016, no Estado do Rio de Janeiro.

A Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada (ANEXO D) sofreu algumas mudanças de 2006 a 2015. Além de mudança nominal, também passou por mudanças em seus campos de preenchimento. A primeira mudança ocorrida no ano de 2006 foi no nome desta, era denominada “Ficha de Notificação Individual de Violência Doméstica, Sexual e outras violências”, está era exclusivamente utilizada para violências interpessoais e de notificação compulsória de violências perpetradas contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.

No ano de 2008 apresentou-se uma nova versão da ficha a qual foram incorporadas algumas variáveis para obtenção de dados a fim de facilitar a investigação das violências relatadas. Em contrapartida, no ano de 2011 a única mudança ocorrida na ficha SINAN, foi a renomeação desta, que até 2010 chamava-se “Ficha de Notificação Individual de Violência Doméstica, Sexual e outras violências” e passou a ser chamada de “Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, versão 4.2”.

Porém, a partir de 2014 foram realizadas mudanças na ficha SINAN dando origem a versão 5.0, onde ocorreram mudanças importantes que visam dar conta da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional LGBT, 2013), com a finalidade de ampliar o objeto de notificação,

incluindo as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica. A incorporação do nome social, orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência foram fundamentais para dar visibilidade às violências perpetradas contra as travestis e mulheres transexuais, que sabidamente são o grupo que mais sofrem violências da população LGBTQIA+. As violências as travestis e mulheres transexuais sempre ocorreram, no entanto, não era possível dimensionar a ocorrências destas, pois as notificações eram realizadas pelo sexo biológico das pessoas, tornando-as invisíveis.

Para embasar esta discussão foram trazidos dados de uma pesquisa realizada no período de 2015 a 2017, onde Pinto *et al* (2020), verificou que foram registradas no SINAN 778.527 notificações de violências interpessoais e autoprovocadas, sendo 227.901 em 2015, 243.259 em 2016 e 307.367 em 2017. Foram observadas 24.564 notificações de violências contra LGBT no período analisado, sendo 13.129 (53,4%) contra pessoas homossexuais e bissexuais cisgêneros ou com identidade de gênero ignorada, 2.822 (11,5%) contra travestis e transexuais com orientação homossexual ou bissexual e 8.613 (35,1%) contra travestis e transexuais heterossexuais ou com orientação sexual ignorada (PINTO *et al*, 2020).

Entre os anos de 2015 e 2017, observou-se que houve um aumento no número de notificações de violência em 49,3% entre as lésbicas (de 2.177 em 2015 para 3.251 em 2017), 38,5% entre os *gays* (1.787 em 2015 e 2.475 em 2017) e 101,4% entre os (as) bissexuais (425 em 2015 e 856 em 2017). De acordo com a identidade de gênero, houve acréscimo de 77,9% no número de notificações de violências contra as travestis (de 339 em 2015 para 603 em 2017), 22,7% contra mulheres transexuais (2.179 em 2015 e 2.673 em 2017) (PINTO *et al*, 2020).

Pode-se aferir que de todas as notificações de violência contra pessoas LGBT avaliadas, 69,1% das pessoas atendidas eram adultos e 24,4% adolescentes. Além disso, também se percebeu que houve um predomínio da raça/cor negra em todas as faixas etárias, atingindo 57% dos adolescentes de 10 a 14 anos. No que se refere à identidade de gênero, a maioria das notificações, em todas as faixas etárias, foi em pessoas transexuais e travestis (46,6%) e estas foram mais frequentes para todas as faixas etárias, sendo adolescentes de 10 a 14 anos 37%, idosas 36,3%, pessoas adultas 31,8% e adolescentes de 15 a 19 anos 28,2%. No que tange ao local de ocorrência destas foi a residência, em todas as faixas etárias, variando de 54,6% entre adolescentes de 15 a 19 anos a 78,9% entre idosos. Sendo o segundo local mais frequente foi a via pública, representando 26,7% das notificações contra adolescentes de 15 a 19 anos (PINTO *et al*, 2020).

Sobre a tipologia das violências, foi observada que em todas as faixas etárias a violência física foi a mais frequente, as ocorrências foram distribuídas de acordo com o ciclo de vida: física (45,9%) e sexual (40,7%) contra adolescentes de 10 a 14 anos; física e psicológica/moral contra pessoas de 15 a 19 anos de idade (70,8 e 24,1%) e contra adultos (as) (79,1 e 30,6%); e física (73,1%) e negligência/abandono (27,7%) contra idosos(as). No que diz respeito a aferição das violências de repetição os resultados encontrados foram 1.539 (33,7%) contra adolescentes de 15 a 19 anos, 6.332 (37,3%) em adultos, 463 (34,1%) em idosos com 60 anos ou mais. O total destas violências foi de 8.980 (36,6%) (PINTO *et al* , 2020).

Segundo Pinto *et al* (2020) as violências perpetradas por dois ou mais autores representaram 24,2% das notificações, variando de 20,8% entre adolescentes de 10 a 14 anos a 29,3% entre idosos(as). Foi possível verificar que em sua maioria os prováveis autores das violências eram do sexo masculino, variando de 59,1% entre os (as) idosos (as) a 68,2% entre adultos (as). Destes podem ser destacados os familiares como os autores mais frequentes de violências notificadas em adolescentes de 10 a 14 anos (29,4%) e em idosos (38,5%). Na faixa etária de 15 a 19 anos, destacam-se os agressores de relação intrafamiliar (29,8%, considerando-se familiares e parceiros íntimos) e desconhecidos (19,5%). Em relação aos adultos, as mais frequentes foram as violências perpetradas por parceiros íntimos (32,5%) (PINTO *et al* , 2020).

De acordo com Pinto *et al* (2020), foi possível observar que houve um aumento progressivo no número de notificações de violência contra pessoas LGBT registradas no SINAN, o que pode ser percebido como uma maior sensibilidade do setor saúde às situações de violência contra essa população. No período de 2015 a 2017, foram registradas, uma média de mais de 22 notificações de violências interpessoais e autoprovocadas por dia, resultando em quase uma notificação a cada hora para pessoas LGBT no Brasil. Vale ressaltar que os registros referentes no estudo foram apenas dos casos em que as vítimas buscaram os serviços de saúde e nos quais os profissionais realizaram as notificações.

Em contrapartida, ainda em 2014 alguns campos foram excluídos por serem subutilizados, após uma análise de banco de dados percebeu-se que esses não seriam mais necessários, como relatado na portaria 1271/14. Sendo assim, a área técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde - CGDANT do Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS da SVS procurou manter na ficha

campos que fossem mais relevantes para a vigilância de violências e gerem informações epidemiológicas para a intervenção, seja esta individual ou coletiva, e que possam dar subsídios para a formulação de políticas públicas de prevenção, atenção, promoção da saúde e da cultura de paz. No ano de 2015 outra mudança na Ficha SINAN foi realizada, dando origem a versão 5.1, com mudanças com inclusão dos seguintes campos: Campo 6- Unidade Notificadora e Campo 7 – Nome da Unidade Notificadora. As mudanças citadas anteriormente podem ser observadas no quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Mudanças ocorridas na Ficha SINAN de 2006 a 2015 (continua)

2006	2008		2014		2015	
Campos que passaram por mudanças	Atualização de Numeração	Inclusão de Campos	Inclusão de Campos	Exclusão de Campos	Numeração anterior	Inclusão/Atualização de Numeração
Campo 12- Cor	Campo 13- Raça/Cor	Campo 1- Tipo de notificação individual	Campo 31-Nome social	Campo 54- Se ocorreu penetração, qual o tipo?	Campo 31-Nome social	Campo 6- Unidade Notificadora
Campo 14- Ocupação	Campo 31- Ocupação	Campo 2- Agravado/doença- CID Y09	Campo 34- Orientação sexual	Campo 56- Consequência da ocorrência detectada no momento da notificação	Campo 34-Orientação sexual	Campo 7- Nome da Unidade Notificadora
Campo 15- Situação conjugal	Campo 32- Situação conjugal	Campo 57- Natureza da lesão	Campo 35-Identidade de gênero	Campo 57- Natureza da lesão	Campo 35- Identidade de gênero	Campo 33- Nome social
Campo 16- Relações sexuais	Campo 33- Relações sexuais	Campo 58- Parte do corpo atingida	Campo 53- Essa violência foi motivada por	Campo 58- Parte do corpo atingida	Campo 53- essa violência foi motivada por	Campo 34- Ocupação
Campo 17- Tipo de deficiência	Campo 34 -Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	Campo 63- Encaminhamento no setor saúde	Campo 62- Ciclo de vida provável do autor da agressão	Campo 63- Encaminhamento no setor saúde	Campo 62- ciclo de vida provável do autor da agressão	Campo 36- Orientação sexual

Quadro 1 – Mudanças ocorridas na Ficha SINAN de 2006 a 2015 (conclusão)

	Campo 35- Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	Campo 65- Violência Relacionada ao Trabalho		Campo 68- Classificação final		Campo 37- Identidade de gênero
		Campo 66- Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)		Campo 69- Evolução do caso		Campo 55- Essa violência foi motivada por
		Campo 71- Data de encerramento		Campo 70- Se óbito por violência, data		Campo 56- Tipo de violência

Fonte: A autora, 2020.

1.3.3 Diferenças conhecidas nas prevalências de violências entre os inquiridos e as notificações

As violências podem apresentar diferenças entre o que é registrado no atendimento e o que é notificado. Isso ocorre porque na ficha de notificação SINAN é orientado que se notifique apenas um tipo de violência sofrida pela vítima, mesmo que a ocorrência da violência mais grave esteja associada à outras (BRASIL, 2016). Além deste fato, em pesquisa realizada por Pinto *et al* (2020), sobre o perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no SINAN, foram observados elevados percentuais de casos ignorados nas variáveis orientação sexual e identidade de gênero, que pode atribuídos ao preconceito e dificuldades de abordagem dessas questões por profissionais de saúde.

Sendo bastante recorrentes os relatos de práticas discriminatórias nas unidades de saúde, o que impacta de forma negativa o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, particularmente em relação às pessoas travestis e mulheres trans. Os serviços de saúde são locais estratégicos para o acolhimento de pessoas em situação de violência. No caso da população LGBT, é essencial que as equipes de saúde realizem o atendimento humanizado, que considere as múltiplas identidades de gênero, raça/cor, etnia e orientação sexual, para ultrapassar as iniquidades (PINTO *et al*, 2020; DEPRET *et al*, 2020).

Depret *et al* (2020), observou em sua pesquisa que as dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde de acordo com a orientação sexual e a identidade de gênero, podem ser fatores de vulnerabilidade para a saúde. Sendo assim, a população LGBTTT pode encontrar dificuldade no acesso à saúde especialmente em relação ao preconceito sofrido nas unidades de saúde, como consequência dos agravos devido ao estigma e à exclusão social.

Para Lovison *et al* (2019) o atendimento discriminatório e as condutas constrangedoras causadas pelos profissionais de saúde, as travestis e transexuais, estão entre as principais causas destas se afastarem dos serviços de saúde. Dentre as condutas discriminatórias estão o não respeito ao nome social, a identidade de gênero e o estigma imputado a elas. O que pode levar ao aparecimento de agravos à saúde, implicando em uma busca pelos serviços de urgência e emergência.

Dentre a população LGBTQIA+, as travestis e as mulheres trans ainda são as que menos frequentam as unidades de saúde, e isso ocorre principalmente por falta de mecanismos específicos que possam torná-lo acessível para essa população e assim podem impactar no acesso destes grupos aos serviços (DEPRET *et al* , 2020).

Assim, são indispensáveis a capacitação constante de profissionais sobre a PNSLGBT nos serviços de saúde, para que se possa prestar um serviço equânime, de qualidade e que rompa com as barreiras da discriminação, marginalização e constrangimento vivenciados pelas travestis e mulheres trans em todos os níveis de atenção. Além disso, também se torna indispensáveis capacitações constantes para melhor compreensão sobre a ficha de notificação e seu papel na rede de enfrentamento à violência (PINTO *et al* , 2020).

2 METODOLOGIA

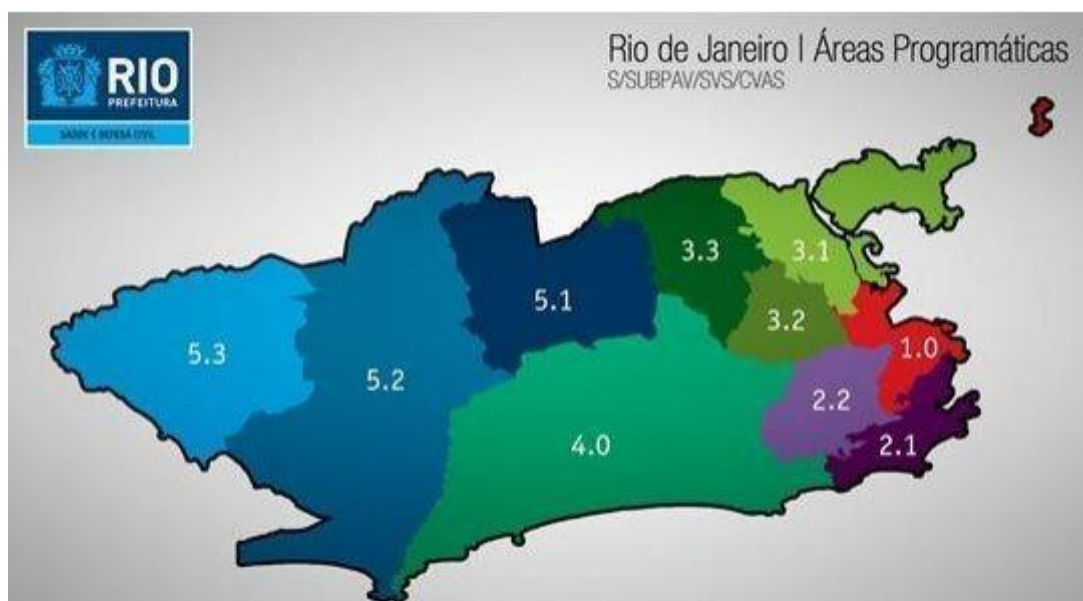
2.1 Desenho de estudo

Trata-se de estudo transversal que analisou as violências interpessoais contra travestis e mulheres trans contando com duas fases de execução. A primeira fase resultou da análise secundária do banco de dados da pesquisa “EVAS: Estudo sobre Violências e Autoavaliação de Saúde de Travestis e Mulheres Transexuais do Rio de Janeiro”. A segunda fase contou com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do estado do Rio de Janeiro referente ao período de 2015 a 2020, realizando um *merge* entre as duas bases de dados: a observada (EVAS) e a notificada (SINAN).

2.2 Cenário do estudo

O município do Rio de Janeiro é a capital do Estado do Rio de Janeiro, tem área total de 1.204km², sendo composto por 162 bairros divididos em 5 áreas planejamento e com 10 regiões de planejamento (1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3), conforme Figura 4. O município abriga 6.688.927 habitantes, deste 45,9% são do sexo masculino e 54,1 % do sexo feminino. Além disso, apresenta densidade populacional de 5.265,82 habitantes/km² e Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) é de 0,799 (IBGE, 2019). Este município apresenta áreas urbanizadas e não urbanizadas (mata, campo, áreas agrícolas, áreas sujeitas à inundação, corpos hídricos, afloramentos rochosos e depósitos sedimentares), sendo a extensão destas respectivamente 595 km² e 609 km².

Figura 4 – Mapa da divisão do Município do Rio de Janeiro por áreas programáticas com base na Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: RIO DE JANEIRO, 2017.

Atualmente o Rio de Janeiro conta com um total de 326 unidades sob administração municipal, dentre estas 229 são unidades de Atenção Primária (Clínicas da Família, Centro Municipais de Saúde e Centro Saúde Escola), 9 unidades de Policlínicas, 23 unidades Hospitalares, 7 unidades de Maternidade, 20 unidades de Pronto Atendimento/CER (Coordenação de Emergência Regional), 32 unidades de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 3 unidades de Reabilitação, 3 unidades de Apoio (Unidade de Medicina Veterinária Jorge Vaitsman, Instituto de Nutrição Annes Dias, Centro de Reabilitação Oscar Clark) (RIO DE JANEIRO, 2019).

Após apresentar de forma quantitativa as unidades de saúde administradas pela prefeitura do Município do Rio de Janeiro, faz-se necessário abordar a composição do SUS, através de três níveis de atenção que são: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. A Atenção Primária pode ser entendida como um conjunto de ações de promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação e manutenção de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados pelos quais assume a responsabilidade sanitária. Este nível de atenção é constituído pelas Clínicas da Família e pelos Centros Municipais de Saúde (BRASIL, 2012).

No segundo nível de atenção, onde são realizados procedimentos de média complexidade. Este nível é composto por Unidades de Pronto Atendimento (UPAs),

hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade, inclusive de urgência e emergência. A organização desse nível é feita com base em macro e microrregiões de cada Estado, devendo apresentar tanto ambulatoriais como hospitais (BRASIL, 2019).

No terceiro nível de atenção, encontra-se a Atenção Especializada que pode ser entendida como Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção primária e de média complexidade). Fazem parte deste nível de atenção às unidades assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2017).

O cenário do projeto EVAS fica situado no Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e AIDS (Lapi-Clin) situado no Instituto de Infectologia Evandro Chagas (INI) na Fiocruz, desenvolve projetos de pesquisa clínica em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) e suas coinfeções. Além disso, atua em parceria com as principais redes internacionais de pesquisa no desenvolvimento de projetos de prevenção e tratamento em DST e HIV/AIDS como o *National Institute of Health* (NIH) nos Estados Unidos da América e *Agence Nationale de Recherche sur Le SIDA ET les Hepatites* na França.

Para realização de atendimento nas pesquisas o serviço dispõe de 10 consultórios exclusivos, sendo dois deles para atendimento específicos de ginecologia e proctologia, uma sala de aconselhamento e de reunião para grupos focais, uma sala equipada com computadores para realização de entrevistas autoadministradas, um laboratório e uma

farmácia. Possui duas Coortes, de mulheres e homens, vivendo com HIV/AIDS, para acompanhamento de DST e suas complicações, com foco especial na coinfeção pelo HPV (Papiloma Vírus Humano).

O Laboratório possui diversas linhas de pesquisa onde estão sendo desenvolvidos os seguintes estudos:

- a) HIV/Sarcoma de Kaposi – Estudo direcionado para pessoas vivendo com HIV que ainda não iniciaram tratamento antirretroviral e com diagnóstico ou suspeita de Sarcoma de Kaposi;
- b) Pessoas vivendo com HIV, sem sintomas, que ainda não iniciaram terapia antirretroviral (virgens de tratamento);
- c) Pessoas vivendo com HIV que ainda não iniciaram terapia antirretroviral e co-infectadas pelo Herpes Vírus (HSV-2);
- d) Avaliação neurológica para pessoas HIV negativa;
- e) Vacina de HPV para homens vivendo com HIV;
- f) Estudo de prevenção com medicação antirretroviral para Homens que fazem sexo com Homens (HSH) e Mulheres Transgêneras que são HIV negativos (PrEP);
- g) Estudo de testagem domiciliar do HIV para HSH e Mulheres Transgêneras.

No que diz respeito às notificações de violência interpessoal/autoprovocada, essas podem ser realizadas por profissionais dos três níveis de atenção, sem que haja qualquer restrição quanto ao nível notificador. Através do SINAN, pode se ter informações que identificam o usuário, as circunstâncias do agravo, as recomendações de tratamento, e há aquelas que são codificadas segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (RIO DE JANEIRO, 2019).

Ao utilizar o sistema admite a realização de um diagnóstico dinâmico quanto a ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de poder indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica e, além disso, o uso deste sistema é importante e permite que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as disponibilizem a comunidade. Tornando-o um instrumento relevante que contribui para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir avaliação das intervenções (BRASIL, 2014).

Pode se dizer ainda que a utilização do SINAN, juntamente com os outros Sistemas de Saúde, torna-se uma ferramenta importante para ajudar a formulação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde, criando subsídios para o processo de tomada de decisão, com o objetivo de contribuir para a melhoria do panorama da saúde (BRASIL, 2014).

De acordo com dados do SINAN Net (2019) no ano de 2015 apresentou 5.228, no ano de 2016 apresentou 9.497, em 2017 com 13,754 notificações de violência interpessoal/autoprovoçadas. O município ainda conta com serviços de atenção primária, urgências e emergências e serviços especializados. Após análise criteriosa do estudo definiu-se como critério de exclusão as participantes que não tiverem respondido a todos os itens da Conflict Tactic Scales (CTS) e como critérios de inclusão foram adotados possuir 18 anos ou mais, serem auto identificadas como travestis e mulheres trans, serem residentes no município do Rio de Janeiro.

2.3 População, dinâmica de coleta e variáveis do estudo na Fase 1

A base de dados desta fase será composta pelas observações realizadas no Estudo EVAS no período de julho de 2019 a março de 2020. Foram incluídas as travestis e mulheres transexuais participantes do estudo de base, acompanhadas no Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e AIDS (Lapi-Clin-AIDS), do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) situado na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). As participantes possuem 18 anos ou mais, auto identificadas como mulheres trans (transexuais e travestis), e são residentes no estado do Rio de Janeiro.

A dinâmica de coleta do estudo de fundo foi à aplicação de questionário (ANEXO C) em entrevistas presenciais, com respostas contendo múltiplas opções e que expressam a situação, condição e pensamento das entrevistadas no momento da pesquisa. As entrevistas duraram de 60 a 90 minutos e os dados coletados foram registrados em *notebook*, em servidor que mantém os dados online, assim como neste *notebook* foi realizado *backup* destes registros.

As entrevistas foram realizadas por equipe previamente treinada pelos pesquisadores, sendo está composta por alunos de iniciação científica e pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), da

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e Universidade Estácio de Sá (UNESA) em sala privativa situada no INI- FIOCRUZ. O questionário utilizado para a coleta de dados foi elaborado pelos pesquisadores do projeto EVAS. As variáveis que serão utilizadas nesta primeira fase do estudo podem ser observadas no quadro 1. Vale ressaltar que a escolha por analisar a variável idade com os intervalos abaixo de 35 anos e acima de 35 anos está fundamentada no estudo da ANTRA (2019), no qual aponta que a média de vida da população T no Brasil é de 35 anos.

Quadro 2 – Variáveis correspondentes ao projeto EVAS (continua)

Variáveis Independentes			
Variáveis	Perguntas correspondentes ao questionário	Respostas correspondentes ao questionário	Análise das respostas
Características Sociodemográficas	Idade	Variável numérica	(0) <35 anos; (1) ≥35 anos
	Etnia/cor	1. Branca; 2. Preta; 3. Amarela; 4. parda; 5 Indígena.	(0) Branca; (1) Não branca
	Tempo de estudo	0. Nenhuma; 1. De 1a a 4a série; 2. De 5a a 8a série; 3. Do 1o ao 3o ano do ensino médio; 4. Superior Incompleto; 5. Superior completo	(0) < 8 anos; (1) ≥ 8 anos
	Situação conjugal	1. Solteira; 2. Namorando; 3. União consensual; 4. Casada	(0) Com parceiro fixo; (1) Sem parceiro fixo.
	Moradia fixa	1- Sim, 2- Abrigo, 3- Trabalho, 4- Rua	(0) Possui moradia fixa; (1) Não possui moradia fixa;
	Condição de moradia	Escore ambiental	(0) Boas condições ambientais (Mais de 8); (1) Más condições ambientais (Até 8 pontos)
	Orientação sexual	1. apenas homens; 2. apenas mulheres; 3. ambos; 4. Outros	(1) Heterossexual (2) Homossexual, bissexual e outros
	Identidade de gênero	1.Travesti; 2. Mulher transexual; 3. Mulher; 4. Outros	(1) Travesti; (2) Mulher transexual; (3) mulher e outros
	Ocupação	Variável nominal	(0) Sem ocupação; (1) Com ocupação
Capital	Rio de Janeiro	(0) Reside na Capital; (1) Não reside	

Quadro 2 – Variáveis correspondentes ao projeto EVAS (continuação)

Variáveis Independentes				
Variáveis		Perguntas Correspondentes no Questionário	Respostas Correspondentes ao questionário	Análise das respostas
Violência Comunitária	Ameaça	“algum desconhecido a agrediu fisicamente (tapa, soco, etc.)”, “algum amigo(a) ou colega a agrediu fisicamente”, “algum membro da família a agrediu fisicamente”.	0- “sim, uma vez”, “sim, 1- algumas vezes”, 2- “sim, muitas vezes”, 3- “não”, 4- “não sabe”, 5- não lembra, 6- não respondeu”.	(0) Não; (1) Sim.
	Atentado de morte	“você já sofreu atentado de morte nos últimos doze meses?” e “você já sofreu atentado de morte alguma vez na vida?”.	0- Não; 1-Sim.	(0)Não; (1) Sim.
	Discriminação	“Eu gostaria que você me dissesse se você já se sentiu rejeitada ou discriminada por causa de algum desses motivos”: “pela sua identidade de gênero”, “pela sua orientação sexual”.	“uma vez”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “nunca” e “não sabe/não respondeu”	(0) Não; (1) Sim.

Quadro 2 – Variáveis correspondentes ao projeto EVAS (continuação)

Variáveis independentes				
Variáveis		Perguntas Correspondentes ao Questionário	Respostas correspondentes ao questionário	Análise das respostas
Violência Íntima	Agressão psicológica menor	“Você insultou ou xingou o seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você gritou ou berrou com o seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?”, “Seu companheiro(a) fez isso?”, “Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) fez isso?”, “Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) fez isso?”.	0- Não; 1- Sim	(0) Não; (1) Sim
	Agressão psicológica grave	“Você chamou o seu companheiro(a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida?”, “Seu companheiro(a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida?”, “Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro(a) de propósito?”, “Seu companheiro(a) fez isso?”, “Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?”, “Seu companheiro(a) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você?”, “Você acusou o seu companheiro(a) de ser “ruim de cama”? “; “Seu companheiro(a) acusou-o(a) disso?”.	0- Não; 1- Sim	(0) Não; (1) Sim

Quadro 2 – Variáveis correspondentes ao projeto EVAS (continuação)

Injúria menor	“Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com você?”, “Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você?”.	0- Não; 1- Sim	(0) Não; (1) Sim
Injúria grave	“Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você?”, “Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi?”, “Seu companheiro(a) deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi?”, “Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) quebrou um osso por causa de uma briga com você?”.	0- Não; 1- Sim	(0) Não; (1) Sim
Coerção sexual menor	“Você obrigou o seu companheiro(a) a fazer sexo sem usar camisinha?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro(a) não queria sem usar força física?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você insistiu para que seu companheiro(a) fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”.	0- Não; 1- Sim	(0) Não; (1) Sim

Quadro 2 – Variáveis correspondentes ao projeto EVAS (continuação)

	Coerção sexual grave	“Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo oral ou anal com você? “, “Seu companheiro(a) fez isso?”, “Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo com você? “, “Seu companheiro(a) fez isso?”, “Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo oral ou anal com você?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo com você?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”.	0- Não; 1- Sim	(0) Não; (1) Sim
	Violência física menor	“Você torceu o braço do seu companheiro(a) ou puxou o cabelo dele?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você deu um empurrão no seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você segurou o seu companheiro(a) com força?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro(a)?”, ”Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você jogou alguma coisa no seu companheiro(a) que poderia machucá-lo?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”.	0- Não; 1- Sim	(0) Não; (1) Sim
	Violência física grave	“Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você deu um murro ou acertou o seu companheiro(a) com alguma coisa que pudesse machucar?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você sufocou ou estrangulou seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você jogou o seu companheiro(a) contra a parede com força? “, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você deu uma surra no seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro(a) de propósito?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”, “Você chutou o seu companheiro(a)?”, “Seu companheiro(a) fez isso com você?”.	0- Não; 1- Sim	(0) Não; (1) Sim

Fonte: A autora, 2020.

As avaliações de violências por parceiros íntimos foram aferidas por meio do instrumento “*Conflict Tactic Scales (CTS)*”, proposto por Strauss e colaboradores. O instrumento se baseia na teoria do conflito e que surgem das relações íntimas ou intrafamiliares. Utilizou-se o “*Revised Conflict Tactics Scales*” (CTS2), validado e adaptado transculturalmente para uso no Brasil, e permite a identificação da violência em psicológica menor e grave (8 itens), física menor e grave (12 itens), coerção sexual menor e grave (7 itens), injúria menor e grave (6 itens) e negociação (6 itens) (MORAES *et al*, 2002).

Esta aferição considerou o recordatório de táticas de resolução de conflito (agressão psicológica, violência física e negociação), das possíveis consequências das violências na saúde individual e a presença de coerção sexual para mulheres com parceiros íntimos nos últimos doze meses e ao menos uma vez na vida.

Essas variáveis estão relacionadas às tipologias de violência interpessoal que pode ser tanto familiar e/ou entre parceiros íntimos ocorridas no ambiente doméstico ou fora dele, quanto violência comunitária (extrafamiliar) corrida em ambiente coletivo onde o perpetrador e vítima não têm relação pessoal. No que diz respeito a natureza do ato violento as variáveis abrangem violência física, violência sexual, violência psicológica, provação e negligência.

2.4 Variáveis do estudo na Fase 2

A fase 2 do estudo contou com variável binária a partir da presença ou ausência de registro após o relacionamento do banco de dados. Deste modo, a presença de registro no SINAN por alguma forma de violência interpessoal resultou em positividade da variável desfecho.

2.5 Análise de dados

O processamento e a junção dos bancos de dados foram realizados utilizando as variáveis “nome civil”, “nome social”, “nome da mãe” e data de nascimento. O relacionamento dos bancos de dados foi realizado por meio da técnica *linkage* probabilístico. Através desta técnica é possível realizar a junção de base de dados de naturezas distintas, expandindo a possibilidade de obtenção de dados e produção de conhecimentos. A técnica foi processada no software Stata SE 15, tornando assim capaz de integrar bases ao ponto de permitir análises sobre a qualidade da informação (FELLEGI, 1969; CAMARGO, 2000).

O relacionamento probabilístico foi executado em etapas sequenciais, a saber:

- a) Padronização dos bancos de dados;
- b) Relacionamento, sendo subdividido em blocagem e pareamento;
- c) Combinação dos arquivos; e
- d) Revisão manual dos dados pareados, classificando-os em pares falsos ou verdadeiros.

A etapa de padronização dos bancos de dados é de grande importância. Além disso, foi por meio desta que a entrada de registros foi alinhada nas diferentes bases de dados. À medida que as demais fases são repetidas em vários passos, para diversas chaves de blocagem (construção de divisão das bases de dados blocos de variáveis), a primeira etapa é realizada em única vez (CAMARGO, 2000).

Para a preparação dos campos de dados e padronização dos arquivos foi realizada a transformação de todos os caracteres para letra maiúscula, a exclusão de acentos, assim como a eliminação das preposições "de", "da", "do", "dos", "das" e de sinais de pontuação erroneamente digitados. Este procedimento tende a minimizar a ocorrência de erros no processo de pareamento dos registros, tornando-o essencial em campos não estruturados e de livre entrada, como por exemplo, nome e nome da mãe. A construção do Soudex também seguiu parâmetros para contornar possíveis erros de grafia em ambos os bancos de dados, a saber:

- a) Sílabas contendo WA foram transformadas em VA
- b) A letra H foi eliminada dos termos
- c) Sílabas contendo KA, KO e KU foram transformadas em CA, CO e CU

- d) Sílabas contendo CE ou CI foram transformadas em SE e SI
- e) Sílabas contendo GE e GI foram transformadas em J
- f) A letra Y foi transformada em I
- g) Duplicidade de letras (eg.: AA) receberam apenas uma das letras (eg. A).

Nesta etapa, através do software Excel, foram marcados todos os campos de homônimos para as variáveis “nome” e “nome da mãe” na base do SINAN. Foi realizada revisão manual e meticolosas em busca de duplicidade de entradas sejam estas por múltiplas notificações, ou até mesmo por recorrência do fenômeno de violências.

Quando observados os casos de homônimos, os registros foram preservados a partir da conferência com a data de nascimento, o nome da mãe e as datas de notificação e ocorrência. Já nos casos em que houver duplicidade, onde as variáveis nome, nome da mãe, data de nascimento, data de ocorrência e data de notificação forem as mesmas, os registros serão excluídos, mantendo-se apenas uma entrada.

Em suma, nos casos em que houve a recorrência, caracterizados pelo mesmo nome, nome da mãe e data nascimento, mas com datas de ocorrência e notificações distintas, manteve-se o primeiro registro, criando-se duas variáveis, denominadas “recorrência/cronicidade” e “número de recorrências”.

A estratégia de blocagem foi realizada em três etapas sendo os campos utilizados para este relacionamento: nome completo do paciente, data de nascimento e nome da mãe. As chaves de blocagem utilizadas nas etapas foram: (1) código fonético (Soundex) do primeiro nome formatado para blocagem – Pbloco; (2) código fonético (Soundex) do último nome formatado – Ubloco; e (3) data de nascimento (com 8 dígitos e sem “/”).

A partir do reconhecimento dos pares pelo sistema, os registros foram revisados individualmente conferindo as variáveis utilizadas nos pares para a identificação dos pares verdadeiros (em concordância com o sistema) e os falsos (que não se tratava da mesma pessoa nos dois bancos de dados) (CAMARGO, 2000). Posteriormente a este processo, realizou-se nova verificação de possíveis registros duplicados para constituir o banco de dados final contendo somente pessoas em situação de violência notificadas no SINAN.

Ao concluir a etapa de relacionamento dos bancos de dados, houve a combinação dos SINAN completo com o arquivo que sofreu o relacionamento (linkage). Utilizando técnica de “combinação” (merge) no Software Stata SE 15, os arquivos foram unificados, excluindo-se novamente as duplicidades geradas pela junção (registro do SINAN antes do relacionamento com o mesmo registro após o relacionamento). Para tal procedimento, as duas bases

receberam códigos numéricos e progressivos de entrada, permitindo essa identificação de modo automatizado.

Após o linkage, foi realizada análise de concordância por meio do cálculo do Índice Kappa. O cálculo da acuracidade ocorreu pela razão entre o número de concordância dos eventos violentos no EVAS e no SINAN pelo número de itens verificados no EVAS, multiplicando-se por 100. O cálculo do indicador de divergência ocorreu pela subtração da quantidade de eventos observados no EVAS pela quantidade de eventos observados no SINAN, dividindo-se pelo total de eventos observados no SINAN. O resultado foi multiplicado por 100 e, no caso de resultado negativo, multiplicou-se por -100.

Foram calculadas as prevalências e os respectivos intervalos de confiança a 95% para as variáveis de violências interpessoais e demais covariáveis em ambos os bancos dados (SINAN e EVAS). É mencionar que o cálculo de prevalência das violências notificadas no SINAN considerou a população do EVAS e, com isso, se deu pela razão entre o número de eventos violentos (qualquer tipo) notificados no SINAN pela população do estudo EVAS. O resultado foi multiplicado por 100.

As análises bivariadas foram realizadas utilizando testes de hipótese adequados aos tipos de variáveis, sendo: Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas. O erro tipo alfa adotado neste estudo será de 5%.

2.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi realizada a partir de dados primários e secundários, obtidos do banco de dados do SINAN, sem identificação dos sujeitos individuais que subsidiarão tais resultados, havendo necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme orienta a Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) por se tratar de dados sigilosos de seres humanos. O estudo foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) após anuência da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES-RJ) atendendo as normas vigentes para solicitação de acesso aos bancos de dados (ANEXO B). Todas as participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E), o qual o seu conteúdo foi informado antes da aplicação do instrumento do

estudo. No entanto, para a obtenção dos dados secundários solicitou-se dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois os dados são oriundos de banco do Estado, não caracterizando contato direto com as usuárias que os geraram.

Este estudo aborda uma série de condições estigmatizantes e geradoras de sofrimento psíquico, existe risco potencial para as participantes. A fim de que estes fossem minimizados, realizou-se aconselhamento pré e pós-aplicação dos procedimentos de pesquisa, e com acompanhamento e encaminhamento, quando se fez necessário. Cabe ressaltar que a equipe de pesquisadores responsáveis realizou monitoramento do processo e, sempre que observada a intensificação dos riscos de sofrimento psíquico, as entrevistas foram imediatamente interrompidas e as participantes encaminhadas para acompanhamento ambulatorial no INI-Fiocruz.

Com relação aos benefícios para as participantes estão inclusos: percepção de riscos para suicídio e violências graves, com posterior oferta de encaminhamento para acompanhamento terapêutico no nível ambulatorial e para os dispositivos do sistema de proteção, quando se fez necessário e após o consentimento das participantes. Ademais, esta pesquisa visa contribuir para a compreensão do fenômeno e contribuir para o planejamento, monitoramento e execução das políticas públicas de enfrentamento às violências as travestis e mulheres trans, colaborar para o aprimoramento dos serviços de saúde na assistência aos usuários vítimas de violências.

3 RESULTADOS

3.1 Resultados da Fase 1 – “EVAS: Estudo sobre Violências e Autoavaliação de Saúde de Travestis e Mulheres Transexuais”

Foram entrevistadas 139 travestis e mulheres trans do EVAS. A maioria das respondentes se auto identificaram como mulheres trans (61,15%), seguidas das travestis (26,62%), e outras (12,23%), orientação heterossexual (94,96%), sem parceiro fixo (64,03%), idade acima de 35 anos (51,08%), não brancas (79,14%), residentes na capital do RJ (73,38%). Estes, e outros resultados estão descritos de forma mais detalhada na tabela 1 que corresponde as características sociodemográficas das participantes da pesquisa.

Tabela 1- Características sociodemográficas de um conjunto de travestis e mulheres trans do Município do Rio de Janeiro e região metropolitana do Estado. 2018-2020. (n=139) (continua)

Variáveis Sociodemográficas		n (%)
Identidade de gênero	Travesti	37 (26.62%)
	Mulheres trans	85 (61.15%)
	Outras	17 (12.23%)
Orientação sexual	Heterossexual	132(94.96%)
	Homossexual/bi/outras	7 (5.04%)
Situação conjugal	Com parceiro fixo	50 (35.97%)
	Sem parceiro fixo	89 (64.03%)
Passabilidade	Nenhum, não muito, um pouco.	45 (32.37%)
	Muito	94 (67.63%)
Idade	Abaixo de 35 anos	67 (48.20%)
	Acima de 35 anos	72 (51.80%)
Cor/raça	Branca	29 (20.86%)
	Não branca	110 (79.14%)
Tempo de Estudo	Menos de 8 anos	50 (35.97%)
	Mais de 8 anos	89 (64.03%)
Ocupação	Não	26 (18.71%)
	Sim	113 (81.29%)
Carteira assinada	Não	55 (39.57%)
	Sim	84 (60.43%)
Profissional do sexo	Não	113 (81.29%)
	Sim	26 (18.71%)
Capital do RJ	Reside na capital	102 (73.38%)
	Não reside na capital	37 (26.62%)

Tabela 1- Características sociodemográficas de um conjunto de travestis e mulheres trans do Município do Rio de Janeiro e região metropolitana do Estado. 2018-2020. (n=139) (conclusão)

Condição de moradia	Boas condições ambientais	87 (62.59%)
	Más condições ambientais	52 (37.41%)
Moradia fixa	Sim	134 (96.40%)
	Abrigo	4 (2.88%)
	Rua	1 (0.72%)

Fonte: A autora, 2021.

A tabela 2 apresenta as análises das violências comunitárias vivenciadas pelas respondentes. Pode-se observar que 48,92% (IC 95%: 40,61–57,29) destas já sofreram agressão física por algum desconhecido, 36,69% (IC 95%: 29,01-45,10) já foi agredida fisicamente por amigo (a) ou colega, 52,52% (IC 95%: 44,12-60,78) já sofreu atentado de morte alguma vez na vida. Vale ressaltar que 75,54% (IC 95%: 67,61-82,04) das entrevistas já sofreram discriminação pela sua identidade de gênero em algum momento da vida e do total de entrevistadas 72.66% (IC 95%: 64,56-74,49), já vivenciou violência comunitária na vida, como mostra a tabela 2 que corresponde aos resultados das análises realizadas sobre a violência comunitária vivenciada por estas.

Tabela 2 – Frequência de violência comunitária vivenciada pelo grupo de travestis e mulheres trans do município do Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (continua)

Violência Comunitária		n (%)	
Alguma vez na vida você já sofreu alguma das coisas que eu vou ler?		Não	Sim
Ameaça	“Algum desconhecido a agrediu fisicamente (tapa, soco, etc.)?”	71 (51.08%)	68 (48.92%)
	“Algum amigo (a) ou colega a agrediu fisicamente?”	88 (63.31%)	51 (36.69%)
	“Algum membro da família a agrediu fisicamente?”	89 (64.03%)	50 (35.97%)
Atentado de morte	“Você já sofreu atentado de morte nos últimos doze meses?”	113(81.29%)	26 (18.71%)

Tabela 2 – Frequência de violência comunitária vivenciada pelo grupo de travestis e mulheres trans do município do Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (conclusão)

Atentado de morte	“Você já sofreu atentado de morte alguma vez na vida?”	66 (47.48%)	73 (52.52%)
Discriminação	“Pela sua identidade de gênero”	34 (24.46%)	105 (75.54%)
	“Pela sua orientação sexual”.	50 (35.97%)	89 (64.03 %)
	“Alguma forma de discriminação na vida”	15 (10.79%)	124 (89.21%)
Total de violência vivenciada		38(27.34%)	101(72.66%)

Fonte: A autora, 2021.

Na tabela 3 é possível observar as frequências de violências vivenciadas pelas entrevistadas de acordo com a natureza dos atos violentos. Com relação as violências contra a mulher; as análises apontaram que 44,60% (IC95%: 33,46-53,04) destas já sofreram alguma forma de violência psicológica (menor ou grave), sobre as injúrias, ao menos 23,74% (IC95%: 17,32-31,61) destas já experienciaram alguma forma de injúria (menor ou grave), 14,39% (IC95%: 9,42-21,35) já sofreram alguma forma de violência sexual (menor ou grave) e 35,97% (IC95%: 28,34-44,37) já sofreram alguma forma de violência física (menor ou grave). Também vale ressaltar que 139 entrevistadas 63 (45,32%; IC95%: 37,15-53,76), já sofreram Violência por Parceiro Íntimo (VPI). Na tabela 4 podem ser observados os resultados do total de violências interpessoais contra a mulher, com uma frequência de 82,01% (IC95%: 74,63-87,60), do total de entrevistadas.

Tabela 3 – Prevalência de violências de acordo com a natureza dos atos, vivenciadas pelo conjunto de travestis e mulheres trans do município do Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (n=139) (continua)

Variáveis	n (%)	
	Não	Sim
Violência psicológica menor contra a mulher	77 (55.40%)	62 (44.60%)
Violência psicológica grave contra a mulher	98 (70.50%)	41 (29.50%)

Tabela 3 – Prevalência de violências de acordo com a natureza dos atos, vivenciadas pelo conjunto de travestis e mulheres trans do município do Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (n=139) (conclusão)

Alguma forma de violência psicológica contra a mulher (menor ou grave)	77 (55.40%)	62 (44.60%)
Injúria menor contra a mulher	106 (76.26%)	33 (23.74%)
Injúria grave contra a mulher	123 (88.49%)	16 (11.51%)
Alguma forma de injúria/dano contra a mulher (menor ou grave)	106 (76.26%)	33 (23.74%)
Violência sexual menor contra a mulher	120 (86.33%)	19 (13.67%)
Violência sexual grave contra a mulher	134 (96.40%)	5 (3.60%)
Alguma forma de violência sexual contra a mulher (menor ou grave)	119 (85.61%)	20 (14.39%)
Violência física menor contra a mulher	80 (64.03%)	50 (35.97%)
Violência física grave contra a mulher	106 (76.26%)	33 (23.74%)
Alguma forma de violência física contra a mulher (menor ou grave)	89 (64.03%)	50 (35.97%)
Total de VPI	76(54.68%)	63(45.32%)

Fonte: A autora, 2021.

Tabela 4 – Prevalência total de violências interpessoais presente no conjunto de travestis e mulheres trans no município do Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020

Variável	n(%) 139	
	Não	Sim
Total de violências interpessoais	25 (17.99%)	114 (82.01%)

Fonte: A autora, 2021.

Na tabela 5, são retratados os resultados da análise bivariada das características sociodemográficas com as prevalências de violências por parceiros íntimos (VPI), violência comunitária e violência interpessoal total. Observou-se na análise bivariada que a situação conjugal quando relacionada a VPI e a violência interpessoal total apresenta p valor < 0,001. Nota-se que há certa homogeneidade na amostra, trazendo a ideia de que independente das

características sociodemográficas a população de travestis e mulheres trans estudadas estão expostas às violências.

Tabela 5 – Resultados da análise bivariada das prevalências de violências por parceiros íntimos (VPI), violência comunitária, e violência interpessoal total do conjunto de travestis e mulheres trans do município do Rio de Janeiro e região metropolitana, no período de 2018-2020 (continua)

Características	VPI SIM (n %)	Violência Comunitária SIM (n %)	Violência Interpessoal Total SIM (n %)
Identidade de gênero	63 (45,32%)	101(72,66)	114 (82,01%)
Travesti	16 (43,24 %)	24 (64,86%)	30 (81,08%)
Mulher trans	36 (32,35 %)	63 (74,12%)	69 (81,18%)
Outras	11(64,31 %)	14 (82,35%)	15 (88,24%)
P valor	0,241	0,414	0,897
Orientação sexual	63 (45,32%)	101(72,66)	114 (82,01%)
Heterossexual	61 (46,21%)	95 (71,97%)	108 (81,82%)
Homossexual/bi/outras	2 (28,57%)	6 (85,71%)	6 (85,72%)
P valor	0,456	0,674	1,000
Situação conjugal	63 (45,32%)	101(72,66)	114 (82,01%)
Com parceiro fixo	42 (84%)	39 (78%)	48 (96%)
Sem parceiro fixo	21 (23,60%)	62 (69,66%)	66 (74,16%)
P valor	< 0,001	0,327	0,001
Passabilidade	63 (45,32%)	101(72,66)	114 (82,01%)
Muito	17 (37,78%)	31 (68,89%)	35 (77,78%)
Nenhum, não muito, um pouco.	46 (48,94%)	70 (74,47%)	79 (84,04%)
P valor	0,275	0,544	0,479
Cor/raça	63 (45,32%)	101(72,66)	114 (82,01%)
Branca	8 (27,59%)	18 (62,07%)	19 (65,52%)
Não branca	55 (50%)	83 (75,45%)	95 (86,36%)
P valor	0,037	0,165	0,014
Tempo de estudo	63 (45,32%)	101(72,66)	114 (82,01%)
Mais de 8 anos	38 (42,60%)	62 (69,66%)	70 (78,65%)
Menos de 8 anos	25 (50%)	39 (78%)	44 (88%)
P valor	0,478	0,327	0,250
Ocupação	63 (45,32%)	101(72,66)	114 (82,01%)
Não	14 (53,85%)	20 (76,92%)	23 (88,46%)
Sim	49 (43,36%)	81 (71,68%)	91 (80,53%)
P valor	0,386	0,807	0,411
Idade	63 (45,32%)	101 (72,66)	114 (82,01%)
Acima de 35 anos	27 (35,50%)	50 (74,63%)	58 (80,56%)
Abaixo de 35 anos	36 (53,73%)	51 (70,83%)	56 (83,58%)
P valor	0,062	0,704	0,666
Carteira assinada	63(45,32%)	101 (72,66)	114 (82,01%)
Não	27 (49,09%)	46 (83,64%)	50 (90,91%)
Sim	36 (42,86%)	55 (65,48%)	64(76,19%)
P valor	0,491	0,020	0,041
Profissional do sexo	63 (45,32%)	101 (72,66)	114 (82,01%)
Não	56 (49,56%)	81 (71,68%)	93 (82,30%)
Sim	7 (26,92%)	20 (76,92%)	21 (80,77)
P valor	0,049	0,807	0,785
Capital do RJ	63 (45,32%)	101 (72,66)	114 (82,01%)

Tabela 5 – Resultados da análise bivariada das prevalências de violências por parceiros íntimos (VPI), violência comunitária, e violência interpessoal total do conjunto de travestis e mulheres trans do município do Rio de Janeiro e região metropolitana, no período de 2018-2020 (conclusão)

Vive na capital do RJ	44 (53,14%)	74 (72,55%)	84 (82,35%)
Não vive na capital do RJ	19 (51,35%)	27 (72,97%)	30 (81,08%)
P valor	0,443	1,000	1,000
Condição de moradia	63 (45,32%)	101 (72,66)	114 (82,01%)
Boas condições	39(44,83%)	60 (68,97%)	70 (80,46%)
Más condições	24 (46,14%)	71 (78,85%)	44 (84,62%)
P valor	1,000	0,241	0,650
Moradia fixa	63 (45,32%)	101 (72,66)	114 (82,01%)
Sim	61 (45,52%)	98 (73,13%)	111 (82,84%)
Abriço	1 (25%)	2 (50%)	2 (50%)
Rua	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
P valor	0,465	0,494	0,303

Fonte: A autora, 2021.

3.2 Resultados da Fase 2 – *Linkage* entre os registros do EVAS e as notificações do SINAN-RJ

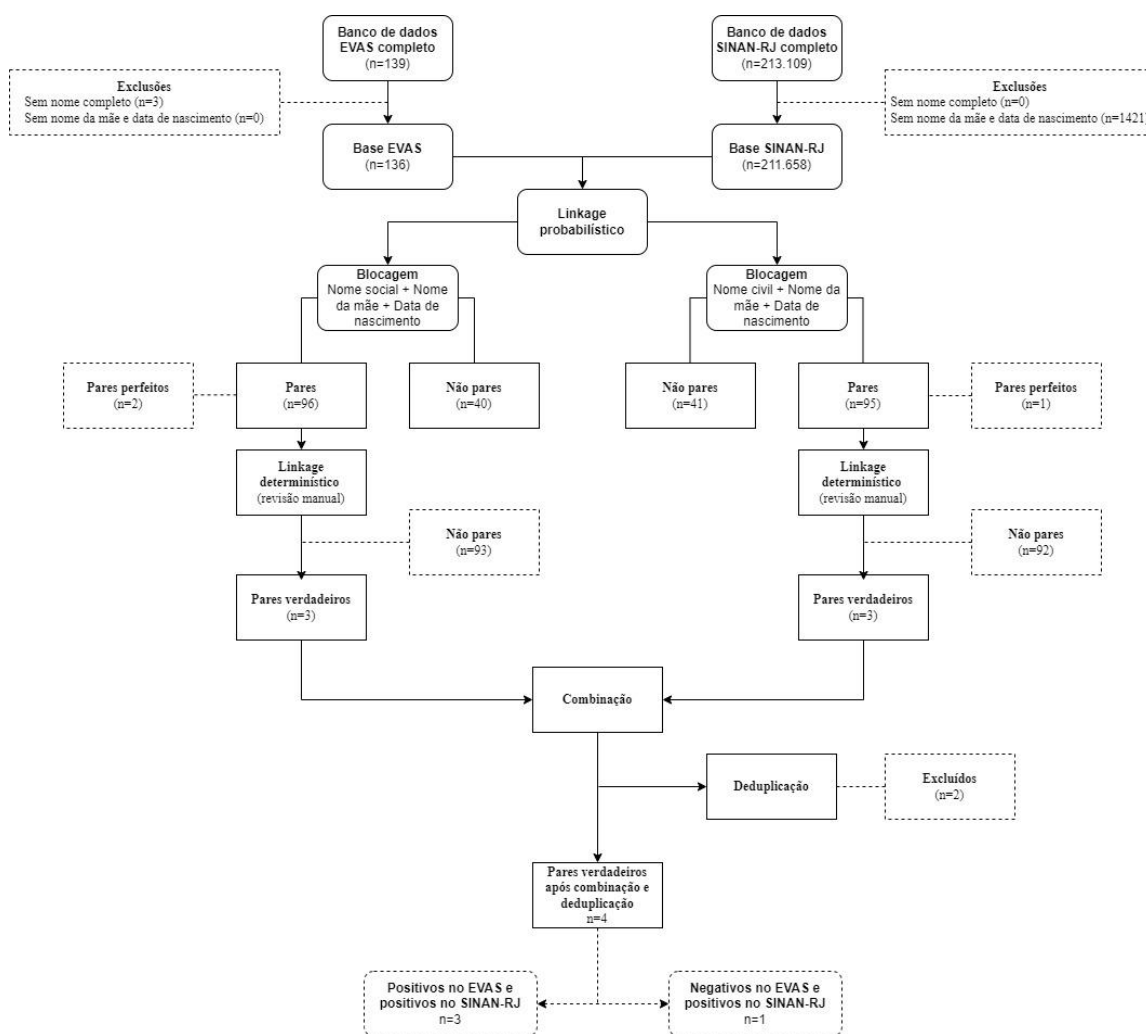
A **Figura 5** apresenta o percurso utilizado no processo de *linkage*. O preparo dos bancos de dados para a realização do processo de *linkage* resultou na identificação de 3 nomes faltantes no banco de dados do EVAS, perfazendo a base de dados de 136 participantes. Todos os registros utilizados possuíam data de nascimento e 21 (15,44%) não possuíam o nome da mãe nos registros, o que não configurava critério de exclusão. Dos 213.109 registros de notificação no SINAN-RJ, 10.691 notificações (5,02%) apresentavam o nome da mãe em branco ou ignorado e 6.413 (3,01%) não apresentavam data de nascimento. Foram excluídos 1.421 (0,67%) registros por não apresentarem simultaneamente duas chaves de *linkage*, ou seja, o nome da mãe e a data de nascimento.

No processo de blocagem utilizando o nome social foram identificados 96 pares, sendo um perfeito. Após a revisão manual foram identificados três pares verdadeiros. Na blocagem que utilizou o nome civil foram encontrados 95 pares, sendo um par perfeito. Após o processo de revisão manual também foram identificados três pares verdadeiros. Realizada a combinação entre as bases linkadas e o processo de duplicação, chegou-se ao resultado final de quatro pares verdadeiros, sendo três positivos em ambas as bases e um par positivo apenas no SINAN-RJ. Todas as formas de violência identificadas no SINAN-RJ foram do tipo abuso

físico (CID Y.04 – Agressão por meio de força corporal), incluindo o caso de registro positivo no SINAN-RJ e negativo no inquérito do EVAS (data de ocorrência: dezembro de 2016).

A prevalência de alguma forma de violência interpessoal esperada (capturada pelo EVAS) foi de 82,35% (IC95%: 74,91-87,94), enquanto a prevalência observada (capturada pelo SINAN-RJ) foi de 2,94% (IC95%: 1,09-7,66). Com 19,12% de concordância e uma concordância esperada de 19,55%, o Índice Kappa resultou em -0,0054 (p-valor 0,652). Observou-se uma acuracidade de 3,51% (n=4/114) e, conseqüentemente, uma divergência de 96,49% (n=110/114) entre os eventos violentos observados entre as duas bases de dados.

Figura 5 – *Flowchart* do relacionamento dos bancos de dados do “EVAS: Estudo de Violências e Autoavaliação de Saúde de Travestis e Mulheres Transexuais do Rio de Janeiro” e do Sistema Nacional de Agravos de Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas do Estado do Rio de Janeiro (SINAN-RJ), 2015-2020



Na tabela 6 podem ser vistos os resultados da análise bivariada com base nos registros de notificação de violência (SINAN), em relação ao observado no conjunto de travestis e mulheres transexuais do inquérito (EVAS). Os dados gerados apontam que as características sociodemográficas não interferem no processo de notificação, e do ponto de vista estatístico não foram significantes nesta análise.

Tabela 6 – Resultados da análise bivariada dos registros de notificação de violência (SINAN) no conjunto de travestis e mulheres trans inquérito EVAS. Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (n=139) (continua)

Características	SINAN NÃO (n %)	SINAN SIM (n %)
Identidade de gênero		
Travesti	35 (94,59)	2 (5,41)
Mulher trans	81 (98,78)	1 (1,22)
Outras	16 (94,12)	1 (5,88)
p valor		0,206
Orientação sexual		
Heterossexual	127 (97,69)	3 (2,31)
Homossexual/bi/outras	5 (83,33)	1 (16,67)
P valor		0,167
Situação conjugal		
Com parceiro fixo	47 (95,92)	2 (4,08)
Sem parceiro fixo	85 (97,70)	2 (2,30)
P valor		0,619
Passabilidade		
Muito	42 (97,67)	1 (2,33)
Nenhum, não muito, um pouco.	90 (96,77)	3 (3,23)
P valor		1,000
Cor/raça		
Branca	28 (100,00)	-
Não branca	104 (96,30)	4 (3,70)
P valor		0,581
Tempo de estudo		
Mais de 8 anos	84 (96,55)	3 (3,45)
Menos de 8 anos	48 (97,96)	1 (2,04)
P valor		1,000
Ocupação		
Não	25 (100,00)	-
Sim	107 (96,40)	4 (3,60)
P valor		1,000
Idade		
Acima de 35 anos	70 (98,59)	1 (1,41)
Abaixo de 35 anos	62 (95,38)	3 (4,62)
P valor		0,348
Carteira assinada		
Não	52 (100,00)	-
Sim	80 (95,24)	4 (4,76)
P valor		0,298
Profissional do sexo		
Não	107 (97,27)	3 (2,73)
Sim	25 (96,15)	1 (3,85)

Tabela 6 – Resultados da análise bivariada dos registros de notificação de violência (SINAN) no conjunto de travestis e mulheres trans inquérito EVAS. Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (n=139) (conclusão)

P valor		0,577
Capital do RJ		
Vive na capital do RJ	35 (100,00)	-
Não vive na capital do RJ	97 (96,04)	4 (3,96)
P valor		0,572
Condição de moradia		
Boas condições	83 (97,65)	2 (2,35)
Más condições	49 (96,08)	2 (3,92)
P valor		0,631
Moradia fixa		
Sim	127 (96,95)	4 (3,05)
Abrigo	4 (100,00)	-
Rua	1 (100,00)	-
P valor		1,000

Fonte: A autora, 2021.

Na tabela 7 podem ser observados os resultados da análise bivariada dos tipos de violência *versus* a variável desfecho SINAN. Os achados apontam que 62 participantes já vivenciaram alguma forma de violência psicológica (menor ou grave) e desse total, apenas 2 (3,23%) foram encontradas notificadas no SINAN, já as que sofreram algum tipo de injúria (menor ou grave), nenhuma foi encontrada no SINAN, sobre algum tipo de violência sexual obteve-se resultado de 5% e alguma forma de violência física foi de 4%. Outros resultados podem ser conferidos abaixo.

Tabela 7 – Resultados da análise bivariada dos registros de notificação de violência (SINAN) com relação as violências observadas no conjunto de travestis e mulheres trans do inquérito (EVAS). Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (n=139) (continua)

Variáveis	SINAN	
	NÃO	SIM
Violência psicológica menor contra a mulher	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	75 (97,40%)	2 (2,60%)
Sim	60 (96,77%)	2(3,23%)
p valor	-	1,000
Violência psicológica grave contra a mulher	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	95 (96,94%)	3 (3,06%)
Sim	40(97,56%)	1 (2,44%)
p valor	-	1,000
Alguma forma de violência psicológica contra a mulher (menor ou grave)	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	75 (96,40%)	2 (2,60%)
Sim	60 (96,77%)	2 (3,23%)
p valor	-	1,000

Tabela 7 – Resultados da análise bivariada dos registros de notificação de violência (SINAN) com relação as violências observadas no conjunto de travestis e mulheres trans do inquérito (EVAS). Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (n=139) (continuação)

Injúria menor contra a mulher	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	102 (96,23%)	4 (3,77%)
Sim	33 (100%)	-
p valor	-	0,572
Injúria grave contra a mulher	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	119 (96,75%)	4 (3,25%)
Sim	16(100%)	-
p valor	-	1,000
Alguma forma de injúria/dano contra a mulher (menor ou grave)	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	102(96,23%)	4 (3,77%)
Sim	33(100%)	-
p valor	-	0,572
Violência sexual menor contra a mulher	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	117 (97,50)	3 (2,50%)
Sim	18 (94,74%)	1 (5,26%)
p valor	-	0,448
Violência sexual grave contra a mulher	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	130 (97,01%)	4 (2,99%)
Sim	5 (100%)	-
p valor	-	1,000
Alguma forma de violência sexual contra a mulher (menor ou grave)	135 (97,12%)	4 (2,88%)
Não	116 (97,48%)	3 (2,52%)
Sim	19 (95%)	1(5%)
p valor	-	0,467
Violência física menor contra a mulher	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	87 (97,75%)	2 (2,85%)
Sim	48(96%)	2(4%)
p valor	-	0,619
Violência física grave contra a mulher	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	103 (97,17%)	3 (2,83%)
Sim	32 (96,97%)	1 (3,03%)
p valor	-	1,000
Alguma forma de violência física contra a mulher (menor ou grave)	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	87 (97,75%)	2 (2,25%)
Sim	48 (96%)	2 (4%)
p valor	-	0,619
Violência por parceiros íntimos (VPI)	135 (97,12%)	4 (2,88%)
Não	74 (97,37%)	2 (2,63%)
Sim	61 (96,83%)	2 (3,17%)
p valor	-	1,000

Tabela 7 – Resultados da análise bivariada dos registros de notificação de violência (SINAN) com relação as violências observadas no conjunto de travestis e mulheres trans do inquérito (EVAS). Rio de Janeiro e região metropolitana, 2018-2020 (n=139) (conclusão)

Agressão física por desconhecido	135 (97,12%)	4 (2,88%)
Não	69 (97,18%)	2 (2,82%)
Sim	66 (97,06%)	2 (2,94%)
p valor	-	1,000
Agressão física por amigo(a) ou colega	135 (97,12%)	4 (2,88%)
Não	84 (95,45%)	4 (4,55%)
Sim	51(100%)	-
p valor	-	0,296
Agressão física por algum membro da família	135 (97,12%)	4 (2,88%)
Não	86 (96,63%)	3 (3,37%)
Sim	49 (98%)	1 (2%)
p valor	-	1,000
Atentado de morte nos últimos doze meses	135 (97,12%)	4 (2,88%)
Não	110 (97,35%)	3 (2,65%)
Sim	25 (96,15%)	1 (3,85%)
p valor	-	0,568
Atentado de morte alguma vez na vida	135 (97,12%)	4 (2,88%)
Não	64 (96,97%)	2 (3,03%)
Sim	71 (97,26%)	2 (2,74%)
p valor	-	1,000
Discriminação pela identidade de gênero	135 (97,12%)	4 (2,88%)
Não	33 (97,06%)	1 (2,94%)
Sim	102 (97,14%)	3 (2,86%)
p valor	-	1,000
Discriminação pela orientação sexual	135 (97,12%)	4 (2,88%)
Não	49 (98%)	1 (2%)
Sim	86 (96,63%)	3 (3,37%)
p valor	-	1,000
Alguma forma de discriminação na vida	135 (97,12%)	4 (2,88%)
Não	14 (93,33%)	1 (6,67%)
Sim	121 (97,58%)	3 (2,42%)
p valor	-	0,370
Violência Comunitária	135(97,12%)	4 (2,88%)
Não	37 (97,37%)	1 (2,63%)
Sim	98 (97,03%)	3 (2,97%)
p valor	-	1,000

Fonte: A autora, 2021.

4 DISCUSSÃO

Apesar das violências serem um assunto amplamente debatido por diversas áreas em todo o mundo, no Brasil são poucos os estudos que debatem as notificações das violências perpetradas contra as travestis e as mulheres trans, o que dificulta comparações dos resultados aqui encontrados. No entanto, se faz necessário discutir os resultados aqui obtidos. Ao analisar as prevalências de violências vivenciadas pelo conjunto de travestis e mulheres trans no município do Rio de Janeiro e região metropolitana, observou-se que elevada prevalência das violências comunitárias, com relação as violências entre parceiros íntimos, podem ser destacadas a violências psicológica, seguida da violência física e sexual.

Os resultados aqui encontrados remetem a uma realidade preocupante: a inserção das travestis e de mulheres trans num cenário de violência diária. A violência psicológica aqui relatadas pelas participantes desta pesquisa foram as mais frequentes e são corroboradas por achados em outras pesquisas que traçaram o perfil das violências perpetradas contra as travestis e as mulheres trans, ambas tendo como cenário o interior do nordeste brasileiro, apresentando como resultados 40,1% e 58, 33% (PARENTE *et al*, 2018; SILVA *et al*, 2016). A violência psicológica também se mostra prevalente em estudos que abordam as violências contra as mulheres cis gênero, os resultados aferidos apontaram que 80,2% já vivenciaram violência psicológica ao menos uma vez na vida (DIAS *et al*, 2021).

Já a violência física é a segunda mais prevalente relata pelas participantes do estudo, assim como aponta o Relatório de Violências LGBTfóbicas no Brasil em 2016, elaborado pelo Ministério dos Direitos Humanos, onde observou 24,6% das travestis já sofreram violência física. Vale ressaltar que o Relatório trabalhou com o conjunto de pessoas transexuais e não realizou as análises divididas por mulheres e homens transexuais, assim não foi possível comparar com os resultados aqui obtidos. Além desta, outros tipos de violências também foram caracterizados e discutidos (BRASIL, 2018). As violências físicas também se encontram presentes na vida cotidiana das mulheres cis gênero, com prevalência de 9,28% (IC95% 7,6 – 11,3), sendo a segunda mais frequentes das VPI cis heteronormativos (LEITE *et al*, 2019).

A violência sexual também está presente entre as mais frequentes perpetradas contra esta população, apresentando prevalência de 25% e 18,4%, respectivamente em dois estudos realizados no interior do nordeste brasileiro, o que ratifica o resultado encontrado nesta

pesquisa (SILVA *et al*, 2016; ALENCAR *et al*, 2016). Esse tipo de violência quando comparada com as praticadas por parceiros íntimos cis heteronormativos, apresenta uma prevalência de 5,33% (IC95% 4,1 – 7,0), a qual foi relatada como tendo ocorrido no período de 12 meses. Em geral, esse tipo de violência cometida pelo parceiro íntimo não é percebido tão facilmente pelas mulheres cis gênero, devido a cultura patriarcal que associa prática sexual ao dever da esposa, mesmo que de forma não consensual (LEITE *et al*, 2019; VASCONCELOS, 2019).

Em relação a vivência de violência comunitária aferida pelo EVAS, parte bastante significativa das participantes da pesquisa relatam já terem sido vítimas de algum tipo de violência. Destas pode ser destacada a discriminação pela identidade de gênero e a agressão física por desconhecidos. A discriminação pela identidade de gênero também foi observada no cotidiano das transexuais, destas 30% relataram já ter vivenciado discriminação. Esses dados podem ser corroborados por estudo publicado em 2021, realizado com um conjunto de travestis e mulheres transexuais no município do Rio de Janeiro e região metropolitana, onde foi possível observar que 48,6% já vivenciaram agressão física. Estes resultados confirmam que a intolerância ainda muito presente contra as travestis e as mulheres trans, podendo esta ser traduzida nos diversos casos de violência transfóbica presentes no cotidiano dessas mulheres (SILVA, 2016; SOARES *et al*, 2021a; BRASIL, 2018).

As análises bivariadas do EVAS apontaram que as VPI estão muito presentes na vida dessas mulheres, respectivamente seguida pela violência comunitária, ou seja, as respondentes estão em risco eminente de experimentar algum tipo de violência comunitária, além disso observou-se que a violência interpessoal tem como motivação a identidade de gênero e a orientação sexual.

As mulheres trans que apresentaram maior passabilidade, vivenciaram menos violências do que aquelas que apresentaram menor passabilidade, ou seja, a passabilidade torna-se fator protetor para todos os tipos de violência interpessoal. Como já exposto anteriormente, a passabilidade é entendida como a aparência que pessoa é interpretada ou percebida de acordo com o sexo que se identifica e não com o sexo que lhe foi atribuído ao nascer. De acordo com Peixoto *et al* (2020) a passabilidade se torna fator protetor reduzindo em 81% a chance da mulher trans em vivenciar violências em espaços abertos ao menos uma vez na vida.

As violências encontradas após a realização da junção dos bancos mostraram uma grande disparidade no total de usuárias participantes da pesquisa que corresponde a 139 e somente quatro destas, foram encontradas no sistema de informa de notificação de agravos

(SINAN), o que leva a reflexão da gravidade do quanto essa população está vulnerável e invisibilizada. Com relação a alguma forma de violência interpessoal esperada pela pesquisa obteve-se uma prevalência de 82,35% (IC95%: 74,91-87,94), enquanto a prevalência observada através do SINAN, foi de 2,94% (IC95%: 1,09-7,66).

Após a realização do *linkage* foi possível verificar que não foram identificados resultados estatisticamente significantes nas análises bivariadas, o que sugere que as características sociodemográficas não afetam as notificações de violência no sistema de saúde. Os dados são referentes as violências relatadas, e não correspondem à totalidade das violências perpetradas cotidianamente contra as travestis e mulheres trans. Vale ressaltar que amostra de mulheres participantes da pesquisa já está inserida no sistema de saúde, realizando acompanhamento no INI-Fiocruz. O que não condiz com a realidade da grande maioria das mulheres trans. Durante as análises dos resultados relacionados aos tipos de violências, observou-se que a maior parte das violências relatadas pelas respondentes do estudo não foram captadas pelo sistema de saúde.

A transfobia pode ser caracterizada como uma barreira para que a população trans tenha acesso aos serviços de saúde, pois quando praticada pelo profissional de saúde, leva ao constrangimento e assistência ineficaz, o que faz com que as usuárias não se sintam à vontade para relatar os problemas e não busquem a unidade em outras situações de necessidade, ou seja, não ocorre vínculo usuária-profissional. Vale ressaltar que esse cenário é preocupante em razão da subnotificação das violências transfóbicas, ou seja, o sistema de saúde está captando bem menos do que de fato está ocorrendo.

Um estudo sobre o perfil de notificações de violências contra a população LGBTQIA+ sobre os registros no SINAN no Brasil, compreendidos no período de 2015 a 2017, foram observadas que as violências associadas à identidade de gênero, a maioria das notificações, em todas as faixas etárias, foram das pessoas transexuais e travestis (46,6%) (PINTO *et al*, 2020). Em pesquisa realizada analisando o banco SINAN do estado de Pernambuco, no período compreendido de 2014 a 2019, foram observadas as notificações de violências perpetradas contra a população LGBTQIA+, onde foram encontradas apenas quatro notificações de violências contra as travestis e as mulheres trans.

Sobre a tipologia das violências, em todas as faixas etárias a violência física foi a mais frequente, desta forma distribuída segundo o ciclo de vida: física (45,9%) e sexual (40,7%) contra adolescentes de 10 a 14 anos; física e psicológica/moral contra pessoas de 15 a 19 anos de idade (70,8 e 24,1%) e contra pessoas adultas (79,1 e 30,6%); e física (73,1%) e negligência/abandono (27,7%) contra pessoas idosas. Com relação as pessoas

transgêneras, as notificações em mulheres trans foram prevalentes em todas as faixas etárias, sendo adolescentes de 10 a 14 anos 37%, idosas 36,3%, pessoas adultas 31,8% e adolescentes de 15 a 19 anos 28,2% (PINTO, *et al*, 2020).

Ao confrontar os resultados dessa pesquisa com outros estudos observa-se que as subnotificações também estão muito presentes nas situações de violências entre casais heteronormativos, cuja personagem central da violência é a mulher cis.

Alguns profissionais relatam ainda desconhecerem o SINAN e a importância das notificações, além disso percebem a notificação como uma forma denúncia, e demonstram receio em notificar por se preocuparem com retaliação, e acharem que ao realizar a notificação a mulher sofrerá as consequências desse ato, caso o parceiro descubra. Alguns profissionais ao invés de realizarem as notificações incentivam a mulher a denunciar os casos de violências, como se esse ato de incentivar a denúncia substituísse a notificação (KIND *et al*, 2013). Assim, as violências contra as mulheres são invisibilizadas e não tem a devida atenção que merece.

Em estudo realizado através da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de 2014 a 2016, profissionais de saúde inscritos em um projeto da Faculdade de Medicina, responderam a um questionário online, onde foi possível aferir que 90% dos respondentes disseram que durante a graduação não tiveram ou tiveram uma formação insuficiente para que realizassem assistência e identificação de casos de violências. Além disso, a pesquisa observou que 61,1% dos participantes desconhecem se há ou não disponibilidade de fichas de notificação de violências em suas instituições, e deste total 54,8% já realizaram atendimento a mulheres vítimas de violências. No que tange as violências, 61,1% dos participantes afirmaram que nunca recebeu nenhum treinamento para realizar atendimentos de violências (ALCÂNTARA *et al*, 2016).

Destes profissionais participantes 87,3% concordaram que denúncia e notificação são ações distintas. Em relação às características de atendimento 37,7% relataram não ser se as unidades em que trabalham se realiza notificação de violências, sendo 40,9% dos entrevistados disseram ter dificuldades no preenchimento da ficha, destes 29,2% justificaram essa dificuldade a extensão da mesma e 25,9% justificaram falta de tempo (ALCÂNTARA *et al*, 2016).

Sabe-se que a subnotificação dos casos de violência, principalmente contra a mulher, é uma realidade no Brasil e a expectativa é que as ocorrências sejam ainda mais numerosas. Isso pode ocorrer devido a inserção da violência doméstica, sexual e/ou outras como parte da lista de notificação compulsória na agenda do setor saúde de municípios brasileiros ser

relativamente recente e a incorporação dessa prática pelos profissionais de saúde ainda ocorrer de forma gradativa (VELOSO *et al*, 2013).

A subnotificação das violências também pode sinalizar a baixa qualidade do sistema de informação, em decorrências dos dados inseridos neste que ao serem analisados, não conseguem retratar a realidade da violência contra as mulheres. Soares *et al* (2021b), em seu estudo observou que a qualidade do sistema de informação perpassa, além da análise da completitude e consistência dos dados captados, mas também pela capacidade dos profissionais em obter as notificações de violência interpessoal/autoprovoçada e registrá-las no sistema. Assim, ao trabalhar os dados do sistema, por meio de indicadores, análises epidemiológicas, espera-se que esses profissionais consigam retratar a realidade da violência perpetrada contra as mulheres (SOARES, 2021b).

Em pesquisa conduzida por Kind e colaboradores (2013), cujo cenário foram as unidades de atenção primária de Belo Horizonte, Minas Gerais e foram identificadas dificuldades dos profissionais de saúde para realizar a notificação de violências contra as mulheres. As subnotificações para alguns profissionais de saúde também podem ser associadas a outros fatores como acreditar que a notificação é uma atividade burocrática, dificuldade ou constrangimento ao preencher a ficha, o não entendimento do papel da Vigilância Epidemiológica na investigação e condução dos casos, e a sobrecarga de trabalho.

Para Barufaldi *et al.* (2017), a subnotificação pode ser explicada como “invisibilidade da violência” que impossibilita seu reconhecimento, sobretudo entre parceiros íntimos, que aparece com bastante frequência na atenção primária. O desafio da saúde e dos profissionais está no reconhecimento da violência e na importância da notificação como parte da assistência as usuárias.

Se faz necessário compreender que o preenchimento do campo orientação sexual e identidade de gênero no sistema de informação possibilita reconhecer as diferenças populacionais nos indicadores de saúde e, assim, planejar estratégias que reduzam as desigualdades.

Observou-se ainda, o quão importante é a capacitação profissionais de saúde das diferentes esferas governamentais. Sendo capacitada devidamente de forma que esteja familiarizada com os fluxos para acolher e conduzir as mulheres que sofrem violência da forma mais adequada e eficiente (DELZIOVO *et al*, 2018). E durante estes treinamentos, ocorra a abordagem de conteúdos relacionados aos conceitos de gênero, sexualidade, violências, forma de preenchimento, procedimentos e fluxos de notificação de violência de

casos suspeitos e confirmados de violência, de modo a contribuir para assistência mais qualificada e registros de informação mais completos (DELZIOVO *et al*, 2018; MELO *et al*, 2021).

De acordo com Santos & Lima (2020), trabalhadores instruídos são multiplicadores de conhecimento para o público-alvo dos serviços de atendimento além de contribuir para uma abordagem mais eficiente de atenção à saúde da mulher. A subnotificação é um dos maiores impasses da notificação das violências, o que acarreta a invisibilidade política e institucional da população LGBTQIA+ que são atendidas nos serviços de saúde (KIND *et al.*, 2013).

Ademais, a subnotificação é um problema que impede a mensuração desse cenário de violência no Brasil, no entanto, esta foi agravada durante a pandemia, resultando em uma realidade equivocada na quantidade de casos e dificultando diretamente estratégias para controle dos casos e proteção da vítima (OKABAYASHI *et al*, 2020).

A subnotificação das violências pode ser acrescida às poucas informações existentes nas fichas de atendimento, refletindo novamente a vulnerabilidade feminina no ato de denunciar, tendo em vista que essas questões são relatadas pelas vítimas e muitas vezes não são de seu conhecimento. Nesse sentido, para combater a realidade evidenciada é necessário a efetivação de estratégias de prevenção a essa problemática, mediante a implementação de ações educativas que envolvam também a população (MELO *et al*, 2021).

De acordo com Melo (2021), outros fatores importantes podem ser considerados, além da análise dos dados obtidos, no Brasil, existe prevalência da subnotificação dos casos de violência contra a mulher, produzindo uma falsa realidade da quantidade de casos existentes; e o isolamento social orientado pela OMS começou, no Brasil, no mês de março de 2020, portanto, não ocorreu muita alteração no número de casos, dado que o isolamento foi colocado em prática por pouco tempo. Devido ao impacto do isolamento social na violência contra a mulher, poderá ser mais bem avaliado após esse período de pandemia (MELO *et al*, 2021).

4.1 Limitações do estudo

Embora este estudo tenha aprofundado na investigação da notificação das violências contra as travestis e as mulheres trans, vale ressaltar que os achados deste estudo, foram

observados num grupo de mulheres que possuem acesso aos serviços de saúde ofertados pelo INI-Fiocruz, o que não é a realidade da maioria das mulheres. Também pode ser destacada a baixa captação das violências ocorridas pelo sistema de saúde. Além disso, por ser um estudo transversal, já impõe automaticamente o viés de causalidade reversa. Em suma, existe ainda a possibilidade de viés de memória, onde os abusos psicológicos tendem a ser menos percebidos através do processo de naturalização da violência.

4.2 Aplicações para a Enfermagem e a Saúde Coletiva

A notificação da violência interpessoal e autoprovocada é uma atribuição institucional, competindo aos serviços, representados pelas figuras dos gestores e profissionais de saúde, a responsabilidade de realizar a notificação compulsória de acordo com a legislação vigente. Sendo de competência da gestão local traçar as estratégias de acompanhamento dos casos e apoio aos profissionais (BRASIL, 2016).

Desta forma, todos os profissionais de saúde devem notificar, sendo tida como compulsória em conformidade com a legislação. Não sendo este um ato restrito a uma determinada categoria profissional, além disso, o ideal é que o profissional que realizou o atendimento também faça a notificação. Entretanto, a equipe ou o serviço de saúde possui autonomia para definir qual profissional preencherá a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, de acordo com o contexto de cada caso (BRASIL, 2017).

A notificação compulsória das violências interpessoais e autoprovocadas no âmbito da Saúde não é um instrumento de denúncia, mas sim de garantia de direitos e disparador da linha de cuidado, além de um gerador de dados epidemiológicos. A responsabilização do autor da violência cabe aos órgãos da Segurança Pública e Justiça. A notificação é um ato sigiloso, além disso os dados gerados através dela são encaminhados para o setor de vigilância do município. Competindo ao profissional de saúde acolher, atender a pessoa em situação de violência, notificar o agravo e efetivar o encaminhamento do caso de acordo com fluxo de assistência e/ou linha de cuidado (BRASIL, 2019).

Faz-se necessário o aprimoramento no preenchimento da ficha de notificação de violências no SINAN, considera-se importante o desenvolvimento de processos de educação permanente para sensibilizar e instrumentalizar o profissional de saúde na produção de dados qualificados. Também se torna importante a necessidade de devolutiva das

informações construídas aos profissionais que realizaram as notificações (DELZIOVO *et al*, 2018).

Sendo assim, a vigilância epidemiológica de violências requer a observação e análise do comportamento deste agravo, ao obter dados sobre a sua natureza e contribuir com o desenvolvimento de ações para confrontar em uma perspectiva intersetorial (DELZIOVO *et al*, 2018).

Trata-se de uma temática que precisa estar inserida na formação dos profissionais de saúde desde a graduação, devendo ser intensificada na pós-graduação e no campo de trabalho. A subnotificação é uma realidade que precisa ser mudada, à medida que interfere diretamente nos dados epidemiológicos e nas ações a serem desenvolvidas através deles. Espera-se que esses achados possam contribuir na busca de alternativas que melhorem os processos de trabalho, a reconhecer que a notificação é importante para a Vigilância em Saúde, e auxiliar na quebra de paradigma no que diz respeito ao enfrentamento das violências contra as travestis e mulheres transexuais.

Ademais, ampliar o debate acerca das notificações de violências contra as mulheres trans.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar as diferenças entre o perfil de violências íntimas notificadas na base de dados do SINAN em comparação com o observado no conjunto de Travestis e Mulheres Trans entrevistadas pelo projeto EVAS no município do Rio de Janeiro. Ainda que os resultados aqui sejam de grande relevância, o estudo merece aprimoramento por meio de novas análises, e aponta a subnotificação de violências na população de travestis e mulheres transexuais de modo homogêneo em relação a amostra investigada. O fato de ser travesti ou transexual parece ser um fenômeno de barreira ao processo de notificação pelos sistemas de saúde, aspecto que precisa ser enfrentado. É importante que sensibilizar os profissionais para as questões referentes ao gênero e sexualidade, para capturar as violências vivenciadas por essas mulheres, e tenham a assistência adequada, incluindo as notificações.

No processo de construção da pesquisa foi possível observar que são poucos os estudos que tornam a temática tornando-a mais visível, auxiliando na quebra de paradigma no que diz respeito ao enfrentamento das violências contra as travestis e mulheres transexuais. Compreender a violência contra as mulheres trans e torná-la visível é uma forma para desenvolver medidas preventivas e proteger essa população tão vulnerável. É notória a necessidade de mudanças e adequações na assistência prestada através do SUS, no entanto, os profissionais que o constituem podem torná-lo mais igualitário, equitativo e tentar assegurar os princípios que o regem.

A utilização de sistemas torna-se importante à medida que este contribui para auxiliar no planejamento e definir prioridades para que sejam realizadas intervenções adequadas na saúde. O uso do SINAN, em conjunto com os outros Sistemas de Saúde, torna-se uma ferramenta de grande importância na formulação e avaliação de políticas públicas, planos e programas de saúde, produzindo subsídios para o processo de tomada de decisão, com o objetivo de contribuir para a melhoria do panorama da saúde.

As subnotificações podem comprometer diretamente o planejamento das ações prevenção e controle epidemiológico visto que as inferências das magnitudes das violências baseiam-se em dados não fidedignos de uma realidade epidemiológica. Diante dos achados podemos ainda refletir que o ato de notificar tardiamente ou deixar de notificar, pode ainda ser considerado como uma violação dos direitos da mulher.

Faz-se necessário também desenvolver ações de educação permanente para que os profissionais de saúde, além de terem, conhecimentos técnicos-científico se sensibilizem e percebam a importância em notificar as violências, e possam ofertar assistência de integral e de maior qualidade não só as mulheres, mas a todas as pessoas em situação de violência. Por fim, destaca-se que o silenciamento e invisibilidade das violências neste contexto, no âmbito social e institucional, reflete a inibição dos direitos humanos dessa população tão estigmatizada.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M. C. M. D. *et al.* Atenção à mulher em situação de violência: visão e conhecimento dos profissionais de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 26, n. 8, p. 51-56, dez./2016. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2122>. Acesso em: 6 out. 2020.

ALENCAR, G.; NEVES, D.; PARENTE, J. Assistência a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais Vítimas de Violência nos Serviços de Saúde. **Saúde & Transformação Social**, [s.l.], v. 7, n. 3, p. 36-48, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265347623007>. Acesso em: 2 jan. 2022.

ARENDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

BARUFALDI, L. A. *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]., v. 22, n. 9, p. 2929-2938, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v.3 ed. 21, 2003. Disponível em: <<https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2288-3-21.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder legislativo, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Seção 1. Disponível em:<<http://portalms.saude.gov.br/>> Acesso em: 7 Jan 2019.

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, DF: Ministério da Saúde, 2013. 32 p.il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Especializada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>. Acesso em: 9 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN-RJ**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/site/Conteudo/Vigilancia.aspx?Area=ASINFO>. Acesso em: 7 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Secundária**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 9 ago. 2019.

BRASIL. Ministério de Direitos Humanos. **Violência LGBTQfóbicas no Brasil: dados da violência. 2018**. Brasília: Ministério de Direitos Humanos, 2018, 79 p. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/consultorias/lgbt/violencia-lgbtfobicas-no-brasil-dados-da-violencia>. Acesso em: 17 de jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BENEVIDES, Bruna G; NOGUEIRA, Sayonara N. B. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020. P.80.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados** (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, RS: Artemed, 2002. (Original publicado em 1979)

BRONFENBRENNER, Urie. *Making human being's human: Bioecological perspectives on human development*. 2004. Thousand Oaks, CA: Sage.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARRARA, S., SAGGESE, G. **Masculinidades, violência e homofobia**. In: GOMES, R., org. *Saúde do homem em debate* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, Cap. 9. p. 201-225. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-10.pdf> Acesso em: 28 maio 2020.

CABRAL, Vinicius. ORNAT, Marcio J. SILVA, Joseli M. As relações entre espaço, violência e a vivência travesti na cidade de Ponta Grossa – Paraná - Brasil. **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente, n.35, Volume Especial, p.118-135,2013.

CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da Violência 2019**. Brasília. IPEA, 2019. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_at_las_da_violencia_2019.pdf> Acesso em: 30 jul. 2019.

CUNDA, B. V. *et al.* Vigilância da Violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2014 a 2017). **Boletim epidemiológico**, Rio Grande do Sul, v. 20, n. 1, p. 10-16, jun./2018.

Disponível em: <<https://cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201906/17101703-1906-vigilancia-da-violencia-no-riogrande-do-sul-panorama-da-qualidade-e-da-quantidade-das-informacoes-no-sistema-de-informacao-de-agravos-de-notificacao.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2020.

CUZBA, Jessica Nathalia de Souza. **Violência entre parceiros íntimos homossexuais**. 2015, 93 p. Dissertação de mestrado (Psicocriminologia). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Petrópolis- RJ. Disponível em <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4527/1/19781.pdf>> Acesso em: 10 de mar. 2018

DAHLBERG, Linda L.; et al. **Violência: um problema global de saúde pública**. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar 2018.

DEPRET, D.; NETO, M.; ACIOLI, S.; CABRAL, I. E.; CARAVACA-MORERA, J; RAFAEL, R. de M. R. Acesso de travestis e mulheres transexuais a serviços de Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e2149108595, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8595. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8595>>. Acesso em: 24 out. 2020.

DEPRET, D. G. **Acesso de travestis e mulheres transexuais aos Serviços de Saúde: Subsídios para um cuidado equânime**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2019.

Delziovo, Carmem Regina et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2018, v. 27, n. 1, e20171493. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100003>>. Epub 01 Fev 2018. Acesso em: 19 fev. 2022.

DIAS, L. B.; PRATES, L. A. ; CREMONESE, L. . **Perfil, Fatores De Risco E Prevalência Da Violência Contra A Mulher. Sanare (Sobral)**, v.20, p. 102-114, 2021. Disponível em <: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1555>>. Acesso em: 26 dez. 2021.

FELLEGI, IP, Sunter AB. A theory for record linkage. *Journal of the American Statistical Association*.1969;64(328):1183-210.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: A vontade de saber**. 13. ed. Traduzido por Maria Thereza da Costa Albuquerque *et al.* V. 1. São Paulo: Graal, 1998.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, junho 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601879&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2020.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p.789-796, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2017.

HEILBORN, Ma. Luiza. **Gênero, sexualidade e Saúde** in Silva, Dayse(org) Saúde, Rio de Janeiro, Eduerj, 1997.

HEILBORN, M. L. “Construção de si, gênero e sexualidade”. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**, Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Disponível em < <https://ibge.gov.br> > Acesso em 10 jul. 2019

JESUS, Jaqueline Gomes de. Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos. Brasília: Autor, 2012. Disponível em: Acesso em: 24 ago. 2020.

FERREIRA, L. K. M. D. L. P. O. V. N. L. G. G. A. D. S. M. F. F. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. . **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set./2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2013.v29n9/1805-1815/pt/>. Acesso em: 2 jan. 2022

KRUG, E. G.; Dalhberg, L. L; Mercy, J. A; et al. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS; 2002.

LEITE, F. M. C. *et al.* Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. . **Revista Brasileira de Epidemiologia** , São Paulo, v. 22, n. 1, p. 1-14, dez./2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/jMJhN76v8PgW4nwZP6Djkzh/?lang=pt>. Acesso em: 2 fev. 2022.

LEVY, Nathalia Levy; ZANETTINI, Germana. **Como a LGBTfobia se esconde no Brasil?** 2016. Disponível em:< <http://www.geledes.org.br/como-lgbtfobia-se-esconde-no-brasil-huffpost-brasil-com-caj/#gs>. Acesso em: 25 de jul. 2019.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós estruturalista**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1997. p. 14-36

LOVISON, Robson; ASC, Tania Maria. Travestis e Transexuais: Despindo as Percepções Acerca do Acesso e Assistência em Saúde. **Enfermagem em Foco [online]**, v. 10, n. 5, p. 167-172, 2019. Disponível em:<https://www.researchgate.net/profile/Rosana_Ascari2/publication/341770508_Travestis_e_transexuais_despindo_as_percepcoes_acerca_do_acesso_e_assistencia_em_saude/links/5f314d0e299bf13404b46a46/Travestis-e-transexuais-despindo-as-percepcoes-acerca-do-acesso-e-assistencia-em-saude.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

MELO, M. A. D. S. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 71, p. 1-17, jun./2018. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/104>. Acesso em: 8 mar. 2022.

MELO, C. A. de S *et al.* Profile of the aggressor and factors associated with violence against women in the Municipality of Marabá - PA. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e334101119572, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19572. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19572>. Acesso em: 8 mar. 2022.

MORAES, Claudia Leite; HASSELMANN, Maria Helena; REICHENHEIM, Michael E.. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais.. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 163-176, fev./2002. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100017&lng=en. Acesso em: 10 ago. 2021.

OKABAYASHI, N. Y. T. *et al.* Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil - impacto do isolamento social pela COVID-19. **Brazilian Journal of the health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 4511-4531, jun./2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9998/8381>. Acesso em: 12 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS; 2002.

PARENTE, Jeanderson Soares, Lira dos Santos Moreira, Felice Teles e Alencar Albuquerque, Grayce. Violência física contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do nordeste brasileiro. **Revista de Salud Pública** [online], v. 20, n. 4, p. 445-452, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.62942>. Acesso em: 18 jun. 2020.

PEIXOTO, E. M. et al. Interpersonal Violence and Passing: Results from a Brazilian Trans-specific Cross-sectional Study. *J Interpers Violence* [Internet]. 2021. P.1-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/08862605211005152>. Acesso em jun. 2021.

PEREIRA, D. M. R. *et al.* A incipiência no registro de informações sobre as pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travesti e Transexuais gera um apagamento desta população nos diversos sistemas de informação em saúde e contribui para aumentar ainda mais a violência. Verifica-se um alto número dos campos orientação sexual e ide. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 7335-7352, jan./2022. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/43344/33518>. Acesso em: 25 fev. 2022.

PINTO, Isabella Vitral et al. **Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017**. Rev. Bras. Epidemiol. Rio de Janeiro, v. 23, supl. 1, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2020000200404&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2020.

RAFAEL, R. De M. R.; MOURA, Anna Tereza Miranda Soares De. **Considerações Éticas Sobre Pesquisas Com Mulheres Em Situações De Violências**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013;66(2):287-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/21.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo; MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de. **Violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para inadequação no rastreamento do câncer de colo de útero**. Cad. Saúde Pública 2017; 33(12). Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/public_site/arquivo/1678-4464-csp-33-12-e00074216.pdf >. Acesso em: 20 abr. 2018.

RAFAEL, R.M.R; VELASQUE, L.S. **Estudo sobre Violências e Autoavaliação de Saúde em Travestis e Mulheres Transexuais (EVAS): Projeto de Pesquisa**. Rio de Janeiro, 2018.

RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura. **Rio em Síntese**. Data Rio. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2019. Disponível em: <http://www.data.rio/pages/rio-em-sntese-2>. Acesso em: 5 Maio 2019.

RIO DE JANEIRO (RJ). Prefeitura. Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro. **Rio de Janeiro e as regiões administrativas**. Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a> Acesso em: 5 maio 2019.

RUBIN, G. **O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política do sexo in: Políticas do Sexo**, São Paulo, 2017 pp 9-62 [Ed.or 1975].

SALVATERRA, Bárbara. **Mulheres e Meninas em Situação de Violência no Estado do Rio de Janeiro: notificação em saúde e recorrência**. 2016. 148 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências, Departamento de Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SÃO PAULO (estado). Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. **Diversidade sexual e cidadania LGBT**. 2. ed. São Paulo: IMESP, 2017. p. 48. Disponível em: http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/Programas/Projetos/CPDS/Cartilha_Diversidade.pdf . Acesso em: 25 set. 2020.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria do Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Rio de Janeiro: SES, 2012. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/instrumentos-deplanejamento-do-sus/estado/plano-estadual-de-sau-de.html>. Acesso em: 9 jan. 2019.

SILVA, Glauber Weder dos Santos *et al.* Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000200404&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 20 mar. 2020.

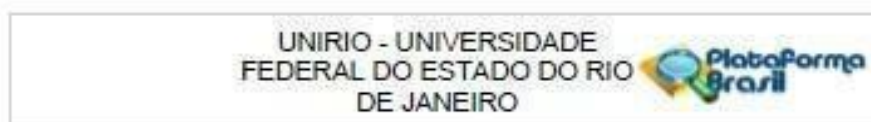
SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, jul./dez. 1995.

SOARES, J. R. T.; QUEIROZ JUNIOR, A. S. de .; KNUPP , V. M. de A. O.; PEIXOTO, E. M.; ANDRADE , L. M. de M.; SAMPAIO, F. de J. N. .; DEPRET, D. G.; GIL, A. C.; MELO, L. C. S. de; RAFAEL , R. de M. R. .; VELASQUE , L. de S. Community violence experienced by the population of transvestites and transsexual women in Rio de Janeiro: a cross-sectional study. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. e30310414155, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.14155. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14155>. Acesso em jul. 2021.

SOARES, Cássia Virgínia Pereira. **Qualidade dos dados das notificações de violência contra mulheres no Estado de Minas Gerais, 2011 a 2018**. 2021b. Dissertação. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/50185>. Acesso em: 26 fev. 2022.

VELOSO, Milene Maria Xavier et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, maio 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000500011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 fev. 2020.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado de Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (EVAS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EVAS- Estudo sobre as violências e a autoavaliação de saúde das travestis e mulheres transexuais

Pesquisador: Luciane de Souza Velasque

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07517419.0.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
FUN CARLOS CHAGAS F. DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FAPERJ
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.182.376

Apresentação do Projeto:

De difícil conceituação e de causalidade diversa, o fenômeno das violências vem ganhando cada vez mais espaço nas agendas de pesquisa. No entanto, parece que o crescimento em volume e diversidade dos produtos não é linear, sendo ainda escassa a produção de conhecimento sobre os grupos denominados "minorias sexuais". Ao contemplar a multiplicidade de identidades de gênero nesta análise, as lacunas tomam-se ainda mais acentuadas e visíveis. Em parte, pela própria dificuldade de composição de quadros amostrais capazes de representar esta produção. De outro lado, pela possibilidade que a cultura heterocisnormativa também alcance os espaços acadêmicos. Com vistas a superar esta e outras lacunas este projeto tem como objetivo geral: analisar as formas de violências vivenciadas por um conjunto de travestis e mulheres transexuais do município do Rio de Janeiro e suas relações com a autoavaliação em saúde e as violências autoprovocadas. Para isso, optou-se por desenhar um estudo transversal a partir do conjunto de mulheres transexuais e travestis recrutadas por técnica de Respondent Driven Sampling em outro projeto intitulado "Transcender" em acompanhamento no Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e AIDS (LapCIn-AIDS), do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Considerando que quase a totalidade de sujeitos estão sendo acompanhadas no ambulatório do Instituto Nacional de Infectologia, no Rio de Janeiro. Realizar-

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7196 E-mail: cep.unirio03@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer 3.102.370

se-a um conjunto de entrevistas com Instrumental específico e que captura uma variedade tipológica das violências interpessoais. As análises contemplarão dois desfechos: a autoavaliação em saúde e as violências autoprovocadas (Ideação suicida, tentativa de suicídio e autolesão/automutilação). A possibilidade de analisar os traumas por experiências violentas na infância, a violência entre parceiros íntimos e a diversidade de violências comunitárias em relação aos desfechos é, certamente uma das principais contribuições deste projeto. Por fim, acredita-se que compreensão dos fatores associados a estes eventos e suas possíveis repercussões pareça fundamental para a orientação e a (re)formulação de políticas públicas para o enfrentamento das violências e a promoção de uma cultura de paz.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as formas de violências vivenciadas por um conjunto de travestis e mulheres transexuais do município do Rio de Janeiro e suas relações com a autoavaliação em saúde e as violências autoprovocadas.

Objetivo Secundário:

Estimar as prevalências de violência interpessoal do tipo familiar na infância, íntima e comunitária, e seus fatores associados; estimar as prevalências de Ideação suicida e tentativa de suicídio e seus fatores associados; e analisar a percepção sobre a autoavaliação de saúde e a ocorrência de violência autoprovocada em função das violências sofridas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por tratar de um conjunto condições estigmatizantes e geradoras de sofrimento psíquico, existe risco potencial para as participantes, porém compreendido como "risco mínimo" pela equipe de pesquisadores. Tais riscos serão minimizados por meio de aconselhamento pré e pós aplicação dos procedimentos de pesquisa, e com acompanhamento e encaminhamento, quando se fizer necessário. Destaca-se que a equipe de pesquisadores responsáveis monitorará o processo e, sempre que for detectada a ampliação dos riscos de sofrimento psíquico, as entrevistas poderão ser imediatamente interrompidas e as participantes encaminhadas para acompanhamento ambulatorial no Instituto.

Como forma de garantia da privacidade e confiabilidade, as entrevistas ocorrerão em ambientes privados, além de não serem coletadas as informações que possibilitem a identificação das participantes. Os formulários receberão um número de identificação (ID) que será utilizado para a composição dos bancos de dados, utilizando a primeira letra do nome e sobrenome, e números

Endereço: Av. Pasteur, 295
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2543-7798 E-mail: cep.unirio06@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 3.102.370

sequenciais (Eg.: RM001). Os tablets serão protegidos por senha, sendo acessados somente pelos assistentes de pesquisa e coordenadores do projeto, assim como os dados serão criptografados e bloqueados após a conclusão dos procedimentos de coleta.

Benefícios:

Os potenciais benefícios para as participantes incluem: detecção de riscos para suicídio e violências graves, com ulterior oferta de encaminhamento para acompanhamento terapêutico no nível ambulatorial e para os dispositivos do sistema de proteção, quando se fizer necessário e após o consentimento das participantes. Quanto aos benefícios da comunidade de mulheres transexuais e travestis, tem-se a produção de dados que subsidiarão a (re)formulação de políticas e estratégias de saúde e demais equipamentos sociais que construam rede de proteção e de garantia de direitos. Também é importante citar que uma das metas deste projeto é justamente a construção coletiva de um conjunto de recomendações para o cuidado dessas pessoas, o que se fará por meio da participação e crítica da própria comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e de grande contribuição social. Os riscos previstos foram adequadamente descritos, assim como o seu tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

Folha de rosto adequada
Anuência da co-participante
Instrumento de coleta de dados
TCLE em linguagem adequada

Recomendações:

Inserir Termo de Compromisso do Pesquisador

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	31/01/2019		Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7706 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.102.376

Básicas do Projeto	ETO_1290726.pdf	17:53:07		Aceito
Outros	carta.pdf	31/01/2019 17:52:23	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Outros	instrumento.pdf	31/01/2019 17:52:00	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/01/2019 17:51:21	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	VersaoCEP30012019.pdf	31/01/2019 17:51:07	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Folha de Rosto	fEvas.pdf	31/01/2019 17:49:30	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Março de 2019

Assinado por:
Renata Flavia Abreu da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 208
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7798 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B – Parecer Consubstanciado de Aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (Efeitos da identidade (trans)gênero e orientação sexual sobre a notificação e mortalidade por violências: um estudo de coorte)

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos da Identidade (trans)gênero e orientação sexual sobre a notificação e mortalidade por violências: um estudo de coorte

Pesquisador: Ricardo de Mattos Russo Rafael

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52027421.2.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.009.244

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de coorte não-concorrente, de seguimento passivo por meio de relacionamento de bancos de dados com técnica de linkage probabilístico entre a ocorrência de alguma forma de violência identificada em banco oriundo de Inquérito primário (EVAS), de violência notificada no SINAN e de óbitos (por todas as causas e por causas violentas). O tempo inicial do seguimento (t0) será a data da primeira ocorrência de primeira violência identificada / notificada no sistema de informação no período de 15 de junho de 2015 (data de inclusão das variáveis "orientação sexual" e "identidade de gênero" na ficha do SINAN) a 31 de dezembro de 2020. O tempo final do seguimento (t1) será considerado como 31 de dezembro de 2020 ou quando o acompanhamento cessar por ocorrência do desfecho (óbitos por todas as causas ou óbitos por causas violentas). Por fim, será realizada análise de sobrevivência para a determinação do risco de morrer por causas violentas em função da orientação sexual e da identidade de gênero, conforme delineamento da investigação. Como cenário do estudo tem-se o Estado do Rio de Janeiro e os seus 92 municípios.

Todos os dados deste estudo são provenientes de bancos dados. São eles: EVAS, SINAN/RJ e SIM/RJ.

Com a constituição da coorte, a análise de dados contará com um conjunto de técnicas, dentre elas a análise de sobrevivência com Regressão de Cox proporcional.

Todos os dados deste estudo são provenientes de bancos dados. São eles: EVAS, SINAN/RJ e

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 5ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-000
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.009.244

SIMRJ

O desfecho primário deste estudo foi a variável óbito (por todas as causas e por causas violentas). Sua composição utilizou a Classificação Internacional de Doenças v. 10 (CID-10)(61)

O desfecho secundário deste estudo será a variável notificação de violentas no SINAN, sendo considerada toda e qualquer entrada no Sistema.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os efeitos do gênero e da orientação sexual sobre as notificações no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e sobre o risco de morte (todas as causas e causas violentas) a partir do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) entre 2015 a 2020.

Objetivos Secundários:

- (1) Realizar o relacionamento do banco de dados do estudo EVAS com os bancos de dados do SINAN e do SIM;
- (2) Analisar os fatores associados à notificação de violências no conjunto de mulheres investigadas no estudo EVAS;
- (3) Estimar os efeitos das variáveis orientação sexual e identidade de gênero sobre os riscos de mortalidade (todas as causas e causas violentas);
- (4) Testar a interação entre orientação sexual e a identidade de gênero sobre os riscos de mortalidade (todas as causas e causas violentas); e
- (5) Analisar o perfil de notificação e de risco de morte (todas as causas e causas violentas) antes (2015-2019) e durante (2020) a pandemia de COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Acredita-se que o estudo ofereça risco mínimo aos participantes, como no caso de danos materiais às informações, já que o estudo utiliza fonte de dado secundária. O nome dos participantes será necessário para a realização do relacionamento entre as bases de dados provenientes do banco de dados do estudo EVAS, do SINAN e do SIM. Entretanto, reafirma-se que após o relacionamento das bases, os nomes serão codificados e separados. O arquivo com os nomes conterá apenas o nome completo (civil e social, quando aplicável), o nome da mãe, a data de nascimento e a respectiva codificação, não fazendo menção a qualquer outro dado. Esta base será criptografada e atribuída senha. Por meio de um HD externo com backup em pendrive, esta base será armazenada em sala do grupo de pesquisa em armário próprio para o estudo e com

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: S.003.244

acesso restrito ao pesquisador responsável.

Justifica-se este armazenamento para a implementação de seguimento futuro, estimado em 10 anos, e que contará com solicitações anuais em decorrência de possíveis mudanças no regimento das instituições envolvidas. Deste modo, preservando a possibilidade de continuidade no desenvolvimento desta investigação, justifica-se a necessidade de armazenagem dos nomes, mas com todas as garantias de preservação do anonimato e da segurança ora apresentadas.

Benefícios:

Sobre os possíveis benefícios, o projeto prevê subsidiar a produção de dados nos campos da Enfermagem e da Saúde Coletiva, auxiliando a gestão pública estadual de saúde do Rio de Janeiro, principalmente no que se refere a importância da informação qualificada como subsídio para a tomada de decisão que impacte positivamente na visibilidade da população LGBT como sujeitos de direito, qualificando à assistência às pessoas em situação de violência, em especial no que refere as minorias. Assim como divulgação dos resultados da relação entre violência e óbito para comunidade técnica, científica e civil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem coerência e demonstra-se relevante para a área da saúde e, em especial, para o campo da Enfermagem e da Saúde Coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

* Folha de Rosto: Apresentada. Assinada, datada e carimbada pela diretora da Faculdade de Enfermagem UERJ.

* Carta de anuência da área técnica SES/RJ: Apresentada. Datada, assinada e carimbada pelo coordenador da Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde (SES/COIASS) da SES/RJ.

* ICD: Não se aplica, em função do tipo de estudo.

* TCLE: Pede dispensa do TCLE. O pedido de dispensa de TCLE justifica-se este pedido uma vez que os dados a serem coletados neste estudo serão oriundos do sistema de informação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do banco de dados do EVAS – Estudo sobre Violência e Autoavaliação de Saúde de Travestis e Mulheres Transexuais*.

* Cronograma: Apresentado. Adequado. Fase de preparo do banco de dados para análise prevista para novembro de 2021.

* Orçamento: Apresentado. Adequado. Financiamento próprio. Custeio estimado em R\$ 26.900,00

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL. E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 5.009.244

* Declaração de anuência da coautora do "EVAS – Estudo sobre as Violências e a Autoavaliação de Saúde das Travestis e Mulheres Transexuais", para acesso aos dados deste projeto, onde o responsável pelo presente protocolo também é coautor.

Dadas as especificidades do estudo, e considerando a co-participação da SES/RJ, o autor apresenta também:

- * Termo de Compromisso para Utilização de Bases de Dados Identificadas: Base(s) de dados solicitadas/período(s) de referência: SINAN Violência e SIM - de 2015 a 2020.
- * Formulário do pesquisador SES/RJ: Declarando parceria para o acesso do pesquisador ao SINAN-Violência e SIM.
- * Termo de responsabilidade de disponibilização dos resultados da pesquisa SES/RJ.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para setembro de 2022. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.ª que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etca@uerj.br

Continuação do Parecer: 5.009.244

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1776037.pdf	10/09/2021 00:02:22		Aceito
Outros	11AnuênciaEVAS.pdf	10/09/2021 00:01:40	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	09/09/2021 23:49:59	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Cronograma	9Cronograma.pdf	09/09/2021 23:48:28	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Orçamento	10Orçamento.pdf	09/09/2021 23:48:19	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Outros	8CompromissoBase.pdf	09/09/2021 23:42:58	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Outros	7RespResultadosSES RJ.pdf	09/09/2021 23:42:21	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Outros	6FormularioSES RJ.pdf	09/09/2021 23:41:18	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Outros	5Lattes.pdf	09/09/2021 23:40:22	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Outros	4Anuência.pdf	09/09/2021 23:40:01	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3DISPENSA_TCLE.pdf	09/09/2021 23:39:31	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	09/09/2021 16:26:03	Ricardo de Mattos Russo Rafael	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Setembro de 2021

Assinado por:

ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL. E 5ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

ANEXO C – Instrumento de coleta da pesquisa base (EVAS)

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ID	Código do instrumento	ID
Ent	Código do entrevistador	Ent
Q1	Data da entrevista	Q1
Q2	Horário de início da entrevista	Q2

MÓDULO I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

ENTREVISTADOR – LEIA: “Para começar gostaria que a senhora me respondesse algumas perguntas para que possamos saber um pouco mais sobre a senhora, como sua idade, sua escolaridade, etc.”

Q3	Quantos anos você tem?	Q3
Q4	Como você classifica a sua cor/etnia? (1) Branca; (2) Preta; (3) Amarela; (4) Parda; (5) Indígena	Q4
Q5	Qual a sua escolaridade? (0) Nenhuma; (1) De 1ª a 4ª série; (2) De 5ª a 8ª série; (3) Do 1º ao 3º do ensino médio; (4) Ensino Superior incompleto; (5) Ensino Superior completo.	Q5
Q6	Qual a sua situação conjugal? (1) Solteira; (2) Namorando; (3) União consensual/ Amigada; (4) Casada	Q6
Q7	[Entrevistador: somente faça esta pergunta caso a questão 8 tenha sido respondida como “solteira”] Mas você já teve parceiro fixo, namorou, “juntou” ou se casou alguma vez? (0) Não; (1) Sim.	Q7
Q8	Você tem filhos biológicos? (1) Sim; (2) Não	Q8
Q9	Qual sua orientação sexual? (1) Heterossexual; (2) Homossexual; (3) Bissexual.	Q9
Q10	Como você se identifica? Como mulher trans (1) ou como travesti (2)	Q10
Q11	Entendendo que <i>passabilidade</i> é quando a pessoa trans é vista pela sociedade como sendo cis, neste caso mulher cis; numa escala de 1 (um) a 10 (dez), como você classifica a sua <i>passabilidade</i> ? Considere que 1 é “pouco passável” e 10 “muito passável”.	Q11
Q12	Como você considera a sua ocupação de trabalho? Entrevistador, leia as opções: (1) Trabalho formal com carteira assinada; (2) Trabalho informal sem carteira assinada; (3) Não trabalho (Pule a questão 14 caso tenha assinalado a opção 3)	Q12
Q13	Mas qual é essa ocupação?	Q13
Q14	Qual sua religião? (1) evangélica; (2) católica; (3) espírita kardecista; (4) umbandista; (5) candomblecista; (6) budista; (7) não tem religião, mas acredita em Deus; (8) não tem religião e não acredita em Deus; (9) outra religião.	Q14

ENTREVISTADOR – LEIA: Mudando de assunto... Gostaria que me respondesse algumas coisas sobre a sua casa e as pessoas que moram com você e depois sobre sua saúde.

Q15	Quantos cômodos têm na sua casa incluindo a cozinha e o banheiro e sem contar com a varanda ou a área?	Q14
Q16	Contando com você, quantas pessoas moram nesta casa?	Q15

Q17	Entrevistador – PULE ESTA QUESTÃO: Este campo destina-se a razão entre o número de cômodos e o quantitativo de pessoas que residem na casa. Sendo: (1) Menos de uma pessoa por cômodo; (2) De 1,0 a 1,49 pessoas por cômodo; (3) Maior ou igual a 1,5 pessoas por cômodo. Q16	
Q18	De que material é construída a maior parte da sua casa? (1) Madeira ou tijolo; (0) Outros materiais.	Q17
Q19	De que material é feito a maior parte do chão da sua casa? (1) Cimento, madeira tratada, tacos, cerâmicos ou ladrilhos; (0) Madeira bruta, barro, terra, areia etc.	Q18
Q20	Sua casa tem luz elétrica da LIGHT? (0) Não; (1) Sim	Q19
Q21	Para onde vai o esgoto da sua casa? (2) Rede geral de esgoto; (1) Fossa; (0) Vala aberta.	Q21
Q22	Onde você joga o lixo? (2) É recolhido em casa pelo lixeiro; (1) Na caçamba; (0) Em local aberto ou terreno baldio.	Q22
Q23	Entrevistador – PULE ESTA QUESTÃO: Este campo destina-se ao somatório das questões de Q17 a Q21 para a composição do Escore das condições ambientais/moradia, sendo: ≥ 9 – boas condições ambientais; De 0 – 8, más condições ambientais.	
Q24	Qual sua renda média domiciliar? (1) R\$ 768 (2) R\$ 1.625,00 (3) R\$ 2.705,00 (4) R\$ 4.852,00 (5) 9.254,00 (5) 20.888,00	Q23

MÓDULO II – AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

ENTREVISTADOR – LEIA: “A partir deste momento nós vamos fazer algumas perguntas sobre a sua situação de saúde e vida. São exemplos de questões: se você é atendida em outra unidade que não seja esta, se tem um médico ou enfermeiro a sua disposição. São coisas deste tipo, tudo bem?”

Q25	Em geral, como você avalia a sua saúde? (5) Excelente; (4) Muito boa; (3) Boa; (2) Razoável; (1) Ruim	Q25
Q26	Como você percebe sua saúde quando comparada à de outras pessoas da sua idade? (3) melhor, (2) igual (1) pior	Q26
Q27	Você se sente doente? (0) Não; (1) Sim	Q27
Q28	Algum médico te diagnosticou com alguma doença nos últimos meses? (0) Não; (1) Sim [Entrevistador - caso a resposta seja “não”, não leia o enunciado da questão 29, mas insista dizendo: eu vou ler pausadamente cada uma das possíveis doenças. Caso você lembre de alguma, por favor, diga “sim”].	Q28
Q29	Qual(is)? [Entrevistador: leia cada uma das questões]	Q29
Q29.1	Hipertensão Arterial Sistêmica, ou seja, “pressão alta” (0) Não; (1) Sim	Q29.1
Q29.2	Diabetes mellitus, ou seja, “açúcar alto no sangue” (0) Não; (1) Sim	Q29.2
Q29.3	HIV/Aids (0) Não; (1) Sim	Q29.3
Q29.4	Tuberculose (0) Não; (1) Sim	Q29.4
Q29.5	Hanseníase, ou seja, lepra (0) Não; (1) Sim	Q29.5
Q29.6	Hepatite B (0) Não; (1) Sim	Q29.6
Q29.7	Hepatite C (0) Não; (1) Sim	Q29.7
Q29.8	Alguma doença ou infecção sexualmente transmissível (0) Não; (1) Sim [Entrevistador: caso a resposta seja “não”, pule para a questão 29.10]	Q29.8
Q29.9	Qual(is)?	Q29.9
Q29.10	Alguma outra doença? (0) Não; (1) Sim [Entrevistador: caso a resposta seja “não”, pule para a questão 30]	Q29.10

Q29.11	Qual(is)? (0) Não; (1) Sim	Q29.11
Q30	[Entrevistador: caso todas as doenças tenham sido negativas, incluindo a Q29.10, pule para a questão 33] Você tratou ou está em tratamento para esta(s) doenças(s)? (0) Não; (1) Sim.	
Q31	Você enfrentou alguma dificuldade para iniciar o tratamento? (0) Não; (1) Sim.	Q31
Q32	Após o início do tratamento, você enfrentou alguma dificuldade para continuá-lo? (0) Não; (1) Sim.	Q32
Q33	Você tem plano de saúde? (0) Não (1) Sim	Q25
Q34	Antes de ser acompanhada aqui na Fiocruz você tinha ou tem cadastro em alguma Unidade Básica de Saúde, ou seja, posto de saúde ou centro municipal de saúde ou clínica da família? (0) Não (1) Sim Entrevistador, pule a questão 27 caso tenha assinalado a resposta “sim”.	Q34
Q35	Mas você não tinha ou tem um posto de saúde próximo da sua residência (ou do trabalho) que você podia chegar para ser atendida? (0) Não (1) Sim Entrevistador, caso a resposta tenha sido “não”, pule para a questão n. 68	Q35
Q36	Quando você ia/vai a uma dessas unidades, você é chamada pelo seu nome social (caso o utilize)? (0) Não (1) Sim (99) Não se aplica	Q36

MÓDULO II.1 – PCA-Tool Afiliação

Entrevistador, leia: **Pensando nesta unidade básica (posto, centro de saúde ou clínica da família)...**

A1	Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde aonde você geralmente ia/vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? (0) Não (1) Sim (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ ou ponto de referência _____	Q27
A2	Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que a conhece/ia melhor como pessoa? (0) Não (1) Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima (3) Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ ou ponto de referência _____	Q28
A3	Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde antes de ser atendida aqui na Fiocruz? (0) Não (1) Sim, mesmo que A1 & A2 acima (3) Sim, o mesmo que A1 somente (4) Sim, o mesmo que A2 somente (5) Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ ou ponto de referência _____	Q29

MÓDULO II.1 – PCA-Tool Acesso e utilização

Entrevistador, **ATENÇÃO:**

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas ou em duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde.
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou

serviço de saúde indicado nas respostas A3

MÓDULO II.1 – PCA-Tool Acesso e utilização

Entrevistador, INFORME:

“Então, nós vamos continuar falando agora sobre o seu acesso à unidade básica (posto de saúde, centro de saúde, clínica da família). Então, sempre que eu fizer uma pergunta eu estarei me referindo ao (DIZER O NOME DO MÉDICO, ENFERMEIRO OU UNIDADE)”

Q37	Esse profissional/unidade tem agentes de saúde que passam/passavam na sua casa mesmo que não seja sempre? (0) Não; (1) Sim	Q30
Q38	Esse profissional trabalha / essa unidade é n/uma clínica da família? (0) Não; (1) Sim	Q31
B1	Quando você necessita/va de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” antes de ir a outro serviço de saúde? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QB1
B2	Quando você tem/tinha um novo problema de saúde, você vai ao seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” antes de ir a outro serviço de saúde? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QB2
B3	Quando você tem/tinha que consultar um especialista, o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” tem que encaminhar você obrigatoriamente? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QB3
C1	O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” fica aberto no sábado ou no domingo? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC1
C2	O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC2
C3	Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” está aberto e você adoecer/cia alguém de lá atende você no mesmo dia? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC3
C4	Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” está aberto, você consegue/ia aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC4
C5	Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica/va doente? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC5
C6	Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado no sábado e domingo e você fica/va doente, alguém deste serviço atende/ia você no mesmo dia? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC6
C7	Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado e você fica/va doente durante a noite, alguém deste serviço atende/ia você naquela noite? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC7
C8	É/Era fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”)	QC8

	neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	
C9	Quando você chega/va no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem/tinha que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC9
C10	Você tem/tinha que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC10
C11	É/Era difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” quando pensa que é necessário? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC11
C12	Quando você tem/tinha que ir ao “nome do médico / enfermeira/ local”, você tem/tinha que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde? (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro	QC12

MÓDULO II.2 – Serviços utilizados

Entrevistador: “Ainda pensando naquele serviço de saúde ou no profissional de saúde, eu vou ler situações em que as pessoas costumam utilizar os serviços. Peço que você dê uma nota de zero (0) a dez (10) para cada uma dessas situações, onde o “zero” é que você nunca utilizou ou não sabe da existência na unidade, 1 (um) é muito ruim e 10 (dez) é excelente. Mas lembre-se: você também pode dar notas cinco, sete, quatro, oito. Ou seja, entre zero e 10! Caso queira que eu repita como funcionará, por favor, me avise a qualquer momento.”

	Situações	Nota (0-10)
Q39	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	Q39
Q40	Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	Q40
Q41	Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos)	Q41
Q42	Vacinas (imunizações).	Q42
Q43	Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	Q43
Q44	Tratamento dentário.	Q44
Q45	Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	Q45
Q46	Aconselhamento para problemas de saúde mental	Q46
Q47	Sutura de um corte que necessite de pontos.	Q47
Q48	Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	Q48
Q49	Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	Q49
Q50	Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	Q50
Q51	Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	Q51
Q52	Remoção de verrugas.	Q52
Q53	Aconselhamento sobre como parar de fumar.	Q53
Q54	Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama..	Q54

Q55	Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	Q55
Q56	Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	Q56
Q57	Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	Q57
Q58	Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	Q58
Q59	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	Q59
Q60	Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	Q60
Q61	Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	Q61
Q62	Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	Q62
Q63	Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança	Q63
Q64	Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	Q64
Q65	Cuidados com a neovagina, caso se aplique a você.	Q65
Q66	Consultas quando você está doente	Q66
Q67	Consultas quando você está saudável	Q67
Q68	Aonde você primeiro vai quando está passando mal? (1) Posto de Saúde, Unidade Básica, Centro de Saúde ou Clínica da Família; (2) UPA; (3) Emergência do hospital; (4) Fiocruz	Q68

MÓDULO III – Situações difíceis

Entrevistador: “Agora eu vou perguntar sobre algumas situações que podem ser consideradas difíceis, mas que fazem parte do dia a dia de algumas pessoas. Caso você se sinta muito incomodada, por favor, pode falar e até mesmo interromper a entrevista. Mas lembro que esta parte do instrumento é muito importante para que possamos compreender melhor a vida das pessoas e para que possamos gerar dados capazes de subsidiar a construção de políticas públicas mais eficazes. Começaremos sobre sua vida atual na sociedade e depois vamos perguntar algumas coisas sobre a sua infância. Quero lembrar que tudo que você me responder estará em segredo de pesquisa e que estes dados não serão divulgados de modo que possam te identificar”

Módulo III.1 – Experiências com a violência comunitária

Q69	Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família presenciou alguma dessas situações acontecendo no seu bairro ou comunidade...
Q69.1	peças andando com arma de fogo na rua que não fossem policiais em serviço? (1) sim, uma vez”, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q69.2	peças cobrando dinheiro para dar segurança? (1) sim, uma vez”, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q69.3	peças roubando ou furtando? (1) sim, uma vez”, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (4) não, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q69.4	peças brigando, agredindo-se fisicamente? (1) sim, uma vez”, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q69.5	peças sendo assaltadas nas ruas da vizinhança? (1) sim, uma vez”, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q69.6	policiais recebendo dinheiro de peças na vizinhança? (1) sim, uma vez”, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q69.7	policiais intimidando ou agredindo peças na vizinhança? (1) sim, uma vez”, (2) sim,

	algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q69.8	peessoas quebrando janelas, pichando muros, fazendo arruaça ou destruindo equipamentos coletivos como orelhões, postes de luz, lixeira? (1) sim, uma vez”, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q69.9	peessoas consumindo ou vendendo drogas ilegais na rua? (1) sim, uma vez”, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe/não lembra/não respondeu

Q70	Alguma vez na vida você sofreu alguma das coisas que eu vou ler?
Q70.1	alguém feriu você com arma de fogo? (1) sim, uma vez, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe, não lembra, não respondeu
Q70.2	alguém lhe ofereceu drogas? (1) sim, uma vez, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe, não lembra, não respondeu
Q70.3	você sentiu necessidade de andar armada? (1) sim, uma vez, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe, não lembra, não respondeu
Q70.4	você ou algum(a) parente próximo foi ameaçada de morte? (1) sim, uma vez, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe, não lembra, não respondeu
Q70.5	algun desconhecido a agrediu fisicamente (tapa, soco etc.)? (1) sim, uma vez, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe, não lembra, não respondeu
Q70.6	algun amigo(a) ou colega a agrediu fisicamente? (1) sim, uma vez, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe, não lembra, não respondeu
Q70.7	algun membro da família a agrediu fisicamente? (1) sim, uma vez, (2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe, não lembra, não respondeu
Q70.8	você já sofreu atentado de morte nos últimos doze meses? (0) Não; (1) Sim
Q70.9	você já sofreu atentado de morte alguma vez na vida? (0) Não; (1) Sim

Q71	Você faz alguma(s) dessas coisas para se proteger da violência ou sentir-se mais segura?
Q71.1	evita andar sozinha (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.2	não usa certa(s) linha(s) de ônibus (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.3	deixa de sair de casa à noite (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.4	deixa de ir à escola ou faculdade (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.5	deixa de ir a festas, bares ou boates (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.6	não sai na comunidade/bairro (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.7	deixa de frequentar um grupo de amigos(as) ou colegas (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.8	não volta para casa de madrugada (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.9	anda de táxi (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.10	não passa em áreas onde há pessoas armadas (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.11	não passa perto da polícia (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.12	anda com arma branca, tipo faca ou canivete, para se defender (3) com certeza”, (2) às

	vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu
Q71.13	anda com arma de fogo para se defender (3) com certeza”, (2) às vezes, (1) nunca, mas faria se tivesse condições, (0) Nunca, (99) não sabe/não lembra/não respondeu

Módulo III.2 – Discriminação

Q72	Eu gostaria que você me dissesse se você já se sentiu rejeitada ou discriminada por causa de algum desses motivos
Q72.1	pela sua aparência (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu”
Q72.2	por ser jovem (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu”
Q72.3	por ser mais velha (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu”
Q72.4	por sua condição financeira (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu”
Q72.5	pelo seu local de moradia (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu”
Q72.6	pela sua cor ou raça (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu”
Q72.7	pela sua religião (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu”
Q72.8	pela sua identidade de gênero (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu”
Q72.9	pela sua orientação sexual (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu”
Q72.10	por seu trabalho (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu
Q72.11	por outro motivo (1) uma vez”, (2) algumas vezes”, (3) muitas vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu” [Entrevistador: caso a resposta tenha sido Nunca (0) ou “99”, pule para a questão 73]
Q72.12	Qual?

Entrevistador: Somente faça aplique os itens da questão 73 caso algum item da questão 72 tenha sido positivo.

Q73	Em que locais ou situações você se sentiu rejeitada ou discriminada?
Q73.1	na casa dos seus pais, padrastos ou responsáveis (1) uma vez, (2) algumas vezes, (3) muitas vezes, (0) nunca, (99) não sabe/não respondeu
Q73.2	na casa de outros familiares (1) uma vez, (2) algumas vezes, (3) muitas vezes, (0) nunca, (99) não sabe/não respondeu
Q73.3	no seu local de trabalho (1) uma vez, (2) algumas vezes, (3) muitas vezes, (0) nunca, (99) não sabe/não respondeu
Q73.4	em local público fechado (banco, shopping, loja, restaurante, boate, clube, igreja, órgão público etc. (1) uma vez, (2) algumas vezes, (3) muitas vezes, (0) nunca, (99) não sabe/não respondeu
Q73.5	em local público aberto (rua, praça, parque, jardim, praia etc.) (1) uma vez, (2) algumas vezes, (3) muitas vezes, (0) nunca, (99) não sabe/não respondeu
Q73.6	ao pedir ou procurar emprego (1) uma vez, (2) algumas vezes, (3) muitas vezes, (0) nunca, (99) não sabe/não respondeu
Q73.7	na unidade de saúde (1) uma vez, (2) algumas vezes, (3) muitas vezes, (0) nunca, (99) não sabe/não respondeu

Q73.8	em outra situação (1) uma vez , (2) algumas vezes , (3) muitas vezes , (0) nunca , (99) não sabe/não respondeu [Entrevistador: caso a resposta tenha sido Nunca (0) ou “99”, pule para a questão “quesi1”]	
Q73.9	Qual?	

Módulo III.3 – Traumas na infância (Questionário Sobre Traumas na Infância - QUESI) + Cinco

Enquanto eu crescia...		
quesi1	Eu não tive o suficiente para comer (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi1
quesi2	Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi2
quesi3	As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçosa” ou “feia” (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi3
quesi4	Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi4
quesi5	Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi5
quesi6	Eu tive que usar roupas sujas (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi6
quesi7	Eu me senti amada (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi7
quesi8	Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi8
quesi9	Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi9
quesi10	Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi10
quesi11	Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi11
quesi12	Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi12
quesi13	As pessoas da minha família cuidavam umas das outras (0) Nunca , (1) Poucas vezes , (2) Às vezes , (3) Muitas vezes , (4) Sempre , (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi13

quesi14	Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi14
quesi15	Eu acredito que fui maltratada fisicamente (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi15
quesi16	Eu tive uma ótima infância (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi16
quesi17	Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi17
quesi18	Eu senti que alguém da minha família me odiava (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi18
quesi19	As pessoas da minha família se sentiam unidas (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi19
quesi20	Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi20
quesi21	Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi21
quesi22	Eu tive a melhor família do mundo (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi22
quesi23	Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi23
quesi24	Alguém me molestou (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi24
quesi25	Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi25
quesi26	Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi26
quesi27	Eu acredito que fui abusada sexualmente (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi27
quesi28	Minha família foi uma fonte de força e apoio (0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre, (99) Não respondeu/Não sabe/ Não lembra	quesi28
quesi+1	Enquanto eu crescia pessoas da minha família forçaram o sexo com meninas para corrigir a minha sexualidade ou a minha forma de agir (0) nunca, (1) poucas vezes, (2) às vezes, (3) muitas vezes, (4) sempre, (99) Não	quesi+1

	respondeu/Não sabe/Não lembra	
quesi+2	Eu fui expulsa de casa por conta da minha identidade de gênero (0) Não; (1) Sim	quesi+2
quesi+3	Eu fui expulsa de casa por conta da minha orientação sexual (0) Não; (1) Sim	quesi+3
quesi+4	Eu fui expulsa de casa por outros motivos (0) Não; (1) Sim	quesi+4
quesi+5	A minha família sempre me acolheu, mesmo depois que eu apresentei a minha identidade de gênero (0) Não; (1) Sim	quesi+5

MÓDULO III.4 – Ideação suicida, tentativa de suicídio e automutilação

Entrevistador: “Já estamos quase acabando, tudo bem? Vamos fazer algumas perguntas sobre como você vem se sentido nos últimos 12 meses”

Q74	Nos últimos 12 meses você pensou em se matar? (0) Não; (1) Sim	Q74
Q75	Com que frequência você pensou em se matar nos últimos 12 meses? (5) sempre, (4) quase sempre, (3) algumas vezes, (2) poucas vezes, (1) raramente, (0) nunca	Q75
Q76	[Entrevistador, ATENÇÃO: essa pergunta só deve ser feita para as mulheres que responderam “SIM” ao item Q29.3! – VERIFIQUE ANTES DE PERGUNTAR. Caso a resposta tenha sido “Não”, registre “99” e passe a diante] Essa frequência aumentou após o diagnóstico de HIV? (0) Não; (1) Sim	Q76
Q77	[Entrevistador: pergunte somente caso a resposta ao item 74 tenha sido “Sim”] Você já falou isso para algum profissional de saúde? (0) Não; (1) Sim	Q77
<p>Atenção: caso o item anterior tenha sido negativo, diga à participante: “Não seria interessante você fazer isso. Infelizmente, como temos um pacto de sigilo por conta da pesquisa, eu não posso fazer isso por você. Mas te sugiro pensar na possibilidade de contar ao profissional que você tem mais confiança. Ele poderá te ajudar e até te encaminhar para outro profissional. Eu também estou aqui disponível para ouvi-la caso precise.”</p>		

Q78	Nos últimos 12 meses você tentou se matar? (0) Não; (1) Sim	Q78
Q79	Quantas vezes você tentou se matar nos últimos 12 meses? [Entrevistador: esta questão é aberta. Registre o número referente à quantidade de vezes]	Q79
Q80	[Entrevistador, ATENÇÃO: essa pergunta só deve ser feita para as mulheres que responderam “SIM” ao item Q29.3! – VERIFIQUE ANTES DE PERGUNTAR. Caso a resposta tenha sido “Não”, registre “99” e passe a diante] Você já tentou se matar após o diagnóstico de HIV? (0) Não; (1) Sim	Q80
Q81	[Entrevistador: pergunte somente caso a resposta ao item 74 tenha sido “Sim”] Você já falou isso para algum profissional de saúde? (0) Não; (1) Sim	Q81
<p>Atenção: caso o item anterior tenha sido negativo, diga à participante: “Não seria interessante você fazer isso. Infelizmente, como temos um pacto de sigilo por conta da pesquisa, eu não posso fazer isso por você. Mas te sugiro pensar na possibilidade de contar ao profissional que você tem mais confiança. Ele poderá te ajudar e até te encaminhar para outro profissional. Eu também estou aqui disponível para ouvi-la caso precise.”</p>		

Q82	Nos últimos 12 meses você tentou se cortou, aranhou, se perfurou, ou seja, se mutilou propositalmente? (0) Não; (1) Sim	Q82
Q83	Quantas vezes você fez isso nos últimos 12 meses? [Entrevistador: esta questão é aberta. Registre o número referente à quantidade de vezes]	Q83

Q84	[Entrevistador, ATENÇÃO: essa pergunta só deve ser feita para as mulheres que responderam “SIM” ao item Q29.3! – VERIFIQUE ANTES DE PERGUNTAR. Caso a resposta tenha sido “Não”, registre “99” e passe a diante] Essa vontade de automutilação começou após o diagnóstico de HIV? (0) Não; (1) Sim	Q84
Q85	[Entrevistador: pergunte somente caso a resposta ao item 74 tenha sido “Sim”] Você já falou isso para algum profissional de saúde? (0) Não; (1) Sim	Q85
Atenção: caso o item anterior tenha sido negativo, diga à participante: “Não seria interessante você fazer isso. Infelizmente, como temos um pacto de sigilo por conta da pesquisa, eu não posso fazer isso por você. Mas te sugiro pensar na possibilidade de contar ao profissional que você tem mais confiança. Ele poderá te ajudar e até te encaminhar para outro profissional. Eu também estou aqui disponível para ouvi-la caso precise.”		

ATENÇÃO:
NÃO FAÇA AS PERGUNTAS ABAIXO CASO A RESPOSTA DA **QUESTÃO 9** TENHA SIDO “SIM” E AO **MESMO TEMPO** A RESPOSTA DA **QUESTÃO 10** TENHA SIDO “NÃO”. **OU SEJA**, CASO A PARTICIPANTE **SEJA SOLTEIRA E NUNCA TENHA SE RELACIONADO DE MODO FIXO**. NESTE CASO, PULE ESTE MÓDULO.

MÓDULO III.5 – Revised Conflict Tactics Scales

Entrevistador, leia:
“Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, quer coisas diferentes ou discutem e se agriem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer. Os casais também têm maneiras diferentes de tentar resolver seus problemas. Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre um casal. Por favor, eu gostaria de saber se você e seu/sua (ex)companheiro/a fizeram cada uma dessas coisas. Para cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir, eu gostaria que você me dissesse se já aconteceu nos últimos 12 meses e alguma vez na sua vida”.

“Diante de uma desavença ou discussão entre você e seu/sua (ex)companheiro(a) ...”

Q86	Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando? (0)Não; (1)Sim	Q8
Q87	Seu companheiro(a) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando? (0)Não; (1)Sim	Q8
Q88	Você explicou para seu companheiro(a) o que você não concordava com ele? (0)Não; (1)Sim	Q8
Q89	Seu companheiro(a) explicou para você o que ele não concordava com você? (0)Não; (1)Sim	Q8
Q90	Você insultou ou xingou o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q9
Q91	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q9
Q92	Você jogou alguma coisa no seu companheiro(a) que poderia machucá-lo? (0)Não; (1)Sim	Q9
Q93	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q9
Q94	Você torceu o braço do seu companheiro(a) ou puxou o cabelo dele? (0)Não; (1)Sim	Q9

Q95	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q9
Q96	Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q9
Q97	Seu companheiro(a) teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com você? (0)Não; (1)Sim	Q9
Q98	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele? (0)Não; (1)Sim	Q9
Q99	Seu companheiro(a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos? (0)Não; (1)Sim	Q9
Q100	Você obrigou o seu companheiro(a) a fazer sexo sem usar camisinha? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q101	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q102	Você deu um empurrão no seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q103	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q104	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo oral ou anal com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q105	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q106	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q107	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q108	Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q109	Seu companheiro(a) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q110	Você chamou o seu companheiro(a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q111	Seu companheiro(a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q112	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro(a) com alguma coisa que pudesse machucar? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q113	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q114	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro(a) de propósito? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q115	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q116	Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q117	Seu companheiro(a) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q118	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q119	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q120	Você gritou ou berrou com o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q121	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q122	Você jogou o seu companheiro(a) contra a parede com força? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q123	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q124	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema? (0)Não; (1)Sim	Q1

Q125	Seu companheiro(a) disse que achava que vocês poderiam resolver o problema? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q126	Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q127	Seu companheiro(a) deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q128	Você deu uma surra no seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q129	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q130	Você segurou o seu companheiro(a) com força? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q131	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q132	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q133	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q134	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q135	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q136	Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro(a) não queria sem usar força física? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q137	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q138	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q140	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q141	Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q142	Seu companheiro(a) quebrou um osso por causa de uma briga com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q143	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo oral ou anal com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q144	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q145	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q146	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q147	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro(a) de propósito? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q148	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q149	Você insistiu para que seu companheiro(a) fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q150	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q151	Você acusou o seu companheiro(a) de ser “ruim de cama”? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q152	Seu companheiro(a) acusou-o(a) disso? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q153	Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q154	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q155	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q156	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q157	Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q1

Q158	Seu companheiro(a) sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q159	Você chutou o seu companheiro(a)?	Q1
Q160	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q161	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q162	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q163	Você concordou com a solução que foi sugerida por ele? (0)Não; (1)Sim	Q1
Q164	Seu companheiro(a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu? (0)Não; (1)Sim	Q1

ENTREVISTADOR – ATENÇÃO: SOMENTE FAÇA A PRÓXIMA PERGUNTA CASO A RESPOSTA À QUESTÃO Q29.3 FOR POSITIVA, OU SEJA, SE A PARTICIPANTE SE CONSIDERAR HIV +. CASO CONTRÁRIO, PULE PARA O ITEM XX E FINALIZE A ENTREVISTA.

Q165	Seu/sua parceiro/a sabe que você vive com HIV? (0) Não, (1) Sim	Q165
Q166	As brigas de casal aumentaram após ele/a saber disso? (0) Não, (1) Sim	Q166

Q167	Horário do término da entrevista	Q167
-------------	---	-------------

ENTREVISTADOR – LEIA: “Por fim, terminamos a entrevista. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a sua colaboração em contar um pouquinho da sua vida íntima para mim. Como você deve ter percebido, as situações de violência são destacadas como os principais pontos dessa pesquisa. Como a gente sabe que esse problema é muito frequente entre as pessoas e que, quando acontece, às vezes, as pessoas não sabem muito bem o que fazer, nós fizemos uma lista com algumas instituições e pessoas que podem ajudar nessas horas. Mesmo que isso não ocorra com você, caso saiba de alguém que esteja precisando de ajuda ou que apenas queira conversar um pouco mais sobre isso, esses são os locais que têm algum tipo de trabalho nessa área aqui na nossa região. Além disso, me coloco disponível caso você queira conversar um pouco mais sobre este assunto ou qualquer outro que abordamos nessa entrevista. Estou a sua disposição agora ou em um horário que você julgue mais oportuno, pois eu e meus colegas estaremos aqui durante algum tempo aplicando outras entrevistas. Caso prefira conversar com outra pessoa você também pode ficar bastante à vontade. *Muitíssimo obrigado(a)*”

Q168	ENTREVISTADOR: Houve respeito a privacidade da respondente, ou seja, a informante foi entrevistada: (1) Sozinha; (2) Na presença do companheiro; (3) Na presença de filhos ou pais; (4) Na presença de outras pessoas – Marque e especifique: _____.	Q168
-------------	---	-------------

Observações
1
2
3
4
5

ANEXO D – Ficha de Notificação de Agravos de Violência Interpessoal/Autoprovocada
versão 5.1/ 2015 (SINAN)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº	
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LBT.</p>							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado(a)		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3	Data de notificação
	4	UF	5	Município de notificação	Código (CID10)		Y08
	6	Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros		Código (IBGE)	
Notificação Individual	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9	
	8	Unidade de Saúde		Código (UBS)		Data da ocorrência da violência	
	10	Nome do paciente				11	
	12	(ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1- Hom. <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mãe <input type="checkbox"/> 4- Outro	13	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	14	Gestante 1- Não grávida 2- 1º trimestre 3- 2º trimestre 4- 3º trimestre 5- Não se aplica 6- Ignorado
15	Raça/Cor		<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 6- Ignorado		16		
17	Número do Cartão SUS		18		Nome da mãe		
Dados de Residência	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)		21
	22	Bairro		23		Logradouro (rua, avenida, ...)	
	24	Número		25		Complemento (apto., caixa, ...)	
	27	Geo campo 2		28		Ponto de Referência	
	29	Geo campo 1		30		CEP	
	32	DDD Telefone		31		Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	33	País (se residente fora do Brasil)		34			
Dados Complementares							
Dados de Preenchimento	35	Nome Social		36		Ocupação	
	37	Situação conjugal / Estado civil		<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 5 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		38	
	39	Orientação Sexual		<input type="checkbox"/> 1 - Heterossexual <input type="checkbox"/> 2 - Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3 - Bissexual <input type="checkbox"/> 4 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		39	
	40	Identidade de gênero		<input type="checkbox"/> 1 - Trans <input type="checkbox"/> 2 - Mulher Transsexual <input type="checkbox"/> 3 - Homem Transsexual <input type="checkbox"/> 4 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		41	
42	Possui algum tipo de deficiência/transtorno?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		43		
44	Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		45		
Dados da Ocorrência	46	UF	47	Município de ocorrência	Código (IBGE)		48
	49	Bairro		50		Logradouro (rua, avenida, ...)	
	51	Número		52		Complemento (apto., caixa, ...)	
	53	Geo campo 3		54		Geo campo 4	
	55	Ponto de Referência		56		Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	57	Hora de ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		58		Local de ocorrência	
	59	Local de ocorrência		<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/atividades <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústria/construção <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		60	
61	Ocorreu outras vezes?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		62		
63	A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		64		

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sedeno 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 10-Não se aplica 11-Ignorado		
	56 Tipo de violência: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financieira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão: <input type="checkbox"/> Força corporal/espancamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Embaralhamento <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Amaceia <input type="checkbox"/> Outro:
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outras:		
	59 Procedimento realizado: <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sangue		
Dados gerais do autor da violência	60 Número de envolvidos: 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	61 Vínculo/gra de parentesco com a pessoa atendida: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Mãeastro <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(s)	62 Meio de provável autor da violência: <input type="checkbox"/> Amigo/conhecido <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/ chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional
	63 Sexo do provável autor da violência: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado	65 Suspeita de uso de álcool: 1- Sim 2- Não 9- Ignorado
Instituições	66 Encaminhamento: <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa de Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar		
	<input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Defensoria Pública		
Dados finais	67 Violência Relacionada ao Trabalho: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	68 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT): 1- Sim 2 - Não 9 - Não se aplica 9- Ignorado	69 Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX
	70 Data de encerramento:		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/gra de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Notificar	Municipal/Unidade de Saúde	Cód. de Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura
Violência Interpessoal/Autorprovocada		Sim/não	SVS: 15.06.2015

ANEXO E – Termo de consentimento Livre e Esclarecido (EVAS)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: “EVAS: estudo sobre as violências e autoavaliação de saúde das travestis e mulheres transexuais”

Pesquisadores responsáveis: Prof. Luciane Souza Velasques e Prof. Ricardo de Mattos Russo Rafael

Este estudo tem como principal **objetivo** analisar as formas de violências vivenciadas por um conjunto de travestis e mulheres transexuais do município do Rio de Janeiro e suas relações com a autoavaliação em saúde e as violências autoprovocadas. Esperamos que com a sua participação nós possamos ajudar com a análise de dados para a construção de políticas públicas mais inclusivas, que garantam mais oportunidades, especialmente no acesso aos serviços de saúde, e que possam combater as diversas formas de violência entre as pessoas.

Para isso, os dados serão coletados a partir de uma entrevista face a face, com respostas contendo múltiplas opções e que melhor atendam a sua situação, condição ou pensamento no momento da pesquisa. Depois, os dados serão analisados e apresentados em forma de artigos científicos, em trabalhos de congressos, assim como para todas as mulheres entrevistadas e aos membros das associações de ativismo e do sistema municipal de saúde do município.

Mas, por favor, fique tranquila! Todas as suas respostas serão confidenciais e você não será identificada em nenhuma apresentação dos resultados desta pesquisa. Para que você possa se sentir bem à vontade para responder às perguntas do questionário, antes de assinar este documento, você pode tirar todas as suas dúvidas comigo, que serei o seu entrevistador(a) caso aceite participar deste estudo.

A sua participação nesta pesquisa acarretará riscos mínimos e podem ser: desconforto ou constrangimentos ao lembrar momentos da sua vida. Entretanto, os pesquisadores garantem que o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou dano à sua saúde. Também asseguraremos os devidos encaminhamentos caso você tenha algum efeito após o encerramento e/ou interrupção da pesquisa.

A sua participação e todos os dados referentes à sua pessoa serão exclusivos para a pesquisa em questão é de inteira responsabilidade dos pesquisadores, que garantem anonimato e total sigilo, assegurando a privacidade das informações fornecidas.

A seguir, trazemos algumas das principais dúvidas que as pessoas costumam ter:

HAVERÁ ALGUM CUSTO PARA MIM? Não, sua participação não terá nenhum custo;
EU RECEBEREI ALGUM PAGAMENTO? Também não. Este estudo visa contribuir com as políticas públicas por meio dos dados que serão gerados.

O QUE FAZER EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS? Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a um dano relacionado à pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Luciane de Souza Velasque ou Ricardo de Mattos

Russo Rafael no telefone (21) 981322464 (a cobrar) ou no endereço eletrônico o prof.ricardomattos@gmail.com.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, comunique fato ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro por meio do telefone (21) 2542-7796 ou e-mail: cep.unirio09@gmail.

A participação desta pesquisa é totalmente **voluntária**. Você pode escolher não participar ou se retirar da pesquisa em qualquer momento. Você será tratada da mesma forma independente do que você decida.

Se você concorda com este termo após ter sido lido, compreendido e com todas as dúvidas devidamente esclarecidas, por favor, assine abaixo o seu nome:

Eu _____ (nome de registro: _____),
RG _____ (se houver), abaixo assinada, autorizo a realização da pesquisa e declaro ter pleno conhecimento sobre o estudo, conforme indicado acima.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2019.

Assinatura de registro da respondente

Assinatura social da respondente
(Opcional)

Nome do(a)
entrevistador(a): _____

Assinatura do(a) entrevistador(a)

Coordenadores da pesquisa



Prof. Dra. Luciane de Souza Velasque



Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael