



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Davi Gomes Depret

**Efeitos das violências interpessoais sobre a violência autoprovocada entre
travestis e mulheres transexuais**

Rio de Janeiro

2022

Davi Gomes Depret

**Efeitos das violências interpessoais sobre a violência autoprovocada entre travestis e
mulheres transexuais**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor 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/CBB

D424 Depret, Davi Gomes.
Efeitos das violências interpessoais sobre a violência autoprovocada entre travestis e mulheres transexuais / Davi Gomes Depret. - 2022.
169 f.

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

1. Pessoas transgênero. 2. Comportamento autodestrutivo. 3. Enfermagem. 4. Saúde pública. 5. Saúde mental. 6. Política de saúde I. Rafael, Ricardo de Mattos Russo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB 6287

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

Assinatura

Data

Davi Gomes Depret

**Efeitos das violências interpessoais sobre a violência autoprovocada entre travestis e
mulheres transexuais**

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

Aprovado em 14 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael (Orientador)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Mercedes Neto

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Luciane de Souza Velasque

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Virginia Maria de Azevedo Knupp

Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

Este trabalho é para *todes* que, apesar das peijas diárias, (r)existimos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter sido minha fortaleza diária e por todas as bênçãos que Ele me proporcionou até aqui.

À minha maior incentivadora, maior fã e àquela que foi vendaval e foi calma, mãe, esse sonho foi sonhado com você. Eu consegui! Por nós! Te amo para sempre. (*In memoriam*)

À minha irmã, com quem divido a vida e essa caminhada terrena, pelo carinho traduzido nos cuidados durante as madrugadas de leitura e escrita, você é a melhor irmã/amiga que alguém poderia ter.

Ao cara cuja genialidade viabilizou esta tese, meu (mais do que) orientador, amigo, inspiração, Prof. Dr. Ricardo Mattos, que me concedeu pela segunda vez companhia sensível e firme nessa contínua e tão gratificante trajetória. Obrigado por tudo e por tanto! Que seja apenas o início de muitos projetos juntos.

Aos meus amigos de alma, minha família escolhida, pela compreensão de algumas ausências e encontros breves, pois “tinha que escrever” ou apenas por me ouvirem durante os momentos nem tão positivos assim, vocês não sabem o quanto foi fundamental estar com vocês. Na impossibilidade de citar todos, sintam-se muito bem representados por esse grupo que eu amo demais: Mariana, Adriana, Bruna, Juliana, Gabriela, Luciana, Laura, Luiza, Pedro, Bruno e Michel.

Aos meus presentes do doutorado (e colegas de FENF), Olívia Guerra e Lívia Fajin, pelos momentos de descontração em meio ao caos desafiador de experimentarmos o “outro lado” enquanto doutorandos, vocês foram maravilhosas! E também aos colegas da FENF, do IMS/UERJ e da UNIFESP com quem tive oportunidade de compartilhar e aprender durante as disciplinas.

Ao meu namorado, Roberto, que foi (e tem sido) porto seguro e mostrou que amor, carinho e cumplicidade também são combustíveis potentes para uma boa escrita e, em extensão, à (gigante) família dele que me acolheu de maneira afável e que se fazem presentes (e o são, literalmente) perenemente.

Agradeço à Faculdade de Enfermagem da UERJ, nossa amada FENF, e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem por terem acreditado em mim desde o início e a todos os docentes com os quais tive o privilégio de embarcar em um intercâmbio intelectual tão rico e construtivo.

Ao meu grupo de pesquisa, SaPESC, e aos meus colegas de pesquisa EVAS, pelas contribuições, debates, produções e por me fazerem acreditar que a “balbúrdia” das universidades públicas é o que move a ciência!

Às participantes da banca, primeiramente, pelo aceite, disponibilidade e parceria dentro e fora da tese e pelas contribuições que enriqueceram esta pesquisa.

Às participantes da pesquisa, com quem, por tantas vezes, segurei o choro e quis abraçar, e tantas outras, ri e aprendi, obrigado por dividirem comigo suas histórias e por toda garra e resistência que pulsa em vocês!

Aos meus alunos, que me movem e me encantam, que ressignificam cada dia e refrescam a rotina com suas dúvidas e fazem eu me reinventar diariamente.

Aos amigos e colegas da CF Maria Sebastiana de Oliveira pelos alívios em meio ao caos diário dos atendimentos de uma UAP de seis equipes que me permitiam ter ânimo e forças para ainda escrever após longas horas de trabalho em plena retomada da APS.

À Coordenadoria Geral de Atenção Primária CAP 3.1 pela desburocratização da minha liberação e compreensão imprescindíveis para se arrematar esse trabalho.

À agência de fomento FAPERJ e ao CNPq por terem acreditado na pesquisa que ensejou a base desta tese.

Por fim, aproveito para deixar registrado o meu agradecimento ao Estado (e ao povo) brasileiro por me conceder a oportunidade de realizar com qualidade e gratuitamente meu processo formativo, desde o ensino técnico até o doutorado.

Gratidão.

Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres.

Rosa Luxemburgo

RESUMO

DEPRET, Davi Gomes. **Efeitos das violências interpessoais sobre a violência autoprovocada entre travestis e mulheres transexuais.** 2022. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Um desafio contemporâneo da Saúde Coletiva no Brasil é pensar a saúde ofertada à população LGBT. No rol de pautas está o cuidado em saúde mental, componente fundamental a ser considerado tendo em vista a sobreposição de vulnerabilidades a qual elas estão sujeitas diária e sistematicamente em uma sociedade machista, transfóbica e misógina. Desta forma, o seguinte estudo buscou analisar a prevalência das violências interpessoais e os fatores associados à violência autoprovocada em um conjunto de travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro e Região Metropolitana. Metodologia: Trata-se de estudo transversal quantitativo realizado no Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz, conduzido entre os meses de julho de 2019 e março de 2020, com uma amostra de 139 participantes. As variáveis de interesse deste trabalho foram ideação suicida, tentativa de suicídio e autoabuso. Foram realizadas análises univariadas, onde foram calculadas as prevalências e os respectivos intervalos de confiança a 95%. As análises bivariadas foram realizadas calculando-se as prevalências e as razões de chance ou *odds ratio* (OR) por meio de modelos de regressão, considerando a significância estatística quando os valores de α fossem inferiores a 0,05 e para as análises múltiplas foi realizada regressão logística chegando ao modelo final usando a técnica *stepwise backward*. Resultados: A prevalência da ideação suicida entre elas foi de 29%, as tentativas de suicídio ocorreram em 9% das participantes e 7% delas apresentou comportamento autoabusivo. De maneira agrupada, 30% sofreram violência autoprovocada. Evidenciou-se que o status autorreferido de HIV positivo possui relação tanto com a ideação suicida (OR=2,38; IC95%: 1,09–5,21; p-valor=0,030) quanto com a iminência de uma violência autoprovocada (OR=2,28; IC95%: 1,06–4,90; p-valor=0,035), que o abuso emocional possui relação com a tentativa de suicídio (OR=9,00; IC95%: 1,13–71,34; p-valor=0,038) e que a violência psicológica possui relação com o comportamento autoabusivo (OR=11,64; IC95%: 2,35 – 57,5; p-valor=0,003). Conclusão: Percebe-se que tanto fatores físicos, ainda que oriundos de infecções adquiridas, quanto fatores psicoemocionais possuem influência em um desfecho favorável ao comportamento suicida e ao autoabuso. E, neste escopo, a Enfermagem assume protagonismo, tendo em vista que o seu objeto de trabalho é baseado no cuidado individual e coletivo de maneira integral, considerando todos os aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais sendo possível planejar, a partir de suas singularidades, um cuidado ampliado. Entretanto, emerge o alerta para que outras investigações sejam realizadas a fim de responder demais lacunas e que novas formas de se produzir políticas públicas intersetoriais e de saúde sejam pensadas visando uma mudança de realidade social dessas mulheres.

Palavras-chave: Pessoas Transgênero. Comportamento Autodestrutivo. Enfermagem. Saúde Pública. Saúde Mental. Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

DEPRET, Davi Gomes. **Effects of interpersonal violence on the self-inflicted violence among transvestites and transsexual women.** 2022. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A contemporary challenge for Public Health in Brazil is thinking about the health offered to the LGBT public. In this list of guidelines is mental health care, a fundamental component to be considered, considering the overlapping of vulnerabilities to which they are subject daily and systematically in a sexist, transphobic and misogynist society. Thus, the following study aimed to analyze the prevalence of interpersonal violence and the factors associated with self-inflicted violence in a group of transvestites and transsexual women in Rio de Janeiro and the Metropolitan Region. Methodology: This is a quantitative cross-sectional study developed at the Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz, conducted between July 2019 and March 2020, resulting in a sample of 139 participants. The variables of interest study were suicidal ideation, suicide attempt and self-harm. Univariate analyzes were performed, where the prevalences and the respective 95% confidence intervals were calculated. Bivariate analyzes were performed by calculating the prevalence and odds ratios (OR) through regression models, considering statistical significance when α values were lower than 0.05 and for multiple analyzes it was performed logistic regression arriving at the final model using the stepwise backward technique. Results: The prevalence of suicidal ideation was 29%, suicide attempts occurred in 9% of the participants and 7% of them presented self-abusive behavior. Grouped data show that 30% suffered self-inflicted violence. The results showed that the self-reported HIV positive status is related to suicidal ideation (OR=2,38; IC95%: 1,09–5,21; p-valor=0,030) and the imminence of self-inflicted violence (OR=2,28; IC95%: 1,06–4,90; p-valor=0,035), that emotional abuse is related to the suicide attempt (OR=9,00; IC95%: 1,13–71,34; p-valor=0,038) and that psychological violence is related to the self-abusive behavior (OR=11,64; IC95%: 2,35 – 57,5; p-valor=0,003). Conclusion: Both physical factors and from acquired infections, and psycho-emotional factors have an influence on a favorable outcome for suicidal behavior and self-abuse. And, in this scope, Nursing assumes a leading role, considering the object of its labor is based on individual and collective care in an integral way, considering all biopsychosocial, cultural and spiritual aspects making it possible to plan, from its singularities, an expanded care. Nurses' training allows their look at the individual, total and complex, under their care, to be technical, scientific and ethical, but also holistic, human and empathic, thus managing to establish bonds and manage situations experienced from the proposition of strategies aimed at the salutogenesis of transvestites and trans women, especially in the health-promoting logic. However, the alert emerges so that further investigations are carried out in order to respond to other gaps and that new ways of producing intersectoral and health public policies are designed with a view to changing the social reality of these women.

Keywords: Transgender Persons. Self-Injurious Behavior. Nursing. Public Health. Mental Health. Health Policy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variável ideação suicida, suas respectivas perguntas no questionário e as possibilidades de respostas da variável.....	62
Quadro 2 - Variável tentativa de suicídio, suas respectivas perguntas no questionário e as possibilidades de respostas da variável.....	62
Quadro 3 - Variável comportamento autoabusivo, suas respectivas perguntas no questionário e as possibilidades de respostas da variável.....	62
Quadro 4 - Variáveis de caracterização sociodemográfica, suas respectivas perguntas no questionário e as possibilidades de respostas da variável.....	63
Quadro 5 - Variáveis relacionadas à autoavaliação em saúde e acesso aos serviços de saúde, suas respectivas perguntas no questionário e tratamento das variáveis.....	64
Quadro 6 - Variáveis relacionadas à discriminação e violências, suas respectivas perguntas no questionário e tratamento das variáveis.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Apresentação do perfil sociodemográfico de uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	74
Tabela 2 -	Prevalência de ideação suicida, tentativa de suicídio, comportamento autoabusivo e violência autoprovocada em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	76
Tabela 3 -	Características de autoavaliação em saúde e acesso aos serviços de saúde em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	76
Tabela 4 -	Características de discriminação e violências interpessoais em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	77
Tabela 5 -	Análise bivariada entre características sociodemográficas e violência autoprovocada (isolada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	80
Tabela 6 -	Análise bivariada entre características de autoavaliação em saúde e acesso aos serviços de saúde e violência autoprovocada (isolada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	82
Tabela 7 -	Análise bivariada entre características de discriminação e violências interpessoais e violência autoprovocada (isolada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	83
Tabela 8 -	Análise bivariada entre características sociodemográficas e violência autoprovocada (agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	89

Tabela 9 -	Análise bivariada entre características de autoavaliação em saúde e acesso aos serviços de saúde e violência autoprovocada (agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	90
Tabela 10 -	Análise bivariada entre características de discriminação e violências interpessoais e violência autoprovocada (agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	91
Tabela 11 -	Resultado da análise multivariada por Regressão Logística da violência autoprovocada (isolada e agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139).....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALNS	Autolesão Não Suicida
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CESEC	Centro de Estudos de Segurança e Cidadania
CEVSRS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul
CF	Clínica da Família
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
CTS	<i>Conflict Tactic Scales</i>
CTS2	<i>Revised Conflict Tactics Scales</i>
EVAS	Estudo sobre Violências e Autoavaliação em Saúde
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GGB	Grupo Gay da Bahia
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPEC	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LapClin-AIDS	Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e Aids
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MS	Ministério da Saúde

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral LGBT
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
QUESI	Questionário Sobre Traumas na Infância
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDS	<i>Respondent Driven Sampling</i>
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGEU	<i>Transgender Europe</i>
TJRS	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UCLA	<i>University of California</i>
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	16
1	REVISÃO DE LITERATURA E MODELO TEÓRICO- CONCEITUAL.....	24
1.1	Breves considerações histórico-conceituais sobre o suicídio.....	24
1.2	Epidemiologia do suicídio e sua natureza multicausal.....	26
1.3	Transvestisgeneridade(s) e suas relações com o comportamento suicida.....	28
1.3.1	<u>Quais corpos importam na lógica necropolítica?.....</u>	32
1.3.2	<u>Aspectos relacionais entre o comportamento autoabusivo e o comportamento suicida.....</u>	35
1.4	O olhar epidemiológico sobre o modelo ecológico das violências.....	37
1.4.1	<u>Fragilidades acerca dos registros e (sub)notificações de violência autoprovocada: peculiaridades da população LGBT.....</u>	40
1.5	Reflexões sobre a saúde Travesti e Transexual feminina.....	46
1.5.1	<u>O cuidado à luz da Teoria do Estresse de Minoria.....</u>	47
1.6	Modelo teórico-conceitual do estudo: As (inter)relações sociais da violência.....	53
2	METODOLOGIA.....	59
2.1	Desenho do estudo.....	59
2.1.1	<u>Breves considerações sobre o estudo de base.....</u>	59
2.2	Cenário do estudo.....	60
2.3	Coleta de dados.....	60
2.4	Variáveis do estudo.....	61
2.4.1	<u>Variáveis desfecho.....</u>	61
2.4.2	<u>Covariáveis do estudo.....</u>	63
2.5	Análise de dados.....	71
2.6	Aspectos éticos.....	72
2.7	Financiamento do estudo.....	73
3	RESULTADOS.....	74
4	DISCUSSÃO.....	97

4.1	Aplicações para a saúde coletiva e para a enfermagem.....	108
4.2	Limitações do estudo.....	111
	CONCLUSÃO.....	112
	REFERÊNCIAS.....	114
	ANEXO A – Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada (versão 5.1 – SINAN).....	135
	ANEXO B – Instrumento de coleta da pesquisa de base (EVAS).....	137
	ANEXO C – Relação de referências para crises / emergências em saúde mental no Estado do Rio de Janeiro.....	152
	ANEXO D – Parecer consubstanciado de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa.....	164
	ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	168

INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado se insere no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), na área de concentração Enfermagem, Saúde e Sociedade, na linha de pesquisa Saberes, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem e é oriunda de um misto de inquietações e instigações de toda minha trajetória enquanto profissional que vive os desafios e privilégios de estar nos espaços acadêmicos e de cuidado direto, mas também enquanto homem gay, que, apesar das prerrogativas que me orbitam por ser branco e cis e das oportunidades de estudo, experimento diariamente e iminentemente as faces da violência contra mim e meus pares.

A seguinte pesquisa buscou levantar a discussão acerca dos efeitos das violências interpessoais (intrafamiliares e extrafamiliares) sobre o comportamento suicida e autoabusivo de um grupo de travestis e mulheres transexuais residentes da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro e acompanhadas no LapClin-Aids do INI/FIOCRUZ.

Para isso, a tese se constrói a partir de caminhos reflexivos didaticamente divididos em introdução, revisão de literatura e modelo teórico conceitual, metodologia, resultados, discussão e conclusão, com algumas subseções para ancorar pontos de debate que possam agregar à reflexão proposta.

A introdução traz elementos de aproximação conceitual sobre o suicídio no Brasil e no mundo com alguns dados epidemiológicos introdutórios e, em sequência, apresentamos a discussão caminhando para as populações de interesse já articulando com a teoria do estresse de minoria. Após a introdução, temos a revisão de literatura estabelecida em cinco seções e quatro subseções e o modelo teórico conceitual da tese, que servem como pontos de ancoramento teórico que visam ofertar ao leitor uma leitura mais minuciosa sobre alguns elementos que estarão presentes durante as discussões estruturantes da tese.

A primeira seção traz breves considerações históricas e conceituais sobre o suicídio, explicando um pouco sobre como esse fenômeno foi visto e compreendido ao longo da história e como se dá essa relação fenomenológica na atualidade. A segunda seção traz dados epidemiológicos mais robustos sobre o comportamento suicida, iniciando uma discussão sobre os componentes multicausais presentes nesse contexto. A intersecção do comportamento suicida, agora já situado e conceituado, às questões de identidade de gênero travesti e transexual aparecem na terceira seção, onde são abordadas algumas reflexões frente às especificidades dessas mulheres no processo de adoecimento psíquico frente às violências

vividas cotidiana e sistematicamente. Dentro desta seção, puxamos uma subseção visando à reflexão sobre corporalidades travestis e trans, realçando uma discussão iminente nas literaturas de gênero e sexualidade com tom provocador à luz analítica da necropolítica para compreender como esses corpos ocupam os espaços de adoecimento pela/na sociedade e, fechamos com uma subseção que traz elementos elucidativos acerca do comportamento autoabusivo.

A quarta seção traz uma aplicação do modelo ecológico da epidemiologia às violências e seus desdobramentos desde as camadas mais macrossociais até os alvos direcionados das violências propriamente ditas. E, logo após, há uma subseção que inaugura uma reflexão emergente do processo de construção da tese, pois levanta o desafio das (sub)notificações no manejo das violências. Na tentativa de desvelar tal imbróglio, busquei aporte teórico na literatura para esta discussão, dando enfoque às violências autoprovocadas entre pessoas LGBTQs, articulando com as travestis e mulheres transexuais.

Já na quinta seção, engrenamos a reflexão acerca das peculiaridades do conceito saúde na perspectiva travesti e transexual, já encaminhando ponderações voltadas para as travestis e transexuais vítimas de violência, dando enfoque à atuação da enfermagem no contexto do cuidado ampliado enquanto principal ferramenta terapêutica, emergindo, necessariamente, a partir dessa reflexão, a subseção que traz elementos para a compreensão da teoria que balizou grande parte da construção do modelo e das reflexões, que é a teoria do estresse de minoria. Dito isso, é importante pontuar que tal teoria se sustenta em conceitos complexos da psicologia, sociologia e filosofia e que aqui, foram feitas escolhas para uma aproximação teórica, entretanto, sem possibilidade de um aprofundamento robusto, mas com componentes que fossem suficientes para levar a discussão adiante.

A última seção da revisão é o modelo teórico conceitual da tese, que é o ponto referencial do debate, em que trazemos uma discussão mais robusta sobre o fenômeno das violências de uma forma global, onde é possível compreender a complexa e múltipla teia desse evento social que se apresenta como um agravo pandêmico que atinge desde as coletividades até a camada mais íntima do sujeito, estruturando essa seção como a espinha dorsal desta pesquisa.

O capítulo da metodologia traz algumas considerações técnicas e éticas sobre o desenho do estudo, o estudo de base, o cenário das entrevistas e coletas de dados, sobre os tratamentos das variáveis, bem como as análises realizadas e as devidas referências às agências de fomento que viabilizaram a pesquisa de base.

O capítulo dos resultados traz os principais quadros e tabelas dos dados analisados, configurando o cenário de achados que subsidiaram as discussões frente à realidade exposta pelas participantes.

O capítulo da discussão propõe alinhavar as reflexões a partir das análises realizadas a fim de nos conduzir em um caminho dialético entre os dados da literatura e os dados encontrados, que constituíram tecido de debate frente às temáticas tratadas nesta tese. A fim organizativo de ideias, a primeira subseção tratou de propor uma reflexão ampliada dos resultados à luz da saúde coletiva, intentando não perder de vista a relevância macropolítica e social que desenham o pano de fundo deste trabalho; e na segunda subseção trazemos algumas limitações enfrentadas durante a elaboração da tese como forma de respeito ao rigor metodológico proposto em sua essência epidemiológica.

Fechando a tessitura proposta, temos o capítulo da conclusão que traz em suas análises um breviário das ideias levantadas e um arremate final da totalidade reflexiva trabalhada durante os anos de construção desta tese de doutorado.

Dando início à reflexão proposta, a palavra suicídio deriva etimologicamente do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) e significa uma morte intencional autoinfligida, configurando-se como um ato de violência contra si próprio. Estudos apontam que o comportamento suicida existe desde os tempos mais antigos da humanidade, estando condicionado à forma como esse fenômeno, assim como o fenômeno das violências, é encarado à luz das diferentes sociedades e culturas (BOTEGA, 2014; MOREIRA E BASTOS, 2015).

Dentro da teia das violências proposta por Krug et al. (2002), as violências, de forma geral, podem ser divididas em três grandes categorias, conforme as características dos envolvidos:

- a) Violência dirigida a si mesmo (autoprovocada);
- b) Violência interpessoal;
- c) Violência coletiva.

Essa categorização inicial faz a distinção entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, a violência infligida por outra pessoa ou por um pequeno grupo de pessoas, e a violência infligida por grupos maiores como, por exemplo, Estados, grupos políticos organizados, grupos de milícia, facções e organizações terroristas, por exemplo.

A violência autoinfligida ou autoprovocada (tratadas nesta tese como equivalentes) é subdividida em comportamento suicida e autoabusivo. O primeiro classifica-se em três categorias distintas, que incluem pensamentos suicidas, tentativas de suicídio (também

chamados de "parassuicídio") e as mortes por suicídio. O autoabusivo, por outro lado, inclui atos como a automutilação, que pode estar associada ao comportamento suicida ou não, mas que deve ser objeto de atenção (WHO, 2014).

No que concerne ao comportamento suicida, tem-se um *continuum* de autoagressões que envolvem ideação, ameaças, tentativas e atos suicidas. O suicídio apresenta-se como um de seus desfechos, o mais grave, o mais crítico e o mais identificado pela área da saúde (WHO, 2014).

Ideação suicida se refere aos pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando desejos, atitudes e planos que o indivíduo tem para dar fim à própria vida, embora possam fazer parte de alguns períodos transicionais da vida humana, os pensamentos suicidas tornam-se problemáticos quando a realização destes parece ser a única solução dos problemas, tornando-se, então, um sério risco de tentativa de suicídio ou suicídio (OMS, 2000).

A intensidade desses pensamentos, sua profundidade, bem como o contexto em que surgem e a impossibilidade de desligar-se deles é que são fatores que distinguem uma pessoa saudável de uma que se encontra à margem de uma crise suicida (BORGES *et al.*, 2008; OMS, 2000).

A tentativa de suicídio é o ato sem resultado letal no qual o indivíduo deliberadamente causa danos a si mesmo e pode ter relação com futuras tentativas de morte por suicídio e é presente o desejo de morrer, considerado "o portal" do comportamento autodestrutivo, que representa a inconformidade e a insatisfação do indivíduo com seu modo de vida naquele momento, podendo ser uni ou multifatorial (CORREA; BARRERO, 2006).

Uma tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral, aumentando o risco de concretização do suicídio cerca de cem vezes em relação a quem nunca tentou, sendo um alerta fundamental para a existência de fenômenos psicossociais complexos (BOTEGA, 2014; OPAS, 2018).

No Brasil, este cenário configura-se um desafio e um problema de saúde pública, uma vez que nos encontramos entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios no mundo, com índices ascendentes em quase 30% nas duas últimas décadas (BOTEGA, 2014; OPAS, 2018).

O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade e é responsável anualmente por aproximadamente 800 mil óbitos. Essas taxas não incluem as tentativas de suicídio, que podem ser de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (BOTEGA, 2014; OPAS, 2018).

A Organização Mundial da Saúde, baseada nas tendências atuais estima que, até 2020, aproximadamente mais de 1 milhão e meio de pessoas morreram por suicídio, e dez a vinte vezes mais pessoas tentaram suicídio em todo o mundo, representando a média de uma morte a cada 20 segundos e uma tentativa de suicídio a cada um a dois segundos. Atualmente, essa cifra supera, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002; VÄRNIK, 2012).

No Brasil, 51% dos casos de suicídio acontecem dentro de casa. Estima-se que apenas um em cada três casos de tentativa de suicídio chegue aos serviços de saúde, de forma que os dados sobre o comportamento suicida acabam se tornando bastante incipientes (BOTEGA, 2014).

Entretanto, embora pareça bastante disseminado, o suicídio atinge de maneiras diferentes populações consideradas vulnerabilizadas, principalmente os grupos que sofrem discriminação, como a população LGBT, sobretudo, o “segmento T”¹, o que, em um contexto sistemático de violações e negações de direitos, acaba sendo apenas um dos tantos desdobramentos negativos dessas vivências cotidianas permeadas por marginalização, empobrecimento, violências e estresse levando a um cenário preocupante e de extrema relevância para a saúde coletiva (WHO, 2013).

Uma maneira de buscar entender o fenômeno do comportamento suicida é olhá-lo à luz da teoria do estresse de minoria (MEYER, 1995), que explica o impacto de determinados elementos estressores em populações minorizadas e vulnerabilizadas, como as travestis e mulheres trans, que, além dos estresses entendidos como normais e esperados, estão sujeitas a uma carga maior desses estressores ao longo de suas existências.

Neste sentido, tem-se como objeto os efeitos das violências interpessoais sobre as violências autoprovocadas, pautado na tese que: as violências sofridas por travestis e mulheres transexuais ampliam as chances de violências autoprovocadas independente dos outros fatores de risco de suicídio, e que essas relações devem ser consideradas nos modelos de cuidado à saúde deste grupo populacional.

Entendendo que cada hipótese é uma tentativa de explicar o fenômeno objeto de interesse e que a hipótese alternativa (H_1) pressupõe diferença entre os grupos, assim refutando a hipótese nula (H_0); esta pesquisa estrutura a tese central em duas hipóteses que foram discutidas na construção do modelo teórico-conceitual. Deste modo, tem-se como

¹ Termo utilizado para designar o grupo de Travestis e Transexuais (WHO, 2013).

primeira hipótese que: H_1 – as formas de violências interpessoais (discriminação, violência comunitária, violência na infância, violência por parceiros íntimos) sofridas isoladamente por travestis e mulheres transexuais ampliam as chances violências autoprovocadas independente dos demais fatores de risco de suicídio; e como segunda hipótese: que H_1 – a sobreposição das violências sofridas por travestis e mulheres transexuais amplia as chances de comportamento autoabusivo e suicida independente dos demais fatores de risco de suicídio. Ou seja, proponho aqui a tese de que os fatores relacionados aos episódios de violência autoprovocada por travestis e mulheres transexuais possuem particularidades que os distinguem da população em geral, caracterizando assim, a necessidade de um debate que contemple as especificidades de suas demandas baseado nas evidências de causalidade encontradas nos resultados desta tese.

Desta maneira, propõe-se a seguinte questão do estudo: “Há uma ampliação do risco de violência autoprovocada em travestis e mulheres transexuais a partir das experiências de violência interpessoal?”, definindo-se como objetivo geral desta tese: a) Analisar a prevalência das violências interpessoais e os fatores associados à violência autoprovocada em um conjunto de travestis e mulheres transexuais.

Tendo como objetivos específicos:

- a) Analisar os efeitos das violências interpessoais sobre a violência autoprovocada em travestis e mulheres transexuais; e
- b) Analisar o efeito isolado das violências interpessoais sobre a violência autoprovocada em travestis e mulheres transexuais.

Grande parte da minha motivação está nos dados encontrados no mestrado, onde analisei as barreiras de acesso aos serviços de saúde por parte da população travesti e transexual feminina. Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura na minha dissertação com busca em bases de dados nacionais e internacionais e, durante as pesquisas, foi identificada uma incipiência de estudos epidemiológicos brasileiros (sobretudo de autores da Enfermagem) que se debruçassem sobre a garantia de direitos à saúde da população travesti e transexual, conforme identificado também por Muroya et al. (2014).

Ao finalizar minha dissertação, os resultados me trouxeram até a temática de interesse do doutorado, pois, constatei que algumas violências tiveram impacto direto no acesso dessa população aos serviços de saúde e, a partir desse cenário, fiquei instigado em direcionar os estudos tendo o suicídio como desfecho dessa relação, devido às lacunas encontradas na literatura e pelo ineditismo acerca da temática e, em paralelo, finalizo uma pós-graduação *lato sensu* em suicidologia a fim de me aprofundar e instrumentalizar neste fenômeno.

Além do caminhar individual, tive a oportunidade de participar da construção do projeto “EVAS – Estudos sobre Violências e Autoavaliação em Saúde” com meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Mattos, com pesquisadores de diversas áreas e instituições, bem como ter aproximação com discentes bolsistas e voluntários de graduação e pós-graduação, proporcionando um intercâmbio de conhecimento e experiências extremamente valiosas, o que ampliou minha visão acerca da pesquisa desde sua fase mais embrionária até a parte final, perpassando por todas as etapas, desde a coleta de dados em entrevistas, realização de análises e produções acadêmicas a fim de sociabilizar os dados encontrados.

A relevância da pesquisa se dá nos campos prático, de ensino e da própria pesquisa, a partir da produção de dados, e no campo das participações sociais.

No campo prático, a seguinte pesquisa visa contribuir para a reflexão acerca de práticas contemporâneas na Enfermagem, oportunizando reflexões acerca do manejo dessas usuárias nos diversos segmentos assistenciais e, conseqüentemente, melhorando a qualidade da assistência prestada em um contexto moderno aberto às novas demandas sociais.

No campo do ensino, esta pesquisa poderá contribuir para a formação acadêmica de novos enfermeiros mais conscientes, sensíveis e preparados para lidarem com a questão da diversidade sexual e de gênero, sejam generalistas ou especialistas, em quaisquer cenários que atuem, uma vez que travestis e pessoas trans, embora com certa iniquidade, acessam em algum momento e nível, a rede de saúde; além de servir também como instrumento de atualização e reflexão para os profissionais já inseridos nas unidades de saúde.

E, particularmente, avançar na discussão do proposto pela Resolução 573/18 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que contempla em seu documento a identidade de gênero e a orientação sexual, dentre outras particularidades, como elementos basilares para o ensino de Enfermeiros com uma formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, política e ético-legal (CNS, 2018).

No campo das pesquisas fomentando discussões próprias da Enfermagem, da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, mas também àquelas áreas que atravessam são atravessadas por esses campos do saber. Além de atender a eixos propostos pelo Ministério da Saúde em sua Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), como a análise do impacto de determinantes sociais, como gênero, raça e orientação sexual na saúde mental (embora não explicita a identidade de gênero, entende-se, a partir de uma lógica interseccional, que está relacionado) e a análise dos fatores que interferem na adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) e desenvolvimento de estratégias de adesão para a população

jovem vivendo com HIV (que embora não seja o objetivo central da tese, articula-se, em algum grau, com os resultados encontrados).

No campo das participações sociais, esta pesquisa possibilitou encontros com travestis e mulheres trans e tem como objetivo subsidiar encontros com as participantes, dentro das possibilidades sanitárias, a fim de debater os resultados encontrados e oportunizar trocas entre os pesquisadores e as comunidades travesti e trans.

1 REVISÃO DE LITERATURA E MODELO TEÓRICO-CONCEITUAL

1.1 Breves considerações histórico-conceituais sobre o suicídio

O suicídio é um dos fenômenos mais antigos da história humana, talvez não com a mesma compreensão atual, mas, presente desde os primórdios da sociedade grega antiga. O que se possui de consenso acerca da sua gênese semântica data-se de 1737, na França por René Desfontaines, um abade e estudioso que dentre vários assuntos, trouxe uma reflexão inicial sobre o que seria o suicídio (ASSUMPTO JR., 2018; SOLOMON, 2018).

No ocidente, na antiguidade, o suicídio foi tratado por uma perspectiva filosófica-moral-religiosa, Barbagli (2019) e Minois (2018) trazem que enquanto gregos e romanos questionavam a honra, aceitabilidade ou prejuízo do suicídio à sociedade, nos primórdios do cristianismo o suicídio ocupava um lugar de certo vislumbre, pois era visto como sinônimo de martírio e, conseqüentemente, uma forma de alcançar o “Paraíso de Cristo”, uma vez que, segundo o cristianismo, o grande salvador Jesus Cristo, teria se suicidado para salvar a humanidade, ou seja, o ato de renúncia voluntária mais famoso da história.

As primeiras gerações de cristãos, para fugirem das perseguições à época, entregaram-se voluntariamente ao martírio, seguindo as passagens do livro do novo testamento, a partir dos discursos convidativos que os levavam a abdicar de suas vidas terrenas e se suicidarem para se aproximar de Deus e da vida eterna ali oferecida, entretanto, “a morte feliz do mártir contrastava com a morte desesperada do pecador” (MINOIS, 2018, p.29).

De acordo com Minois (2018) e Silva (2009), a história grega está repleta de suicídios impressionantes pelos mais variados motivos e muito se deve às linhagens de grandes escolas do pensamento grego, como os epicuristas e cirenaicos, que tratavam o suicídio como um fato filosófico, que colocavam o indivíduo no centro da sua vida, com total autonomia para decidir sobre suas ações, inclusive, o suicídio.

De acordo com essa linha de pensamento, a vida só merece ser conservada se for um bem valioso e se o produto dessa existência for um resultado pautado na razão e na dignidade cuja proporção de satisfações seja maior do que as dos males causados. Caso não seja, conservar essa vida seria um desperdício (SILVA, 2009).

Entretanto, Silva (2009) aponta que também não havia consenso total acerca dessa questão. Outras escolas filosóficas, como os pitagóricos, discordavam desse raciocínio, pois

acreditavam que a alma e o corpo eram regidos por relações harmoniosas numéricas e o suicídio poderia configurar uma quebra dessa harmonia por acreditarem que a alma devesse realizar a purificação dos pecados carnis até o limite de sua existência.

E, a partir do século XVIII, o suicídio tem sido encarado como um fenômeno social justamente pela relação expressa entre a saúde dos indivíduos e a maneira como esses são afetados tanto por fatores intrinsecamente subjetivos quanto pelas características históricas, culturais, econômicas, filosóficas, dentre outras das sociedades nas quais vivem e no processo múltiplo de formas de viver, sobreviver ou não viver (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Alguns autores ao longo da história debruçaram-se na tentativa de compreender tal fenômeno dentre diversas perspectivas, tais como Marx (2006), Camus (2018), Freud (1976), dentre outros, porém, foi o trabalho do sociólogo francês Émile Durkheim (1982) que se destacou na discussão do suicídio. Em sua obra, “O suicídio”, publicado originalmente em 1897, um dos mais antigos e clássicos, o filósofo trouxe reflexões resultantes do impacto de macroestruturas, inaugurando um método sociológico de investigação nas ciências humanas.

Para Durkheim (1982), o suicídio era a morte resultante de um ato executado pela própria vítima cuja consequência final era sabida e, de certa forma, esperada. Conforme o sociólogo, cada sociedade está predisposta a fornecer um contingente determinado de mortes voluntárias, e o que interessa à sociologia sobre o suicídio é a análise de todo o processo social, dos fatores sociais que agem não sobre os indivíduos isolados, mas sobre o grupo, esse determinado conjunto da sociedade. Cada sociedade possui, a cada momento da sua história, uma atitude definida em relação ao suicídio.

A partir da análise sociológica de Durkheim (1982), há três tipos de suicídio: o egoísta, que seria a afirmação demasiada do ego individual face ao ego social; o suicídio altruísta, que seria aquele onde o indivíduo o faz dentro de uma lógica vital que tenha a ver com sua cultura ou forma de vida; e o suicídio anômico, que é aquele que ocorre em uma situação de anomia social, ou seja, quando há um evento que causa uma perturbação macro ou micro social, levando a uma desordem naquela estrutura social. Desse modo, segundo o sociólogo, o suicídio é um desdobramento social.

Seguindo essa lógica, o suicídio passou a ser estudado também levando em consideração os determinantes sociais envolvidos nos processos cujos desfechos eram as mortes intencionais, fazendo com que todos os fatores associados também tivessem relação com essas mortes e não apenas a morte como algo isolado visando uma compreensão de que o suicídio, embora seja um ato solitário e individual, pode ser produto de uma cadeia de fatores

externos e, no caso desta tese, a relação se dá a partir das violências sofridas por travestis e mulheres transexuais cujo desfecho é o suicídio.

1.2 A Epidemiologia do suicídio e sua natureza multicausal

Para Carvalho et al. (2017), algumas pessoas na sociedade atual vivem com um sentimento de fracasso por não obter a tão almejada sensação de felicidade e acabam vivendo com a impressão de que alguma coisa está errada na sociedade. A despeito de diversas teorias sociopsicoantropológicas, não há consenso acerca de um parâmetro ideal da felicidade nem tampouco do porquê as mazelas sociais impactam tanto a vida de uns e pouco a de outros.

O ponto é que esse mal-estar pode ser resultado dessa relação processual entre as características individuais e suas experiências com o meio e que uma vez detectada essa perturbação, algumas opções passam a ser consideradas para a resolução desse problema, podendo ser o uso excessivo de medicamentos, álcool, drogas, comportamentos autoabusivos e também comportamentos suicidas (CARVALHO *et al.*, 2017).

Na população em geral, entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio é maior entre os homens, cuja taxa é de 9 mortes por 100 mil habitantes, entre as mulheres, a faixa etária mais acometida é a de 50 a 59 anos com 8 para cada 100 mil mulheres, entretanto, as relações se fazem apenas entre mulheres cisgêneras². Entre idosos com mais de 70 anos de idade, a taxa é de 8,9 mortes para cada 100 mil habitantes, já na população indígena, a faixa etária de 10 a 19 anos concentra 44,8% dos óbitos e a maior proporção dos suicídios ocorreu em solteiros, viúvos e divorciados com proporção semelhante entre os sexos entre os anos de 2011 a 2016 (BRASIL, 2017, 2021; OPAS, 2014).

Na comparação entre raça/cor, a maior incidência de suicídio está na população indígena. A taxa de mortalidade entre os indígenas é quase três vezes maior (15,2%) do que o registrado entre os brancos (5,9%) e negros (4,7%) (BRASIL, 2017), embora este dado deva ser lido com suas devidas proporções estatísticas e epidemiológicas, é um dado considerável para a construção reflexiva.

No Brasil, entre 2007 e 2016, foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 106.374 óbitos por suicídio. Sendo a intoxicação exógena a segunda

² Mulheres que se identificam com o sexo biológico de nascimento (OPAS, 2014).

causa, com 18%, ficando atrás das mortes por enforcamento, que atingem 60% do total. A taxa média nacional de suicídio foi de 5,8 óbitos por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa, em 2016 (BRASIL, 2017).

As taxas de suicídio também são elevadas em grupos mais vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e migrantes, indígenas, pessoas privadas de liberdade e LGBTs. No entanto, o fator de risco mais relevante é o histórico de a tentativa pregressa (PORTO *et al.*, 2019).

No Brasil, no que se refere às tentativas, 69% são registradas em mulheres e cerca de 1/3 tentou mais de uma vez. A população de raça/cor branca registrou o maior percentual de casos (53,2%). Os meios mais utilizados foram substâncias que provocaram envenenamento ou intoxicação exógena, por mais da metade das tentativas de suicídio notificadas no país (BRASIL, 2017; PORTO ET *et al.*, 2019).

Estima-se que as tentativas superem o número de mortes por suicídio em pelo menos 10 vezes e, para cada adulto que se suicida, possivelmente outros 20 tentam o suicídio, nesse sentido, as tentativas de suicídio devem ser encaradas com seriedade, como sinal de alerta, revelando a influência de fenômenos psicossociais complexos (BRASIL, 2017; SILVA *et al.*, 2017).

Dados interseccionais da pesquisa da ONG norte-americana *Trevor Project* (2021) apontam que 42% dos jovens LGBTs consideraram seriamente a tentativa de suicídio no ano de 2020, desse grupo, 31% eram jovens nativos/indígenas, 21% eram negros, 21% eram jovens que se consideravam multirraciais, 18% eram latinos e 12% eram brancos, sendo mais da metade desses jovens, pessoas trans e não binaries.

A relação entre o comportamento suicida e transtornos mentais, em particular a depressão e o uso prejudicial de álcool, é relevante. No entanto, suicídios também ocorrem em momentos de crise, como um colapso na capacidade de lidar com os estresses da vida, tais como problemas financeiros, término de relacionamento ou dores crônicas e doenças. Além disso, o enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados com o comportamento suicida (PORTO *et al.*, 2019).

Entretanto, além de sub-registros e de subnotificações, há o problema dos suicídios que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (GOTSSENS *et al.*, 2011).

Em contextos de pandemias, é esperado que ocorra um agravamento dos fatores de risco devido ao medo da infecção própria ou de entes queridos (LU, 2015), não sendo

diferente na COVID-19. Os adultos, sendo a parcela geralmente responsável pela renda familiar, podem se sentir pressionados devido às tendências de desemprego, a manterem sua dinâmica laboral, rompendo as normativas de isolamento social e, conseqüentemente, colocando-se em situação de risco para a infecção. Em decorrência dessa conjuntura e do possível contexto de forte pressão pelo qual podem passar os adultos economicamente responsáveis pelas famílias, é necessário observar mudanças de comportamento, pois os mesmos podem ser sinais de alerta (FIOCRUZ, 2020).

Mais de 80% dos jovens LGBTs afirmaram que a COVID-19 tornou sua situação de vida mais estressante e apenas um em cada três jovens LGBTs considerou sua casa um ambiente acolhedor quanto à sua questão de gênero ou identidade de gênero, 70% dos jovens LGBTs afirmaram que sua saúde mental era "ruim" na maior parte do tempo ou sempre durante a pandemia (TREVOR PROJECT, 2021).

Os dados de fatalidades, especialmente de homicídio, e de suicídio e mortes relacionadas a guerras podem fornecer um indicativo do alcance da violência letal em uma determinada comunidade ou em um dado país. Quando comparados às estatísticas referentes a outras mortes, esses dados são indicadores úteis da carga imposta pelas lesões relacionadas à violência. Esses dados também podem ser úteis para o monitoramento das mudanças na violência fatal no decorrer do tempo, identificando os grupos e as comunidades sob alto risco de violência e fazendo comparações nos países e entre os países (OMS, 2002).

1.3 Transvestigeneridade(s) e suas relações com o comportamento suicida

Cabe iniciar explicando o termo “transvestigênera ou travestigênera”, que foi cunhado pela deputada estadual Erika Hilton e a transativista Indianarae Siqueira e que pode ser compreendido ou formado pela aglutinação das palavras e sentidos de travesti, transexual e pessoas transgêneras, bem como não binárias e aquelas aderidas à transexualidade compulsoriamente (CUNHA E YORK, 2020), como algumas pessoas intersexo, por exemplo.

Nesta seção utilizaremos transvestigêneras a fim de convergir com uma linguagem atual e inclusiva sempre que possível, mas ao longo da tese até por questão de respeito e atendimento às peculiaridades das pautas travestis e das mulheres trans, elas serão tratadas ora de maneira separada, ora de maneira agrupada, embora as violências às quais elas estão

expostas estejam interseccionadas de alguma forma, sendo apenas uma questão de escrita textual.

Vieira (2018) endossa a pluralidade acerca da discussão dos corpos não binários e suas relações com “diversos gêneros”³. E, para tanto, é necessário retomar a prerrogativa de que o gênero, não se limita “ao corpo”, tampouco às expressões de gênero que dali emergem à leitura dos espectadores. O gênero, para Vieira (2018), possui relação com o corpo e essa relação é dada pela cultura que o designa, estabelecida por relações semióticas arbitrárias estruturais e que estruturam (e se estruturam, em uma retroalimentação complexa), no que é masculino e feminino baseado naquele código sociocultural aceito, porém, o gênero nem sempre cabe nessa binariedade proposta e tida como regra. O gênero, em suas vastas possibilidades, é prédiscursivo, é pressuposto e é performático.

Desde antes do nascimento, com os “chás de bebês” e, continuamente após, com frases como “menino veste azul e menina veste rosa”, como lembra Vieira (2018), há um esforço intenso no enquadramento do sujeito em um dos polos de gênero e no que se é esperado de conduta para tal polo, e os discursos sociais normativos, embasados no aglomerado discurso médico-clínico tendem a transformar em patologia toda fuga a esse enquadramento, o que hoje já entendemos como “apenas” uma questão identitária.

Na tentativa de elucidar o já dito, trago um relato da autora trans Helena Vieira (2018, p.240):

Quando me afirmo como pessoa trans não binária quero dizer que nenhum desses ‘modos de viver’ genericados me contemplam. Posso olhar para um homem e pensar: ‘Sou igual a ele?’. Minha resposta será ‘não’, e o mesmo se dá quando olho para uma mulher. Mas essa não é a questão mais importante. A questão central é: precisamos ter gênero para nos socializar? Sou uma pessoa trans, pois não me identifico com o gênero que me foi designado ao nascer e para o qual fui criada. Considero meu corpo como instrumento de resistência micropolítica. Quando saio pelas ruas vestida com roupas tidas como femininas, estou rompendo com discursos normativos. Quando tomo hormônios femininos, não o faço para ‘ser mulher’, mas para apagar as marcas deixadas pela testosterona no meu corpo. Os hormônios que tomo fazem com que eu tenha seios. Minha meta? Que olhem para mim e não saibam o que eu sou.

A partir da fala da Helena é possível perceber que não há um jeito “certo” de ser mulher, nem cis, nem trans, nem binária, nem não binária. Nem toda travesti, nem toda mulher trans vai precisar modificar seus corpos (ou suas corpas como também encontramos na literatura própria) para se sentirem aceitas e, ainda que o façam, não será necessariamente buscando o mesmo objetivo.

³ Adaptação de linguagem neutra para “diversos gêneros”.

Entretanto, muito dessa pluralidade ainda não é compreendida, tampouco respeitada pelas pessoas de forma geral. Essa certa “confusão” do não entendimento orgânico do outro é vivenciado até mesmo pelas travestis e mulheres transexuais que se colocaram às modificações corporais buscando atingir suas expectativas subjetivas daquilo que entendem como ideal para si.

O ponto é que mesmo aquelas que possuem uma expressão generificada mais próxima do signo social do que é ser mulher e do que é ser feminina, ou seja, até mesmo as mais “passáveis⁴” não estão isentas dos impactos das violências sobre seus corpos e suas vidas, o que coloca a cisheteronormatividade como totalitária, de acordo com Arendt (2013), que explica o totalitarismo como uma força de relação baseada na solidão e na experiência radical e desesperadora de não pertencimento ao mundo, beirando o vácuo existencial, sentimento bastante comum no pródromo do comportamento suicida e que faz parte da vivência de muitas travestis e mulheres trans cotidianamente.

No que diz respeito às populações travesti e transexual em específico, há poucos dados sobre comportamento suicida entre elas, mas seguindo a lógica da violência estrutural à qual estão submetidas diariamente por uma série de fatores socioculturais que perpassam atitudes machistas e cisnormativas, é necessário citar os últimos dossiês produzidos pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA, 2020; 2021; 2022) que, preocupantemente, informam a manutenção do Brasil no topo da lista global como o país que mais mata travestis e transexuais no mundo.

A cisnormatividade (ou cisgeneiridade) indica a existência de uma norma que produz efeitos de ideal regulador, expectativas e universalização da experiência humana. Em termos gerais, a norma cisgênera é uma das matrizes normativas das estruturas sociais, políticas e patriarcais, cujos ideais produzem efeitos de vida e de atribuição identitárias extremamente rígidas. E uma vez atribuído um gênero, de forma compulsória no momento de registro de cada pessoa, a norma cisgênera afirma que essa designação é imutável, fixa, cristalizada ao longo da vida da pessoa e a atribuição identitária define e naturaliza sua designação em um dos polos do sistema de sexo/gênero a partir de uma leitura limitada e baseada apenas na genitália no momento do nascimento (CUNHA; YORK, 2020; RUBIN, 1975).

Os pontos apresentados, além de denunciarem a violência, explicitam a necessidade de políticas públicas focadas na redução de homicídios entre pessoas trans, traçando um perfil sobre quem seriam estas pessoas que estão sendo assassinadas a partir de informações como

⁴ “Ser passável”: Apresentar passabilidade; transitar nos espaços sem ser questionada sobre seu gênero.

idade, classe, contexto social, raça, gênero, métodos utilizados, além de outros fatores que colocam essa população como o principal grupo vitimado pelas mortes violentas intencionais no Brasil (ANTRA, 2020; 2021; 2022).

Em muitas sociedades, os transtornos mentais relacionados à marginalização e empobrecimento, violência e estresse são motivos de crescente preocupação, principalmente em grupos que sofrem discriminação, como a população LGBT, em especial, o “segmento T”⁵ (WHO, 2013).

Pensando de forma ampla, o desenvolvimento harmônico e saudável do indivíduo deve levar em consideração diversas dimensões, biológica, psicológica, social, subjetiva. Uma vez excluída e vulnerável socialmente, essa pessoa está mais propícia ao sofrimento psíquico. Assim, a LGBTfobia, sobretudo a travestifobia e a transfobia, bem como outros processos de discriminação social, devem ser considerados propulsores do processo de adoecimento dessa população (SILVA *et al.*, 2020).

Lerri (2017) evidenciou uma prevalência de transtornos mentais como ansiedade, depressão e elevada taxa de tentativas de suicídio na população trans, superando, inclusive, a média entre a população cisgênera, o que pode levar a crer que há fatores que potencializam o risco nas populações travesti e transexual.

Considerando a pluralidade do comportamento suicida, se faz necessária uma análise através das relações psicossociais do sujeito com os contextos à sua volta e, em contrapartida, com os grupos sociais como, por exemplo, as instituições, ou seja, a maneira como os grupos sociais se relacionam impactam na vida individual e vice-versa (BASTOS, 2009).

As pessoas LGBTs (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) comumente são excluídas de vários grupos sociais, seja pelos próprios pais, famílias e/ou pela sociedade, tendo constantemente sua orientação e/ou identidade questionadas. O bullying começa desde muito cedo e está relacionado à uma reação à quebra dos padrões sociais de gênero. Se uma criança tem pênis, é esperado um comportamento social masculino – caso fuja disso, ela vira motivo de chacota e pode ser agredida de diversas formas. A discriminação, notavelmente, gera uma série de efeitos negativos sobre a saúde mental do indivíduo e contribui mais tarde para o seu adoecimento (ANTRA, 2018).

Levando em conta a tendência social à marginalização de algumas relações LGBTs, seus vínculos com outros grupos sociais e instituições acabam também ficando enfraquecidos e desestruturados, baseados no preconceito, o que impacta individualmente de maneira

⁵ Termo utilizado para designar o grupo de Travestis e Transexuais (WHO, 2013).

negativa. Estas conexões baseadas na exclusão podem desencadear respostas negativas que acabam contribuindo para o desfecho do comportamento suicida (BASTOS, 2009; CARDOSO; FERRO, 2012).

Os dados evidenciados acima convergem no sentido da necropolítica trans de se constituir como uma tecnologia ininterrupta de violência sistêmica, estrutural e institucional contra o dispositivo da transexualidade, pois permeia a vida social – incluindo as diversas variáveis familiares, escolares e culturais – e, principalmente, a vida política, no seu jogo de opressão cisheterossexista (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2018).

O que acaba por reforçar a relevância da pesquisa pela própria vulnerabilidade da população em foco que, no campo da saúde, pode ser exemplificada pelos alarmantes índices de violência e assassinatos sofridos, pelos agravos relativos à saúde mental, como depressão, ideação e tentativa de suicídio e pela alta prevalência do HIV, por exemplo (MONTEIRO *et al.*, 2019; ROCON *et al.*, 2018).

Ademais, o estigma e a discriminação sexual têm sido apontados como importantes obstáculos ao acesso desse segmento social aos serviços de prevenção e cuidado. Em função de tais problemas, a agenda de direitos de cidadania para esse segmento social inclui ainda demandas por uma atenção integral em saúde, física e mental, e acesso aos serviços livre de discriminação. Essas reivindicações vêm sendo construídas paralelamente aos esforços por consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e evocam debates acerca das implicações das desigualdades sociais no cuidado em saúde (MONTEIRO *et al.*, 2019).

1.3.1 Quais corpos importam na lógica necropolítica?

Em pleno século XXI, a violência ainda marca os espaços e corpos de mulheres e LGBTQs, tornando tais grupos sociais vítimas de suas múltiplas formas, não importando a escala espacial, o sofrimento diário faz parte da sua vivência seja em casa, no trabalho, nos locais de lazer, nas ruas ou em qualquer outro espaço público (RIBEIRO, 2016).

Como Silva e Campos (2020) apontam, ao longo da história, percebe-se o controle sobre a sexualidade feminina historicamente orientado pelo patriarcado, androcentrismo e por questões morais e religiosas, havendo, sobretudo uma violência exponenciada que se volta aos corpos transexuais, que Butler (2018; 2019b) traz como violência antitrans que, para ela, é o

sinal da barbárie que reforça a intolerância e descartabilidade com as quais esses corpos são tratados (BENTO, 2019a; 2014).

Uma vez descartáveis, esses corpos passam a compor vidas precárias que, segundo Butler (2019b), estão ligadas a um processo de esvaziamento do humano, por meio do qual se define a imagem daquilo que consideramos humano e, portanto, vivo, mas para ser considerado vivo é necessário que se esteja de acordo com certos enquadramentos epistemológicos e também sociais.

Um dos elementos deste enquadramento proposto por Butler é o corpo, que na exposição da vida cotidiana já se faz vulnerável, cuja sobrevivência deste depende das condições e instituições sociais às quais ele está submetido. Um corpo trans, como se pode verificar pelos dados apresentados, está geralmente submetido a um meio social excludente e violento, o que torna seu corpo descartável e sua vida precária (CONNELL, 2016).

Nesta lógica, a necropolítica, conceito trazido por Mbembe (2016), se sustenta no poder estatal de decidir quem vive e como vive e quem e sob quais condições deve morrer, como uma espécie de autorização que o Estado possui de manter determinado controle social.

Embora para Mbembe (2016) o racismo seja o motor da necropolítica, a essência do ódio contra os corpos ditos dissidentes é a mesma, porque corpos travestis e trans, ainda que não sejam pretos ou negros, por si só já ocupam um lugar subalternizado, e caso sejam, somam a cor da pele ao conjunto de marcadores sociais da violência interseccional.

Outra perspectiva é a de Bento (2018) à lente dos estudos do biopoder Foucaultiano⁶, que entende esse posicionamento como uma forma do Estado “deixar morrer” certos indivíduos e de certas condutas que provocam a morte dos que estão aos cuidados do Estado, um meio de gestão de determinados grupos, seja pela falta de assistência médica, pela ausência de empregos dignos para grande parte da população, atingindo diretamente determinadas pessoas. É a morte em sentido literal e metafórico, através do não reconhecimento da cidadania, ou condições precárias desta. Logo, a morte não é apenas o homicídio, mas a exclusão social, negação de direitos, invisibilização, silenciamento, apagamento, estigmatização etc.

O biopoder opera, segundo Cassal e Bicalho (2011) e Toledo (2010) como uma forma de estimular a eliminação desses corpos “desviantes” (conceito bastante utilizado por Foucault nesse contexto), que seriam aqueles que não atendem às normas impostas

⁶ Foucaultiano: Diz respeito aos estudos do filósofo Michel Foucault.

socialmente, definindo modos de existir associados às vivências dessas pessoas, na tentativa de deslegitimar subjetivações e normatizar modos de viver.

Toledo (2010) ainda explica que o biopoder se manifesta na necessidade de situar os corpos considerados desviantes, para que assim, se produzam formas de controle sobre esses corpos, que variam desde a patologização médica, com a associação dessas identidades e orientações afetivas e sexuais à doenças psiquiátricas, seja pela negligência acerca de direitos humanos básicos dessas pessoas, colocando-as à mercê da sociedade e também enquanto corpos que devem ser disciplinados a partir dos mecanismos regulamentadores, como as violências cotidianas e naturalizadas.

As reflexões sobre o racismo como um fenômeno estrutural permitem deslocamentos para que se compreenda também a LGBTfobia como um fenômeno estrutural e que, portanto, não se trata apenas de uma característica individual ou coletiva, mas que é parte estruturante da própria ordem, acontecendo como normalidade onde as relações sociais, políticas, econômicas, jurídicas e intersubjetivas são constituídas de forma desigual (PIRES, 2018).

Quando as barreiras da violência ultrapassam o simbólico e se materializam na violência física chegando à morte destas pessoas, outro dado que chama atenção é o excesso de violência com o qual estas mortes acontecem, já que a grande maioria das mortes se dá por associação de meios como tortura, linchamento, afogamento, facadas e espancamentos, ou seja, é como se matar não bastasse, é preciso desfigurar, descaracterizar, é preciso apagar a pessoa da história (ANTRA, 2020).

Para Bento (2014), da mesma forma que a sociedade precisa de modelos exemplares, os heróis, os não exemplares, os párias, os seres abjetos também são estruturantes para o modelo de sujeitos que não devem habitar a nação nem modos de existir. Para ela, uma das principais funções sociais deste tipo de violência é a espetacularização exemplar. Os corpos desfigurados impactam na medida em que contribuem para reprodução da lei de gênero que define que somos o que nossas genitálias determinam.

E essa convivência estatal possui forte relação com o luto público, pois o luto só é público se a indignação também a for. E quando há indignação pública há uma pressão social por uma resposta efetiva do Estado. Entretanto, o “cistema” acaba fazendo com que as mortes sejam públicas, porém a indignação não. Este é mais um ponto que reforça a precariedade das vidas de travestis e mulheres transexuais (BENTO, 2014).

Ainda no que tange aos dados disponíveis, Silva e Campos (2020) atentam para o quão necessário é considerar a subnotificação destas mortes, pois muitas vezes travestis e transexuais morrem invisibilizadas, por diversos fatores como a negligência da identidade de

gênero real no registro policial ou pelo fato de a família não identificar ou reclamar aquele corpo que acabará sendo enterrado como indigente ou não reclamado.

1.3.2 Aspectos relacionais entre o comportamento autoabusivo e o comportamento suicida

O comportamento autoabusivo pertence ao grupo maior das violências autoinfligidas ou autoprovocadas juntamente com o comportamento suicida (WHO, 2014).

Há várias nomenclaturas para designar esse conjunto de comportamentos: autoflagelação (BRASIL, 2017), autopunição (BRASIL, 2017), autolesão deliberada (BRASIL, 2019), autolesão não suicida (ALNS) (DSM-5, 2014), autoagressão (FATTAH; LIMA, 2020), autolesão sem intenção suicida (MUEHLENKAMP; DAMIANO, 2021), automutilação (YATES, 2004), dentre outras.

Nesta tese, optou pela nomenclatura autolesão não suicida (ALNS), que é a utilizada pelo DSM-5, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), linguagem padronizada e utilizada internacionalmente e que a define como “comportamento repetido do próprio indivíduo de infringir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo” (p. 804).

Dentre as práticas mais comuns na ALNS estão os cortes superficiais na pele, arranhões, mordidas, queimaduras, bater partes do corpo contra a parede e enfiar objetos pontiagudos no corpo (CEDARO; NASCIMENTO, 2013) e essas práticas são classificadas como leves, moderadas ou graves, podendo uma mesma pessoa ter cometido mais de um tipo de autolesão, apresentando ao mesmo tempo gravidade leve, moderada ou grave.

Muehlenkamp e Damiano (2021) indicam que ainda são escassas as pesquisas que mapeiem as ALNS no Brasil e que a maior parte das estimativas de prevalência advém de estudos norte-americanos e europeus. Um dos poucos estudos encontrados, de Fonseca et al. (2018), encontrou dados que corroboram os encontrados na literatura, onde percebeu-se uma prevalência desse comportamento em adolescentes e adultos jovens e uma frequência maior em jovens do sexo feminino (cisgêneras).

Fonseca *et al.* (2018) também apontam que quase 10% dos adolescentes participantes da pesquisa relataram ter praticado, no mínimo, cinco práticas autolesivas nos últimos doze meses, o que é o preconizado pelo DSM-5 para caracterizar a ALNS.

Embora sejam estudadas de maneira independente, Toro *et al.* (2013) chamam atenção para o fato de que essa linha relacional entre o comportamento autoabusivo e o comportamento suicida é tênue e pouco compreensível, como em algumas situações onde os métodos se confundem aos presentes nas tentativas de suicídio, como cortar os pulsos com navalha, por exemplo.

Devido a essa imprecisão classificatória, atitudes autoabusivas devem ser encaradas como sinais de risco, não devendo ser negligenciadas nem subestimadas, além de serem preditores importantes para o comportamento suicida, embora essa relação não seja direta ou obrigatória, é fundamental cogitarmos essa relação (SBP, 2019; TORO *et al.*, 2013).

Algumas correntes teóricas explicam que o comportamento autolesivo não suicida pode estar associado a tentativas alternativas de reduzir ou substituir emoções negativas, tensões, ansiedades e escapes frente a crises interpessoais ou intrínsecas (GUERREIRO, 2014; SANT'ANA, 2019).

DeAngelis (2015) levanta outro aspecto importante que é a possível relação entre vivências de pessoas que apresentam comportamento autoabusivo com experiências psíquicas de excesso de autoavaliações negativas ou baixa autoestima e que essa naturalização de experiências negativas acabam proporcionando certa complacência à dor, resignificando essa dor em uma forma de desviar os sentimentos ruins que essas pessoas têm sobre si mesmas, entretanto, Fonseca *et al.* (2018) reforçam que ainda são poucas as pesquisas que se aprofundam acerca da motivação psicossocial que determina o comportamento autolesivo não suicida.

No que tange à população LGBT, não foram encontradas pesquisas realizadas no Brasil sobre esse comportamento nessa população, tampouco com travestis e mulheres transexuais. Embora de maneira análoga, a alta prevalência em mulheres cisgêneras possa abrir um ponto de partida investigativo comparativo (WHO, 2013).

Francisco *et al.* (2020) corroboram que as violências às quais a população LGBT está exposta ao longo de suas vidas, desde sua infância e adolescência, são fatores predisponentes para comportamentos autoabusivos e potencialmente suicidas devido ao potencial desgaste à saúde psíquica dessas pessoas.

Para além de contextualizar esse fenômeno apontado pela literatura como relevante fator preditor do comportamento suicida, desfecho primário desta tese, considera-se fundamental reforçar o monitoramento do comportamento autoabusivo na tentativa de ajudar a identificar precocemente aspectos de comportamentos que são relevantes para a prevenção do suicídio e para tratamentos alternativos, como reforçam Hawton *et al.* (2015).

1.4 O olhar epidemiológico sobre o modelo ecológico das violências

A epidemiologia, a fim de explicar a violência à luz de sua episteme, traz como uma forma de compreensão, o modelo chamado ecológico que, segundo Dahlberg e Krug (2006), surge ao final da década de 70 nos EUA, inicialmente, voltado para os fatores relacionados à violência infanto-juvenil.

Ele é considerado ecológico, pois a partir da análise de um determinado grupo, em um recorte de tempo e espaço definidos, busca ajudar a assimilar a natureza multifatorial e multifacetada da violência a partir de quatro níveis (DAHLBERG; KRUG, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Dahlberg e Krug (2006) explicam que o primeiro nível do modelo ecológico procura levantar as condições intrínsecas, desde questões biológicas e psicológicas, até questões demográficas e ligadas à história de vida e, de certa forma, como essas condições aumentam ou diminuem a probabilidade desse indivíduo sofrer ou perpetrar violências.

Já o segundo nível leva em consideração as relações sociais próximas, desde familiares e amigos a parceiros íntimos ou desconhecidos e como essa relação aumenta ou diminui as chances de exposição a determinados tipos de violência (DAHLBERG; KRUG, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Ampliando os estratos relacionais, chegamos ao terceiro nível do modelo ecológico, onde são examinados os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais bem como as características dos cenários que podem propiciar a agressão ou a vitimização (DAHLBERG; KRUG, 2006).

E o quarto e último nível do modelo ecológico analisa os fatores mais significativos da sociedade que influenciam as taxas de violência. Aqui, estão aqueles fatores que criam um clima social aceitável e favorável para a ocorrência de violência, aqueles que diminuem as inibições contra ela e aqueles que criam e sustentam divisões entre diferentes grupos da sociedade ou tensões entre pessoas (DAHLBERG; KRUG, 2006).

As autoras Dahlberg e Krug (2006), inclusive, trazem alguns exemplos desses elementos macroestruturais do modelo ecológico, que seriam mais convenientes para episódios de violência e que se associam com as ideias que orbitam os objetivos desta tese, tais como: 1) normas culturais que sustentam a violência como forma aceitável para resolução de conflitos; 2) atitudes que desconsideram o suicídio como uma questão de saúde pública evitável e o trata como algo da esfera individual; 3) normas que reforçam o domínio

masculino sobre as mulheres e crianças, dentre outros, ou seja, um cenário ideal para que a violência reverbere em todos os âmbitos da existência humana, desde seu estrato mais íntimo, ditando modos de comportamento e aceitação de determinadas condutas até as estruturas mais macropolíticas de ordenação atitudinal e de consentimento acerca de hábitos e práticas, o que nos faz pensar em como a violência tem estado presente na história da humanidade.

Talvez a violência sempre tenha participado da experiência humana. Seu impacto pode ser visto de várias formas, em diversas partes do mundo. Todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e muitas outras sofrem lesões não fatais, resultantes da violência autoprovocada, interpessoal ou coletiva (OMS, 2002).

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. Apesar da dificuldade em se obter estimativas precisas, o custo da violência se traduz em bilhões de dólares em gastos anuais com assistência à saúde no mundo todo e, no caso das economias nacionais, mais alguns bilhões em termos de dias de trabalho perdidos, aplicação das leis e perdas em investimentos (OMS, 2002).

No Brasil, a mortalidade por causas externas ocupa atualmente o 4º lugar na mortalidade em geral e a magnitude dos homicídios e acidentes de transportes terrestres são os principais responsáveis por esses óbitos, além dos suicídios. Em 2017, segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), ocorreram cerca de 158 mil óbitos por causas externas no país. Esses óbitos têm ceifado principalmente a vida de homens jovens e deixado marcas difíceis de cicatrizar nas famílias e na sociedade (LIMA, 2020).

É claro que não se pode calcular o custo humano em sofrimento e dor. Na realidade, muito deste custo é invisível. Ao mesmo tempo em que a tecnologia dos satélites tem tornado certos tipos de violência – terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis – diariamente visíveis ao público, há muito mais violência ocorrendo de forma invisível nos lares, locais de trabalho e, até mesmo, em instituições médicas e sociais criadas para cuidar das pessoas. Muitas das vítimas são demasiadamente jovens, fracas ou doentes para se protegerem. Outras são forçadas por convenções ou pressões sociais a manterem silêncio sobre suas experiências (OMS, 2002).

Njaine et al. (2020) trazem dados que corroboram a pandemia do fenômeno das violências enquanto problema global e no Brasil, já que, atualmente, no Brasil, a violência faz mais vítimas do que o câncer, a Aids, as doenças respiratórias, metabólicas e infecciosas. Ela se constitui em uma das principais causas de mortalidade geral.

Assim como ocorre com seus impactos, algumas causas da violência podem ser facilmente percebidas. Outras estão profundamente enraizadas no arcabouço cultural e econômico da vida humana. Pesquisas como as de Krug et al. (2002) indicam que, ao mesmo tempo em que fatores biológicos e outros fatores individuais explicam algumas das predisposições à agressão, é mais frequente que esses fatores interajam com fatores familiares, comunitários, culturais e outros fatores externos para, assim, criar uma situação propícia à violência.

Além disso, as consequências dos eventos violentos ocasionam diversos problemas na saúde física e mental das vítimas, dos familiares e amigos, bem como impacta na sua capacidade produtiva e social. Investigações demonstram que ser vítima de violências física, psicológica e sexual pode propiciar o desencadeamento de doenças crônicas como as cardiovasculares e transtornos mentais, por exemplo (NJAINÉ *et al.*, 2020).

Documentos nacionais como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) e o estabelecimento de metas internacionais da OMS ressaltam a relevância do tema para a saúde pública e a importância da prevenção das violências, por meio do Ministério da Saúde e da articulação de ações intersetoriais com estados e municípios brasileiros, que visam uma mudança na prática com ações de médio e longo alcance focadas na proteção e promoção da saúde de pessoas em situação de violência (NJAINÉ *et al.*, 2020).

Para tal, as autoras Njaine *et al.* (2020) ainda reforçam que grande parte das mudanças reais no manejo dos casos de violência vêm se consolidando no país, impulsionadas e protagonizadas por profissionais que vêm se capacitando para o diagnóstico, atendimento e encaminhamento dos casos de violência, o que torna o desfecho mais resolutivo e favorável.

Apesar de a violência sempre ter estado presente, o mundo não tem de aceitá-la como parte inevitável da condição humana. Desde que a violência existe, também existem sistemas – religiosos, filosóficos, legais e comunais – que se desenvolveram para evitá-la ou restringi-la. Nenhum deles foi totalmente bem sucedido, mas todos deram sua contribuição para esse marco definidor da civilização (OMS, 2002).

Por definição, a saúde pública não se refere a pacientes individuais. Seu foco está em lidar com doenças, condições e problemas que afetam a saúde, e seu objetivo é oferecer o máximo de benefícios para o maior número de pessoas. Isso não significa que a saúde pública ignore assistência às pessoas enquanto indivíduos. Ao contrário, ela está preocupada em evitar os problemas de saúde e expandir uma melhor assistência e segurança para populações inteiras (OMS, 2002).

A abordagem da saúde pública também enfatiza a ação coletiva. Ela tem provado que o tempo e, mais uma vez, as ações cooperativas de vários setores como saúde, educação, serviços sociais, justiça e política são necessárias para solucionar o que normalmente é visto como problemas puramente "médicos". Ao lidar com o problema da violência, cada setor tem um papel importante a desempenhar e, coletivamente, a abordagem adotada por cada um deles tem potencial para produzir importantes reduções na violência (OMS, 2002).

Entretanto, Jesus (2012) aponta que, em seu cotidiano, as pessoas transgênero são alvos de preconceito, desatendimento de direitos fundamentais, como não identificação por seus nomes sociais, dificuldade de adequar seus registros civis na Justiça, exclusão estrutural, como acesso dificultado ou impedido à educação, ao mercado de trabalho qualificado e de violências variadas, de ameaças a agressões e homicídios, o que configura a extensa série de percepções estereotipadas negativas e de atos discriminatórios contra homens e mulheres transexuais e travestis denominados transfobia.

Para compreender e enfrentar a violência, Minayo (2020) coloca que devemos localizar a sua discussão no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida, ou seja, entender em quais espaços os atores estão inseridos e quais estruturas estão envolvidas naquele cotidiano para compreender quais elementos estão sendo articulados para a produção de determinadas violências, bem como para buscar fatores preventivos e protetores.

Esse entendimento ilustra didaticamente a proposta do modelo ecológico, onde se observa como a violência atravessa todos os tecidos sociais, desde o contexto macrossocial (mais externo, que seria o Estado e poderes verticais) e perpassando pelo microssocial (relações interpessoais de conhecidos ou desconhecidos) numa relação de influência mútua, que é justamente onde devemos atuar para quebrar esse ciclo.

1.4.1 Fragilidades acerca dos registros e (sub)notificações de violência autoprovocada: peculiaridades da população LGBT

No contexto das notificações, todas as violências, incluindo as autoprovocadas, são notificadas no Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN). Este sistema foi desenvolvido no início da década de 90, tendo como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações,

inicialmente, para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nas esferas municipal, estadual e federal e que passou por diversas mudanças no que diz respeito à produção de informação (LAGUARDIA *et al.*, 2004).

Laguardia *et al.* (2004) ainda colocam que a concepção inicial do SINAN foi norteadada pela padronização de conceitos de definição de caso, pela transmissão de dados a partir da organização hierárquica das três esferas de governo, pelo acesso à base de dados necessária à análise epidemiológica e pela possibilidade de disseminação rápida dos dados gerados na rotina do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, o sistema deveria ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos, articulando as vigilâncias às realidades locais dos cenários (LAGUARDIA *et al.*, 2004).

Entretanto, é necessário pensar a violência enquanto um fenômeno complexo, polissêmico e multifatorial, podendo resultar em uma miríade de consequências à saúde física e mental das vítimas. No sentido de monitorar e dar visibilidade ao problema, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e, tornou a notificação de violências compulsória para todos os serviços de saúde em território nacional (FATTAH; LIMA, 2020; PINTO *et al.*, 2020).

Em 2009, a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada (ANEXO A) foi inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), colaborando para a expansão do sistema VIVA e estimulando a sustentabilidade da notificação na prática profissional e publicou a Portaria nº 1.876, onde instituiu as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando a necessidade de notificação dos casos incluindo também as tentativas.

Neste universo das violências, no que tange ao conjunto das violências autoinfligidas ou também chamadas autoprovocadas, estão compreendidas a ideação suicida, plano, tentativa e a morte por suicídio. Inclui também outras formas de autoabuso, como as automutilações ou também chamadas autolesões não suicidas (FATTAH; LIMA, 2020).

As autoras Fattah e Lima (2020) chamam a atenção para o fato de que tentativas prévias de suicídio são um dos principais fatores de risco isolados para tentativas futuras de suicídio e a ocorrência de autoagressões pode ser indicativa de sofrimento latente, por vezes preditivo de comportamentos suicidas.

E, com base na compreensão de que os marcadores de gênero e de diversidade sexual fazem parte dos determinantes sociais do processo de saúde e doença, principalmente por conta das discriminações decorrentes de condições e representações sociais associadas a eles, instituiu-se a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSILGBT) em 2013. Pinto *et al.* (2020) apontam que essa iniciativa fortaleceu a necessidade de políticas públicas com enfoque em ações equânimes para esses grupos numa tentativa de reparar a desassistência a que estava submetida essa população (SILVA; ROSA; GAGLIOTTI, 2021).

Em virtude de deliberações oriundas da 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007, atribuiu-se ao MS a responsabilidade de incluir os elementos orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação do SUS. Desse modo, em outubro de 2014, incluíram-se novos campos na ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada, como nome social, orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência, tornando possível a identificação de casos de violência em LGBTs (PINTO *et al.*, 2020), o que foi um avanço na qualidade das informações colhidas nos instrumentos de notificação, além de servir como estímulo para outras iniciativas similares em sistemas de informação em saúde.

E outra mudança importante também em 2014, foi a Portaria MS/GM nº 1.271, que atualizou a lista de doenças e agravos de notificação compulsória atribuindo caráter imediato (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) à notificação de casos de violência sexual e tentativa de suicídio para as Secretarias Municipais de Saúde (PORTAL SINAN, 2020).

Entretanto, um dos principais desafios apontados por Pinto *et al.* (2020) e outros autores é a insuficiência de dados oficiais gerais sobre essa população e as subnotificações dos casos de violência em geral e, também, das violências autoprovocadas, o que pode levar a um conseqüente desconhecimento sobre a realidade, ou pior, uma noção de realidade equivocada, o que dificulta a articulação de dados que substanciem o planejamento de políticas públicas intersetoriais e de saúde, por isso que notificar é fundamental para a geração de evidências para subsidiar o desenvolvimento de diretrizes e ações voltadas à diminuição das iniquidades de maneira interseccional, mais próxima ao respeito aos direitos humanos e ao alcance da justiça social.

E embora seja recorrente o relato de práticas discriminatórias nos estabelecimentos, o que impacta de forma negativa o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, especialmente das pessoas travestis e transgêneras, é que nem sempre as violências são notificadas, tampouco denunciadas (PINTO *et al.*, 2020), o que se coloca como um grande

problema, pois os dados não sendo expressivos nas plataformas oficiais, pode haver uma leitura tendenciosa por parte de frentes políticas que podem utilizar tais lacunas para não investir em setores de interesse como políticas intersetoriais voltadas para populações LGBT, bem como a população em geral.

Uma questão central nas violências sofridas por LGBTs é trazida no Mapa da Violência (2020) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que é a escassez de indicadores de violência contra LGBTs. Um primeiro passo proposto no sentido de resolvê-lo seria a inclusão de questões relativas à identidade de gênero e orientação sexual no recenseamento, porém, o mesmo não ocorreu no CENSO 2022.

Paralelamente, é essencial que essas variáveis se façam presentes nos registros de boletins de ocorrência, para que pessoas LGBTs estejam contempladas também pelas estatísticas geradas a partir do sistema de segurança pública. Sem esses avanços, é difícil mensurar, de forma confiável, a prevalência da violência contra esse segmento da população, o que também dificulta a intervenção do Estado por meio de políticas públicas (IPEA, 2020).

Porém, Vasconcelos e Barretos (2021) levantam um ponto a ser considerado, pois, segundo eles, o ato de autodeclarar uma orientação afetiva sexual ou uma identidade de gênero dissidente a alguém, pode não ser algo simples em um país sabidamente homofóbico/bifóbico/transfóbico, podendo ser considerado um ato político. Investigar essa questão em pesquisas domiciliares, em virtude disso, não é uma tarefa fácil.

Os autores Vasconcelos e Barreto, (2021) explicam que, por uma perspectiva “Butleriana⁷”, quando alguém afirma sua homossexualidade, por exemplo, seja publicamente ou diretamente a alguém, essa mensagem não chega ao interlocutor como uma simples descrição desse sujeito, mas de seus atos enquanto homossexual, da sua prática e essa recepção pode não ser bem acolhida a depender das considerações morais e/ou pessoais ou do valor que o receptor dá a essa informação.

A complexidade da questão se faz evidente quando encaramos o baixo preenchimento de dados de orientação sexual e identidade de gênero. Entretanto, vale destacar que este não é um problema exclusivo do sistema de saúde, dado que o mesmo desafio é encontrado nos registros de justiça criminal, que geralmente nem contam com um campo de preenchimento específico para estes aspectos, distinguindo apenas a variável sexo (IPEA, 2021).

A título de curiosidade, atualmente, grupos e frentes ativistas como o Grupo Gay da Bahia (GGB) e a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) realizam, através

⁷ Butleriana: Que segue a linha de pensamento da filósofa Judith Butler.

de buscas ativas junto a suas redes, contagens de pessoas LGBTs vítimas de violência, que resultam em relatórios anuais disponibilizados em suas páginas na internet e de onde a maioria das análises epidemiológicas são oriundas, ressaltando a omissão do Estado brasileiro no que tange à mensuração e incidência sobre o fenômeno da violência LGBTfóbica.

Outro dado interessante apontado pelo IPEA (2020) é a dificuldade de identificação da orientação afetiva sexual e identidade de gênero de vítimas letais de violência pelos recursos dos quais dispõe o sistema de saúde e sugere que seja feita a busca a múltiplas fontes, locais e contextos das mortes, pelos órgãos da segurança pública, principais responsáveis pelas abordagens nesses cenários, fazendo com que os dados preenchidos sejam o mais próximo da realidade possível.

Entretanto, antes de chegarmos a esse cenário, observou-se a violência de repetição em mais de um terço das notificações analisadas por Pinto et al. (2020), portanto, os autores apontam que é fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para atuar de forma humanizada e eficiente nos cuidados à saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência e articulando a rede de proteção e garantia de direitos para prevenção de novos casos de agressão, além de evitar a revitimização que pode ocorrer com violências institucionais, superando as iniquidades existentes.

Pinto et al. (2020) apontam para algumas questões desafiadoras de ordem prática também como o desconhecimento e a confusão acerca da identidade trans, as limitações na compreensão sobre as vivências afetivo-sexuais de lésbicas, gays e bissexuais e a culpabilização da comunidade LGBT pelas situações de violências e de restrição de acesso aos serviços de saúde, o que também deve ser um elemento foco de treinamento e capacitação de todos os funcionários da unidade, não apenas profissionais da saúde, tendo em vista que todos os funcionários desde os seguranças, profissionais da limpeza e administração estão incluídos na lógica do acolhimento e devem estar e se sentir minimamente preparados para interagir com a população LGBT de forma respeitosa e ética.

Os autores mais frequentes das violências notificadas em adolescentes e pessoas idosas foram os familiares. Já nos adultos, os autores mais frequentes foram os parceiros íntimos. A dificuldade da família em aceitar a orientação sexual e a identidade de gênero de adolescentes repercute em sofrimentos psíquicos ao longo de suas vidas. Desse modo, o ambiente familiar pode se apresentar como o primeiro espaço de discriminação e vivência da violência por parte de adolescentes LGBTs, fase onde o comportamento autoabusivo pode ficar acentuando, devendo as equipes de saúde da família, que estão no território ficarem atentas aos sinais de violência e buscarem intervir sempre que possível, com ações de

prevenção no território, bem como intensificação de visitas domiciliares e articulação de redes de apoio e notificação de casos suspeitos e confirmados, buscando interromper o ciclo existente de violência (FATTAH; LIMA, 2020; PINTO *et al.*, 2020).

Pensando em soluções para minimizar as revitimizações, pensando nas pessoas que buscarem atendimento em casos de violência, é imprescindível que tudo comece com uma proposta de capacitação constante das equipes de saúde para o atendimento humanizado e pautado na PNSILGBT, bem como com a garantia dos direitos previstos na Lei Orgânica do SUS (8080/90), como equidade, universalidade e integralidade, assim como oficinas de capacitação para o preenchimento adequado da ficha de notificação.

Tendo em vista a complexidade dos eventos, que ocorrem tanto nos espaços privados, com pessoas das relações íntimas e de afeto, como nos ambientes públicos, Fattah e Lima (2020) e Pinto *et al.* (2020) colocam como fundamental a atuação integrada de diversos setores do Estado e da sociedade civil para o enfrentamento das iniquidades de gênero e o investimento em ações de prevenção e promoção de cultura da diversidade nos espaços territoriais, além de um olhar atento por parte de todos os profissionais de saúde que precisam reconhecer na notificação uma potente ferramenta de mudança, pois, é a partir dos dados gerados ali que será possível uma mudança baseada em dados oficiais para endossar discussões aplicadas às especificidades de grupos, como é o caso da população LGBT.

Para isso, é necessário a ressignificação do SINAN e dos demais sistemas como principais fontes de dados preconizadas para analisar, planejar e substanciar a tomada de decisões de gestão de políticas públicas pertinentes às condições de saúde de uma determinada localidade, realidade e população.

Nesse sentido, se é importante e louvável a ação do Ministério da Saúde de incorporar esses campos para a compreensão das diferentes formas de violência que atingem pessoas LGBTs, é também necessário reforçar o treinamento e a sensibilização dos profissionais que atuam na ponta, de modo a garantir a melhoria da informação (IPEA, 2021).

Por fim, acredita-se que é dever e função do Estado fomentar uma cultura de reconhecimento das diferenças e de redistribuição social e econômica frente às injustiças sociais oriundas das intolerâncias à diversidade sexual e às expressões de gênero de forma geral. Nesse caminho, o campo da educação em saúde pode contribuir sobremaneira para a superação da LGBTfobia pautando-se por estratégias que promovam a cultura de paz, educação plural e inclusiva e prevenção de violências, na garantia do respeito à liberdade individual e à dignidade humana (FATTAH; LIMA, 2020; PINTO *et al.*, 2020).

1.5 Reflexões sobre a saúde Travesti e Transexual feminina

Ayres (2007) destaca a importância do diálogo como dispositivo no manejo técnico das propostas reconstrutivas das práticas de saúde com enfoque na humanização e é nesse contexto de cuidar, que o Enfermeiro tem como essência o cuidado com o olhar voltado para duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos; e outra subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição.

As tendências mais atuais reveladas nas pesquisas em enfermagem são de uma abordagem mais humanista, para a qual convergem a ciência, a tecnologia e a arte, revelando o cuidar como o modo de ser da enfermagem. Para o novo milênio, as tópicas incluem o pluralismo, a diversidade, a interdisciplinaridade e o resgate do cuidado humano ampliado (BRACCIALLI *et al.*, 2009).

A formação da enfermagem na perspectiva do cuidado ampliado se sustenta, principalmente, nas falas e nos planos de cuidados dos egressos e se fragiliza nas ações de alguns desses, representadas, principalmente, nas situações simuladas, sendo atribuídos três sentidos para o cuidado ampliado: o cuidado humanizado, o cuidado integral e o cuidado individual e coletivo. Esses sentidos se articulam direta ou indiretamente com as atuais tendências do cuidado ampliado em saúde (BRACCIALLI *et al.*, 2009).

Seguindo a lógica do cuidado ampliado no que diz respeito ao comportamento suicida, alinhado ao movimento internacional de construção de estratégias de prevenção ao suicídio, o Brasil estabeleceu a Agenda de Ações Estratégicas para Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, destacando populações vulneráveis que merecem atenção (PORTO *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde estabeleceu uma Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil para atingir a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de redução de 10% dos óbitos por suicídio até 2020. Entre as ações, destacam-se a capacitação e sensibilização de profissionais, orientação para a população e jornalistas, a expansão da rede de assistência à saúde mental nas áreas de maior risco e o monitoramento anual dos casos no país. A análise das taxas de incidência e das características psicossociais dos envolvidos no ato, bem como a identificação dos fatores de risco, permite que essas estratégias estejam alinhadas às reais necessidades da comunidade, e que seja realizado acompanhamento por meio de programas de prevenção e tratamento adequados (RIBEIRO, 2018).

Por serem consideradas populações “invisíveis” e com barreiras estruturais aos serviços de uma forma geral, sobretudo de saúde física e mental, a construção do vínculo, ferramenta fundamental para o reconhecimento de sinais de alarme e intervenção preventiva nos casos de comportamento suicida, pode ser ineficaz ou até mesmo inexistente, sendo essencial que os serviços respondam às necessidades desses grupos vulneráveis e marginalizados, reconfigurando suas maneiras de ofertar cuidado (WHO, 2013).

1.5.1 O cuidado à luz da Teoria do Estresse de Minoria

A Teoria do Estresse de Minoria surgiu na década de 90, proposta pelo epidemiologista norte americano Ilan Meyer e trouxe, como o nome propõe, um entendimento de que populações minorizadas possuem condições de vulnerabilidade que as colocam em uma posição de exposição extra a elementos estressores, quando comparadas a populações não minorizadas.

Importante salientar que o termo minoria aqui utilizado é, para além do respeito ao termo original da teoria, é aplicado no sentido político, uma vez que, por exemplo, mulheres e negros podem ser a maioria do ponto de vista quantitativo, mas sofrem preconceito em razão das relações de poder historicamente construídas em nossa sociedade, por isso, em alguns momentos opta-se pela expressão minorizados, pois se entende que pertencem à uma minoria como um desdobramento sistemático de negações, já que a sociedade entende a cisheteronormatividade branca como o padrão e não por expressão puramente numérica.

Uma minoria pode também ser entendida como um grupo que, quando comparado a um grupo privilegiado ou dominante, apresenta uma série de prejuízos em decorrência do estigma que lhe é associado (PAVELTCHUK; BORBA, 2020). Assim, pessoas LGBTQs podem apresentar uma série de prejuízos sociais, como discriminação e rejeição, podendo ter diversas áreas da vida comprometidas por sua condição de minoria: profissional, familiar, social, saúde, entre outras (MEYER, 2003).

Para se chegar aos impactos do estresse nessas populações, é necessário primeiramente, consensual o que é entendido como estresse nesse contexto. Para Meyer (2003), o estresse pode ser entendido como um mecanismo adaptativo individual gerado por situações de pressão e tensão física, mental ou emocional.

O estresse pode ser desencadeado por diversos elementos chamados estressores, que seriam, de acordo com Dohrenwend (1998), eventos e condições que causam mudanças na vida dos sujeitos e que exigem capacidade de adaptabilidade dos mesmos às novas realidades ou circunstâncias, entretanto, o autor deixa claro que esses elementos são múltiplos e seus potenciais variam de indivíduo para indivíduo.

De maneira geral, os estudos sobre o estresse têm se preocupado com eventos ou condições externas que são desgastantes para os indivíduos e excedem sua capacidade de suportar ou lidar com tais estressores, sendo, portanto, potenciais indutores de perturbações mentais ou somáticas (DOHRENWEND, 2000).

Teorias do estresse (ALISSON, 1998; MEYER, 1995) sugerem que o estresse social, que é aquele relacionado às questões de sociabilidade, é um desdobramento do estresse individual, onde elementos estressores passam a estar relacionados a determinadas condições no ambiente social, não se limitando apenas aos eventos pessoais e tais condições podem levar a efeitos mentais nocivos.

Portanto, pode-se esperar que populações minorizadas, vulnerabilizadas e estigmatizadas, tenham um impacto relevante do estresse social em suas vidas. Desta maneira, o preconceito e a discriminação relacionados a outros elementos interseccionais como nível social, econômico, escolar, cor de pele, identidade de gênero e orientação afetiva sexual estejam incluídos como possíveis elementos estressores dessas pessoas, uma vez que podem exigir capacidade de adaptação em contextos sociais para uma sensação de aceitação, pertencimento ou, até mesmo, de sobrevivência nos casos de violências (MEYER, 1995).

A noção de que o estresse está relacionado a estruturas e condições sociais é, ao mesmo tempo, “intuitivamente atraente e conceitualmente difícil” (MEYER, 2003, p.3). É atraente porque lembra a experiência coletiva de que as condições ambientais e sociais podem estar carregadas de elementos estressores. O autor ainda aponta a complexidade de conceituar essa relação, pois ainda que teorias psicológicas e sociológicas fundamentais sugiram que a pessoa deva ser vista em suas interações com o ambiente social, torna-se conceitualmente difícil estabelecer este limite entre o individual e o social, principalmente quando articulado com o estresse.

Meyer (1995, 2003) explica que como membros de grupos de minorias sociais, pessoas LGBTs precisam lidar com atitudes hostis que demandam um esforço maior de aceitação social. No centro dessas atitudes está a incongruência entre as estruturas sociais discriminatórias e as necessidades dos indivíduos pertencentes a comunidades estigmatizadas de interagirem socialmente e essa dinâmica, quando permeada de tensões relacionadas às

questões subjetivas de sexualidade, possuem potencial de estimular estresses que podem levar a quadros de sofrimentos diversos.

A identidade minoritária por si só, de acordo com Meyer (1995), não se estrutura como uma fonte de estresse, entretanto, tal identidade claramente atua como um modificador de efeito importante no processo do estresse vivido, aumentando ou enfraquecendo seu impacto.

Exemplos do aumento desse impacto são os dados trazidos anteriormente por ANTRA (2020), Silva *et al.* (2012), WHO (2013), dentre outros, que apontam a que a LGBTfobia, bem como outros processos de discriminação social devem ser considerados propulsores do processo de adoecimento dessa população, sobretudo no campo psíquico, e que os transtornos mentais possuem forte relação com a violência e estresse vividos e são motivos de crescente preocupação, principalmente em grupos que sofrem discriminação, como a população LGBT, sem deixar esquecer que o Brasil, preocupantemente, se mantém no topo da lista global como o país que mais mata travestis e transexuais no mundo.

E, embora menos frequentes, Depret (2019) traz um exemplo de como possuir uma identidade minoritária pode, em alguns casos, diminuir o impacto do estresse, pois, em sua pesquisa foi percebido que travestis e mulheres trans que possuíam uma rede apoio presente, procuravam menos os serviços de saúde por se sentirem mais seguras entre seus pares e, com isso, evitavam o estresse de uma possível violência institucional nos espaços de saúde.

Seguindo a lógica do estresse articulado à tessitura social e determinados elementos estressores, o estresse de minoria surge como uma teoria que busca distinguir o excesso de estresse ao quais os indivíduos de categorias sociais estigmatizadas estão expostos como resultado de sua posição social (MEYER, 2003).

Embora nomeado como uma teoria, seu escopo se estabelece em um modelo analítico, que foi inferido a partir de diversas teorias psicológicas, sociológicas e sociais (LINK E PHELAN, 2001; MEYER, 1995, 2003) que discutem o efeito adverso das condições sociais, como preconceito e estigma, nas vidas de indivíduos e grupos afetados.

Pode-se entender que Meyer (1995) amplia o tema do estresse ao tratá-lo não como uma condição exclusivamente biológica, nem individual, e sim fruto de um conjunto de circunstâncias nas quais se devem incluir as ideias e comportamentos dominantes na sociedade em análise.

Pensa-se que as identidades de grupo são essenciais para o funcionamento emocional individual, pois atendem às necessidades conflitantes de individuação e afiliação, gerando um senso de identidade e pertencimento aos indivíduos que se identificam e compartilham

características. Essas características identitárias podem se relacionar à saúde mental tanto diretamente quanto na interação com estressores, causando impactos na saúde (BREWER, 1991; MEYER, 1995; 2003).

Burke (1991) aponta que a expectativa de uma resposta positiva ou de aceitação quanto à sexualidade pode gerar angústia em pessoas que não sejam heterossexuais, por exemplo. E embora grande parte dos estudos esteja relacionada às questões de orientação afetiva sexual, é possível ampliar para questões de identidade de gênero e orientações dissidentes por compartilharem do mesmo espaço de exclusão às normas cisheteronormativas.

Ou seja, pessoas LGBTQs estão sujeitas a situações diferentes da maioria das pessoas, como “sair do armário⁸”, já que pessoas heterossexuais não o fazem, por já ser o esperado dentro das normas sociais. Outra situação é a cisgeneiridade⁹, que não é uma questão vivida por aqueles que se sentem confortáveis e adequados com seu sexo designado no nascimento.

Desta maneira, Dentato (2012) coloca essa relação entre os valores minoritários e dominantes e como esse conflito vivido diariamente pelos sujeitos minorizados pode trazer impactos à saúde dessas pessoas devido a processos de estresse e suas experiências negativas de preconceito, rejeição, ocultação e internalização de processos.

A teoria do estresse da minoria propõe que as disparidades de saúde das minorias sexuais podem ter relação, em grande parte, com estressores induzidos por uma cultura hostil homolesbotransfóbica, que muitas vezes resulta em uma vida inteira de violências, assédios, maus-tratos, discriminação e vitimização podendo, em última instância, afetar o acesso aos serviços de saúde (DENTATO, 2012; DEPRET, 2019; MEYER, 2003).

Além disso, Dentato (2012) ratifica que a teoria fornece uma estrutura útil para explicar e examinar as disparidades de saúde e o papel da discriminação como um paradigma sociológico que vê as condições sociais como uma causa de estresse para membros de grupos sociais desfavorecidos, o que por sua vez pode elevar outros fatores de risco, aumentando sua vulnerabilidade.

Subjacente ao conceito de estresse minoritário, Meyer (1995; 2003) propõe pressupostos de que os estressores são únicos (não vivenciados por populações não estigmatizadas), crônicos (relacionados a estruturas sociais e culturais) e de base social (processos, instituições e estruturas sociais), o que torna a teoria uma grande balizadora de pensamento acerca do sofrimento de populações marginalizadas, como as populações travesti e transexual, participantes desta tese.

⁸ Sair do armário: Ter a necessidade de declarar a homossexualidade.

⁹ Cisgeneiridade: Estado de conforto com o sexo designado no nascimento.

Cerqueira-santos, Azevedo e Ramos (2020) apontam que crimes e violências quando motivados pelo preconceito contra a orientação afetiva sexual ou a identidade de gênero, as sequelas psicológicas são mais graves e duradouras. As vítimas podem passar a associar a sua identidade à vulnerabilidade e entendê-la como uma fonte de perigo e dor.

Por estar mais continuamente exposta a estressores, a população LGBT tende a ficar mais propensa a ter experiências negativas durante a vida, podendo levá-la a apresentar prejuízos à saúde mental, principalmente com quadros de ansiedade, depressão, uso abusivo de drogas e até mesmo a comportamento suicida (CERQUEIRA-SANTOS; AZEVEDO; RAMOS, 2020).

A despeito das mudanças e conquistas nos últimos anos, como a criminalização da LGBTfobia e a despatologização da homossexualidade e transexualidade, por exemplo, pessoas LGBTs apresentam maiores índices de comprometimento da saúde mental quando comparados a pessoas cisheterossexuais e Paveltchuk e Borba (2020) entendem que isso, deva-se, em boa parte, ao estigma social relacionado às orientações não-heterossexuais, e não à orientação não-heterossexual em si, expondo esses grupos à condição de vulnerabilidade social.

Para Meyer (2003, 2015) e Paveltchuk e Borba (2020), minorias sociais estão expostas a alguns estressores específicos adicionais aos estressores cotidianos que independem de uma posição de vulnerabilidade social. Entendendo por estressores cotidianos todos os eventos que tirem o organismo do equilíbrio e que não tenha relação direta com sua posição de minoria. Já os estressores específicos desse grupo minoritário são aqueles relacionados às experiências de vitimização e às dificuldades das pessoas LGBTs lidarem com sua própria sexualidade, seja sua identidade de gênero, orientação afetiva sexual ou qualquer outra questão que traga prejuízos no seu cotidiano e que apenas uma pessoa LGBT seja capaz de experimentar a partir de seu status de minoria e que leve à internalização de sua sexualidade, ao desenvolvimento de expectativas de rejeição e à ocultação do próprio desejo.

Além do estresse vivido, a antecipação de violências que possam vir a ocorrer cotidianamente também pode se tornar um elemento estressor importante e com sérios impactos na saúde mental das pessoas LGBTs (PACHANKIS *et al.*, 2015).

A teoria do estresse de minoria também leva em consideração o contexto interseccional, pois entende que quanto mais status de minoria se sobrepuserem, (por exemplo, cor da pele, classe social, escolaridade, local de moradia, deficiência, dentre outros), mais agravos à saúde mental a pessoa poderá ter (PACHANKIS *et al.*, 2015).

Embora mesmo entendendo que tais sobreposições de vulnerabilidades sejam imprescindíveis para análise e compreensão do contexto macrosocial, há questões para as quais Pachankis *et al.*, (2015) chamam a atenção como o peso que os fatores socioambientais têm papel na formação das crenças de pessoas LGBTQs a respeito da construção da sua individualidade, uma vez que questões relacionadas à sexualidade tendem a ser mais problemáticas quando comparadas com outras características minoritárias, como a cor da pele, por exemplo.

Indivíduos cuja sexualidade seja dissidente estão expostos a ambientes altamente estressores desde a infância e a adolescência, podendo haver discriminação e estigma mesmo no núcleo intrafamiliar, o que não acontece com minorias étnicas, por exemplo, onde suas diferenças são exaltadas e empoderadas, o que quase nunca acontece nos casos das dissidências sexuais (PACHANKIS *et al.*, 2015).

Pensando no contexto das travestis e das mulheres trans, Chinazzo *et al.* (2020) apontam a necessidade de se refletir sobre como além dos estressores gerais da vida, a população travesti e trans também sofre com altos índices de discriminação, violência e rejeição relacionados à sua identidade e/ou expressão de gênero e esse preconceito contra é um contexto importante para a compreensão de suas experiências em relação à depressão e ao risco de suicídio.

Cabe ressaltar que a teoria do estresse de minoria inicialmente foi desenvolvida especificamente para pessoas LGB (lésbicas, gays e bissexuais), pois o foco era, a princípio, as orientações afetivas e sexuais e seus impactos, e pelo fato de à época do início dos estudos, meados da década de 90, a discussão sobre travestis e pessoas transexuais ainda ser muito incipiente para uma composição e inclusão teórica.

Entretanto, por entender que os estressores são diferentes e específicos para cada grupo minoritário, atualmente, a teoria foi adaptada para outros grupos como a população trans e pessoas não brancas, o que permite que sua aplicabilidade não seja comprometida (HAYES *et al.*, 2011; HENDRICKS; TESTA, 2012; MEYER, 2003; TEBBE; MORADI, 2012).

1.6 Modelo teórico-conceitual do estudo: As (inter)relações sociais da violência

Para compreender a violência de forma aplicada, que é um dos objetivos desta tese, é necessário fazer uma análise global da violência enquanto fenômeno ampliado para partirmos para as minúcias deste fenômeno e fortalecer sua estrutura enquanto modelo teórico-conceitual desta pesquisa.

Historicamente, não se conhece nenhuma sociedade totalmente isenta de violência, uma vez que a violência, como será definida adiante, não consiste apenas no uso da força física, mas também se estabelece nas relações assimétricas de poder, privilégios e dominação onde sempre há de provocar danos a outros: indivíduos, grupos ou coletividades. O que Minayo (2020) aponta é que há sociedades mais violentas do que outras, apenas evidenciando o peso da cultura na forma de encarar e solucionar conflitos.

Uma reflexão interessante que auxilia nessa discussão é a relação posta entre a violência e a agressividade, onde a primeira seria um desdobramento da segunda, a partir da influência de elementos mais externos como o contexto psicossocial, geracional, criacional, cultural e as próprias relações primárias e comunitárias, enquanto a agressividade estaria ligada às questões mais inatas do sujeito, e que, segundo Freud (1980), os elementos externos seriam decisivos para a concretude da agressividade em violência (MINAYO, 2020).

Ou seja, ser agressivo faz parte da “natureza humana” enquanto impulso e, caso esse indivíduo encontre um cenário (des)favorável, essa agressividade pode tomar outras formas e se transformar em comportamentos violentos a depender dessa relação entre as características subjetivas e psicossociais que também podem se sustentar dentro de recortes e épocas específicas, a partir de formas particulares de considerar e, talvez, estratificar o que é entendido e tolerado como violência.

Entender esse caminho processual e contínuo da presença história da violência na sociedade nos traz a entender que a violência é um fenômeno de conceituação complexa e multicausal, que abriga eventos de tipologias e naturezas diversas. Para além de fatores de risco, é preciso analisá-la a partir dos determinantes e condicionantes históricos, socioambientais e políticos, e, portanto, com forte associação às desigualdades sociais (MENDES *et al*, 2009; MINAYO, 2006).

Enquanto fenômeno compromete o direito fundamental à vida, à saúde, ao respeito, à liberdade e à dignidade humana. Está relacionada com questões de natureza socioculturais e político-ideológicas, constituindo-se num poderoso indicador de qualidade de vida, pois diz

respeito às condições gerais de existência, de trabalho, de sociabilidade (VIEIRA *et al.*, 2003).

Desse modo, é preciso entender a violência dentro das estruturas sociais e relações de poder, que se traduzem em questões culturais e comportamentais que, inclusive, contribuem para a naturalização e perpetuação de determinadas violências, como é o caso da violência de gênero (sobretudo do homem contra a mulher), da violência que se fundamenta nos papéis diferenciados por idade (dos adultos contra as crianças e contra os idosos), e das diferentes formas de discriminação de “raças” (dos brancos contra os negros, de outros grupos contra os judeus e atualmente contra os árabes) (MINAYO, 2006; 2020; SILVA *et al.*, 2018).

Apontar essas modalidades de violências como “naturalizadas”, aqui significa dizer que as estruturas sociais atuais ainda permitem que tais violências estejam presentes no cotidiano, o que as tornam elementos estruturais e estruturantes do tecido social, o que causa uma sensação de normalidade tanto pelas vítimas quanto pelos perpetradores, dificultando mais ainda o enfrentamento, pois não há uma percepção direta de problema que deve ser corrigido ou evitado.

Os tipos de relação anteriormente citados não se limitam a um grupo ou classe específicos, eles atravessam todas as classes e os segmentos sociais. Por isso, configuram uma modalidade de violência cultural, ou seja, um jeito próprio e típico de pensar, sentir e agir (MINAYO, 2020). De forma geral, como podemos observar, as violências estão relacionadas com questões de natureza socioculturais e político-ideológicas no mundo todo e não é um problema novo.

Com isso, em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o arquivo *World Report on Violence and Health*, onde apresentou definições dos tipos de violência, reconhecendo a multicausalidade do problema e ofereceu recomendações aos estados membros para sua prevenção, as quais envolvem a vigilância das violências, a realização de estudos e pesquisas sobre causas, consequências e fatores de risco e proteção, a promoção de medidas de prevenção primária, o fortalecimento da atenção e dos cuidados às vítimas e a integração intersetorial para o enfrentamento das violências.

Por definição, segundo a OMS (2002, p.5) 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.

A inclusão da palavra "poder", além da frase "uso da força física", amplia a natureza de um ato violento e expande o entendimento convencional de violência de modo a incluir

aqueles atos que resultam de uma relação de poder, inclusive ameaças e intimidações. O "uso do poder" também serve para incluir negligência ou atos de omissão, além de atos violentos mais óbvios de perpetração. Assim, "o uso da força física ou do poder" deve ser entendido de forma a incluir a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos de autoabusivo (OMS, 2002).

No Brasil, as mortes por causas externas foram responsáveis por 60 mil óbitos nos anos 70, constituindo-se a quarta causa mais importante de mortalidade. Ao longo da década de 80, enquanto o número total de mortes aumentou em cerca de 20%, as causas violentas elevaram-se em 60% (VIEIRA *et al.*, 2003).

Dahlberg e Krug (2006) apontam que desde a década de 1980, a área da saúde pública tem desempenhado um crescente papel positivo a respeito do estudo das violências. Um grande número pesquisadores e sistemas da saúde pública têm se dedicado à tarefa de compreender as raízes da violência e à sua prevenção.

A violência adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países, apresentando altos índices, principalmente nos grandes centros urbanos, podendo ser considerada um problema global de saúde pública, segundo Minayo e Schenker (2018) e Vieira *et al.* (2003).

Seu impacto pode ser mundialmente verificado de várias formas. A cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de violências interpessoais ou de violência coletiva. Em geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Para fins de entendimento didático, cabe explicar um pouco sobre a violência interpessoal, tendo em vista que a violência autoprovocada, que é o principal objeto desta tese já foi explicada anteriormente.

A violência interpessoal, de acordo com o modelo proposto por Krug *et al.* (2002), pode ser intrafamiliar ou comunitária. Porém, de forma geral, ela está presente nas relações entre os indivíduos e nas suas formas de comunicação. Quando essa interação acontece de forma negativa e é permeada por discriminação, prepotência, intimidação, raiva, vingança, costuma produzir danos morais, psicológicos e físicos, podendo chegar à morte (MINAYO, 2020) que é, infelizmente, uma realidade nas vivências travesti e trans.

Portanto, para Minayo (2020), o que é grave no caso das interações entre as pessoas é a incapacidade de resolver conflitos por meio da conversa, da explicitação civilizada de pontos de vista diferentes, da compreensão das razões de cada uma das partes, buscando, pela

negociação, uma saída pacífica para os problemas. O crescimento das taxas de morte e de internação por violência em hospitais públicos mostra um processo de exacerbação das relações sociais – das formas violentas de resolver conflitos – entre os brasileiros, sobretudo quando há uma relação assimétrica de dominação entre as partes, como no caso das travestis e mulheres trans e homens.

Um dos tipos de violência interpessoal é a violência intrafamiliar (ou doméstica) e é aquela que acontece dentro de casa ou da unidade doméstica e geralmente é praticada por um membro da família que vive com a vítima. As agressões domésticas incluem: abuso físico, sexual e psicológico, a negligência e o abandono. Difere-se da violência familiar, que é aquela que acontece dentro da família, ou seja, nas relações entre os membros da comunidade familiar, formada por vínculos de parentesco natural (pai, mãe, filha, etc.) ou civil (marido, sogra, padrasto ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou tio do marido) ou afetividade (amigos que morem na mesma casa), mas o compartilhamento da mesma unidade doméstica não é obrigatório para se configurar violência doméstica, condição que já é necessária para se configurar a violência intrafamiliar ou doméstica (TJRS, S.D.)

Já a violência comunitária, outro tipo de violência interpessoal (ou extrafamiliar), é aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens (CEVSRS, S.D.).

Ambos os tipos constituem objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça (polícias, Ministério Público e poder Judiciário) (CEVSRS, S.D.).

E os grupos identitários que acumulam características que os tornam vulneráveis na sociedade são grupos que vivenciam as violências em seu cotidiano. Ou seja, este sistema social de dominação, marcado pela violência e difusor dos interesses das classes hegemônicas, se institucionaliza e se reproduz graças à construção sócio-histórica da desigualdade e da exclusão dos dominados, por meio do trabalho de agentes e instituições específicos, tais como a Família, a Igreja, a Escola e o Estado (BICALHO; NETO, 2012).

Além disso, é imprescindível lembrar que a violência contra pessoas LGBTs no Brasil é um fenômeno histórico. Na dimensão simbólica, a violência opera ora pelo recurso ao holofote lançado sobre a ideia de um modelo único e compulsório de família nuclear, cis, heterossexual e biparental, que apaga as diversidades sexuais e de gênero (MELLO, 2006), ora pelo recurso aos estereótipos e estigmas que marcam LGBTs como agentes desviantes, de

contaminação e degeneração, recorrendo a discursos morais, sociais, biológicos, religiosos e médicos.

Na dimensão corporal, a violência se materializa na forma de abandono, estupro “corretivos”, assassinatos e espancamentos. Ainda que diferentes, as violências corporais e simbólicas se sobrepõem, visando aniquilação, apagamento e silenciamento de sexualidades e expressões de gênero dissidentes do modelo único cishétero historicamente imposto no Brasil, que ganhou força recentemente com a ascensão de movimentos moralistas anti-LGBT operados pela narrativa de suposta priorização da infância e da família (KALIL, 2020).

Embora o interesse pelo tema se apresente de modo crescente nos últimos anos, este crescimento parece não ser linear e tampouco ter alcançado todas as camadas da sociedade, aspecto que se reproduz nos campos da ciência e da pesquisa. Esta lacuna na produção parece ganhar contornos ainda mais acentuados quando focalizada à população LGBT, sobretudo quando se adota um conceito de violência que transcenda os aspectos comunitários, como, por exemplo, as violências entre parceiros íntimos e as violências familiares.

O estigma e a discriminação contra pessoas trans são reais e profundos em todo o mundo e fazem parte de um círculo estrutural e contínuo de opressão que nos mantém afastados de nossos direitos básicos. Pessoas trans em todas as partes do mundo são vítimas de uma terrível violência de ódio, incluindo humilhações, agressão física e sexual e assassinato. Na maioria dos países, os dados sobre a violência contra pessoas trans não são produzidos sistematicamente pelos estados e é impossível estimar o número exato de casos (ANTRA, 2019a).

Infelizmente, o Brasil segue na liderança no ranking dos assassinatos de pessoas Trans no Mundo e observa-se que o número de assassinatos na região latino-americana é quase 20 vezes mais elevado, conforme publicado no último relatório da ONG *Transgender Europe* (TGEU), instituição que monitora os casos de assassinatos de pessoas Trans pelo mundo a partir de dados coletados pela mídia. Entretanto, este número de ocorrências pode ser ainda maior, devido ao elevado índice de subnotificações (ANTRA, 2019b; 2022).

É fato que a juventude trans está diretamente exposta a violência que enfrentam no dia a dia. Especialmente aquelas que trabalham na prostituição e ainda mais diretamente submetidas a diversas formas de violência, seja ela psicológica, simbólica, física ou mesmo ao assassinato (ANTRA, 2019b).

Em 2018, segundo dados da ANTRA (2019b), evidenciaram-se que 65% dos assassinatos foram direcionados àquelas que são profissionais do sexo. 60% deles aconteceram nas ruas. Tal dado é extremamente preocupante em um país que ainda não existe

uma lei que regulamente a prostituição que, apesar de não ser crime, sofre um processo de criminalização e é constantemente desqualificada por valores sociais pautados em dogmas religiosos que querem manter o controle social dos corpos e do que fazemos com eles.

O mesmo dossiê (ANTRA, 2019b), ainda traz que as questões de gênero se reforçam e demonstram que 97,5% dos assassinatos foram contra pessoas trans. Apontando para a necessidade da equiparação e enquadramento do assassinato de Travestis e Mulheres Transexuais na Lei do Feminicídio, visto que a taxa média de assassinatos de Travestis e Mulheres Transexuais em 2018 é de 5,11 a cada 100 mil pessoas trans, enquanto a taxa mulheres cis é de 4,8 assassinatos para cada 100 mil mulheres cisgêneras, que coloca o Brasil no 5º Lugar em assassinatos de Mulheres do mundo, de acordo com o Mapa do Feminicídio do Brasil.

E, como refletem Ristum e Bastos (2004), as violências, bem como suas consequências, não são excludentes entre si, desta maneira, esta tese analisará a relação entre os efeitos das violências vividas por um conjunto de travestis e mulheres trans tendo como desfechos o comportamento autoabusivo e suicida, ou seja, as violências autoprovocadas.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

Estudo transversal, cuja população foi um conjunto de 139 participantes acompanhadas no Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e AIDS (LapClin-AIDS), do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Atualmente, o LapClin-AIDS possui dois projetos específicos para mulheres trans em andamento: a Coorte Transcendendo e o PrEPParadas.

O seguinte estudo utilizou os seguintes critérios de inclusão: autoidentificação como mulheres transexuais (travestis e transexuais), idade maior ou igual a 18 anos e residência no Rio de Janeiro ou na sua área metropolitana e, visando uma maior adesão à pesquisa, não houve critério de exclusão.

Desta forma, esta tese está inserida no conjunto de pesquisas que utilizaram os dados do “EVAS: Estudo sobre Violências e Autoavaliação em Saúde”.

2.1.1 Breves considerações sobre o estudo de base

O EVAS é um estudo transversal que abordou travestis e mulheres transexuais em acompanhamento no Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e AIDS (LapClin-AIDS), do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Esta população foi previamente recrutada pela técnica de *Respondent Driven Sampling* (RDS) em outro projeto intitulado "Transcender".

Considerando que quase a totalidade de participantes está sendo acompanhada no ambulatório do Instituto Nacional de Infectologia, no Rio de Janeiro, realizou-se um conjunto de entrevistas com instrumental específico (ANEXO B), que buscou capturar uma variedade de informações sobre autoavaliação em saúde e violências.

Visando a análise das relações entre as formas de violência vivenciadas por essas travestis e mulheres transexuais, a autoavaliação em saúde e o comportamento suicida, acredita-se que a compreensão dos fatores associados a estes eventos e suas possíveis

repercussões seja fundamental para a discussão, orientação e a (re)formulação de políticas públicas para o enfrentamento das violências e a promoção de uma cultura de paz, além de ser material rico para pensar o cuidado de enfermagem, além disso, o estudo visou trazer benefícios à comunidade travesti e de mulheres transexuais, através da produção de dados que subsidiarão tais discussões em diversos âmbitos de saúde e demais equipamentos sociais que sejam capazes de construir e fortalecer redes de proteção e de garantia de direitos dessas pessoas.

2.2 Cenário do estudo

O local da coleta de dados foi o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (também conhecido como INI) da FIOCRUZ, que foi criado em 2010 e está localizado no campus de Manguinhos da Fiocruz, tendo suas origens no antigo IPEC (Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas), cujo nome original era Hospital Oswaldo Cruz.

O prédio foi criado em 1912, a partir do decreto nº 9.346, assinado em 24 de janeiro de 1912, por Hermes da Fonseca, presidente da República, quem concedeu verbas para a construção do Hospital, no contexto da efervescência científica resultante da descoberta da doença de Chagas no Brasil (GUIMARÃES, S.D.).

2.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados no cenário supradescrito, por meio de entrevistas face a face, com respostas contendo múltiplas opções e que melhor atendessem a situação, condição ou pensamento das entrevistadas no instante da pesquisa. Os registros de dados ocorreram em um computador destinado apenas para o registro das respostas. Um servidor na nuvem manteve estes dados registrados de modo online, que serviu para backup destes registros. As entrevistas presenciais ocorreram de junho de 2018 a março de 2019, por causa do início da pandemia da Covid-19, o que, devido às orientações sanitárias à época, fizeram com que as atividades presenciais fossem paralisadas, impactando na dinâmica das entrevistas.

2.4 Variáveis do estudo

O instrumento de pesquisa original (ANEXO B) capturou informações sociodemográficas, questões de saúde física e mental, autoavaliação de saúde, violência autoprovocada, maus-tratos sofridos na infância, violência comunitária, experiências com a violência, estratégias de evitação e proteção da violência, discriminação, violência entre parceiros íntimos, características de acesso à saúde e doenças e condições referidas.

Os desfechos primário e secundário desta tese foram, respectivamente, o comportamento suicida que, conforme já explicado anteriormente, foram subdivididos aqui como a ideação e a tentativa de suicídio e o comportamento autoabusivo, relacionado às autolesões não suicidas, configurando assim o panorama das violências autoprovocadas.

As covariáveis do estudo foram relativas à autoavaliação em saúde, discriminação, traumas na infância e violência entre parceiros íntimos, explicadas a seguir.

2.4.1 Variáveis desfecho

Embora trabalhadas durante a tese de maneira elementar como comportamento suicida, para a análise, as variáveis ideação suicida e tentativa de suicídio foram analisadas separadamente a fim de avaliar seus pesos isoladamente e suas relações entre si e entre as covariáveis, além delas, também se analisou como variável desfecho o comportamento autoabusivo, tendo em vista sua relação direta com o comportamento suicida conforme apontado pela literatura.

A primeira variável desfecho foi a ideação suicida (Quadro 1), a segunda variável desfecho foi a tentativa de suicídio (Quadro 2) e a terceira variável desfecho foi o comportamento autoabusivo (Quadro 3), através das autolesões referidas como não suicidas. Para fins de localização, no instrumento original do EVAS (ANEXO B), as variáveis desfecho encontram-se no módulo III.4, localizadas entre as questões 74 à 85.

As variáveis foram expostas nos respectivos quadros a seguir, de acordo com a variável investigada, as perguntas originais realizadas no momento da entrevista e as possibilidades de respostas ofertadas.

Baseado nos estudos de Gvion *et al.* (2015) e Mackenzie *et al.* (2011), os itens foram compostos de perguntas diretas e com possibilidade de medição da frequência de ocorrência no último ano, sendo incluída uma pergunta específica para as pacientes soropositivas, devido à relação encontrada na literatura entre as condições estigmatizantes e sua associação com o comportamento suicida e autoabusivo.

Importante pontuar que as variáveis desfecho foram analisadas de maneira isolada e agrupada, onde foi criada uma variável única que contemplou os resultados positivos de qualquer uma das violências autoprovocadas (ideação, tentativa e autoabuso).

Quadro 1 - Variável Ideação Suicida, suas respectivas perguntas no questionário e as possibilidades de respostas da variável

Variável	Pergunta no questionário		Possibilidades de resposta
Ideação Suicida	["Nos últimos doze meses..."]	"você pensou em se matar?"	"sim" ou "não"

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 2 - Variável Tentativa de Suicídio, suas respectivas perguntas no questionário e as possibilidades de respostas da variável

Variável	Pergunta no questionário		Possibilidades de resposta
Tentativa de Suicídio	["Nos últimos doze meses..."]	"você tentou se matar?"	"sim" ou "não"

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 3 - Variável Comportamento Autoabusivo, suas respectivas perguntas no questionário e as possibilidades de respostas da variável

Variável	Pergunta no questionário		Possibilidades de resposta
Comportamento Autoabusivo	["Nos últimos doze meses..."]	"você se cortou, se arranhou, se perfurou, ou seja, se mutilou propositalmente?"	"sim" ou "não"

Fonte: O autor, 2022.

2.4.2 Covariáveis do estudo

As covariáveis foram divididas em covariáveis sociodemográficas (Quadro 4), covariáveis relacionadas à autoavaliação em saúde e acesso aos serviços de saúde (Quadro 5) e covariáveis relacionadas às situações de discriminação e violências (Quadro 6), especificadas nos quadros a seguir com a variável investigada em seu estado original e o tratamento realizado para a análise.

Quadro 4 - Variáveis sociodemográficas, suas respectivas perguntas no questionário e o tratamento das variáveis

Variável Sociodemográfica	Pergunta no questionário	Tratamento da Variável
Idade	“Qual sua idade?”	Criação de faixa etária
Cor/etnia autodeclarada	“Qual a sua cor/etnia?”	Agrupada em “branca” ou “não-brancas”
Escolaridade	“Qual sua escolaridade?”	Criação de intervalo de anos
Identidade de gênero	“Como você se identifica?”	Agrupada em “travesti”, “mulher transexual” ou “outras identidades de gênero”
Orientação afetiva sexual	“Qual sua orientação sexual?”	Agrupada em “heterossexual”, “não-heterossexual”
Situação conjugal	“Qual sua situação conjugal?”	Agrupada em “com parceiro” ou “sozinha”
Município de moradia	“É residente do município do Rio de Janeiro?”	Mantida em “sim” ou “não”
Companhia de moradia	“Com quem você mora atualmente?”	Agrupada em “sozinha” ou “acompanhada”
Religião	“Qual sua religião?”	Agrupada em “não possui” ou “possui”
Renda mensal	“Qual sua renda mensal?”	Criação de intervalo de valor

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 5 - Variáveis relacionadas à autoavaliação em saúde e acesso aos serviços de saúde, suas respectivas perguntas no questionário e o tratamento das variáveis

Variável aferida	Pergunta no questionário	Tratamento da Variável
Autoavaliação em saúde	“Em geral, como você avalia a sua saúde?”	Agrupada em “Excelente/Muito boa/Boa” ou “Razoável/Ruim”
Plano de saúde	“Possui plano de saúde?”	Mantida em “sim” ou “não”
Cadastro na Atenção Primária à Saúde (APS)	“Antes de ser acompanhada na Fiocruz você tinha ou tem cadastro em alguma Unidade Básica de Saúde (UBS), ou seja, posto de saúde, Centro Municipal de Saúde (CMS) ou Clínica da Família (CF)?”	Mantida em “sim” ou “não”
Acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família	Variável criada a partir das variáveis “Cadastro na APS” + variável Q37 (“Essa unidade possui agentes de saúde que passam na sua casa?”)	Mantida em “sim” ou “não”
Sorologia de HIV (autorreferida)	“Possui HIV?”	Mantida em “sim” ou “não”
Sorologia de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (autorreferida)	“Já teve outras ISTs?”	Mantida em “sim” ou “não”

Fonte: O autor, 2022.

Quadro 6 - Variáveis relacionadas à discriminação e violências, suas respectivas perguntas no questionário e o tratamento das variáveis (continua)

Variável aferida	Pergunta no questionário	Tratamento da Variável
Passabilidade¹⁰	“O quanto te identificam como mulher?”	Agrupada em “muito” ou “outros”
Discriminação	Pela aparência	Agrupada em “sim” ou “não” (tomando como positivo qualquer percepção de discriminação)
	Pela identidade de gênero	
	Pela orientação afetiva sexual	

¹⁰ Significa, em resumo, transitar pelos espaços sem ter sua identidade de gênero questionada.

Quadro 6 - Variáveis relacionadas à discriminação e violências, suas respectivas perguntas no questionário e o tratamento das variáveis (continuação)

Injúria¹¹	Grave contra a participante	“Você já desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro(a)?”	Agrupadas e mantidas em “sim” ou “não”
		“Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?”	
		“Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi?”	
		“Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?”	
	Menor contra a participante	“Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro(a)?”	Agrupadas e mantidas em “sim” ou “não”
		“Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro(a)?”	
Violência física	Grave contra a participante	“Seu companheiro(a) já usou uma faca ou arma contra você?”	Agrupadas e mantidas em “sim” ou “não”
		“Seu companheiro(a) já deu um murro ou acertou você com alguma coisa que pudesse machucar?”	
		“Seu companheiro(a) já te sufocou ou estrangulou?”	
		“Seu companheiro(a) já te jogou contra a parede com força?”	
		“Seu companheiro(a) já te deu uma surra?”	

¹¹ Injúria física difere-se da violência física, pois, além do ato violento há uma intenção aviltante (TJDFT, 2014).

Quadro 6 - Variáveis relacionadas à discriminação e violências, suas respectivas perguntas no questionário e o tratamento das variáveis (continuação)

Violência física	Grave contra a participante	“Seu companheiro(a) já te queimou ou derramou líquido quente em você de propósito?”	Agrupadas e mantidas em “sim” ou “não”
	Menor contra a participante	“Seu companheiro(a) já jogou alguma coisa em você que poderia machucá-la?”	Agrupadas e mantidas em “sim” ou “não”
		“Seu companheiro(a) já torceu o seu braço ou puxou seu cabelo?”	
		“Seu companheiro(a) já te deu um empurrão?”	
		“Seu companheiro(a) já te segurou com força?”	
		“Seu companheiro já te deu um tabefe ou bofetada?”	
Violência sexual	Grave contra a participante	“Seu companheiro(a) já usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para te obrigar a fazer sexo oral ou anal com ele(a)?”	Agrupadas e mantidas em “sim” ou “não”
		“Seu companheiro(a) já usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para te obrigar a fazer sexo com ele(a)?”	
		“Seu companheiro(a) já fez ameaças para te obrigar a fazer sexo oral ou anal com ele(a)?”	
		“Seu companheiro(a) já fez ameaças para te obrigar a fazer sexo com ele(a)?”	
	Menor contra a participante	“Seu companheiro(a) já te obrigou a fazer sexo sem camisinha?”	Agrupadas e mantidas em “sim” ou “não”

Quadro 6 - Variáveis relacionadas à discriminação e violências, suas respectivas perguntas no questionário e o tratamento das variáveis (continuação)

Violência sexual	Menor contra a participante	“Seu companheiro(a) já insistiu em fazer sexo oral ou anal quando você não queria sem usar força física?”	Agrupadas e mantidas em “sim” ou “não”
		“Seu companheiro(a) já insistiu em fazer sexo quando você não queria sem usar força física?”	
Violência psicológica	Grave contra a participante	“Seu companheiro(a) já chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida?”	Agrupadas e mantidas em “sim” ou “não”
		“Seu companheiro(a) já destruiu algo seu de propósito?”	
		“Seu companheiro(a) já te acusou de ser ‘ruim de cama’?”	
	Menor contra a participante	“Seu companheiro(a) já te xingou ou insultou?”	Agrupadas e mantidas em “sim” ou “não”
		“Seu companheiro(a) já gritou ou berrou com você?”	
		“Seu companheiro(a) já virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?”	
		“Seu companheiro(a) já fez algo pra te ofender?”	
		“Seu companheiro(a) já ameaçou acertar ou jogar alguma coisa em você?”	
Abuso emocional na infância	[“Enquanto eu crescia...”]	“As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo ‘estúpido(a)’, ‘preguiçosa’ ou ‘feia’?”	Agrupados no score “Não a mínimo”; “Leve a moderado”; “Moderado a severo” e “Severo a extremo”
		“Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido”	
		“Eu senti que alguém da minha família me odiava”	

Quadro 6 - Variáveis relacionadas à discriminação e violências, suas respectivas perguntas no questionário e o tratamento das variáveis (continuação)

Abuso emocional na infância	[“Enquanto eu crescia...”]	“Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam”	Agrupados no score “Não a mínimo”; “Leve a moderado”; “Moderado a severo” e “Severo a extremo”
		“Eu acredito que fui maltratada emocionalmente”	
Abuso físico na infância	[“Enquanto eu crescia...”]	“Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico”	Agrupados no score “Não a mínimo”; “Leve a moderado”; “Moderado a severo” e “Severo a extremo”
		“Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos”	
		“Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram”	
		“Eu acredito que fui maltratada fisicamente”	
		“Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar”	
Abuso sexual na infância	[“Enquanto eu crescia...”]	“Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual”	Agrupados no score “Não a mínimo”; “Leve a moderado”; “Moderado a severo” e “Severo a extremo”
		“Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual”	
		“Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo”	
		“Alguém me molestou”	
		“Eu acredito que fui abusada sexualmente”	
Negligência emocional na infância	[“Enquanto eu crescia...”]	“Eu me senti amada”	Agrupados no score “Não a mínimo”; “Leve a moderado”; “Moderado a severo” e “Severo a extremo”
		“Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante”	

Quadro 6 - Variáveis relacionadas à discriminação e violências, suas respectivas perguntas no questionário e o tratamento das variáveis (conclusão)

Negligência emocional na infância	[“Enquanto eu crescia...”]	“Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger”	Agrupados no score “Não a mínimo”; “Leve a moderado”; “Moderado a severo” e “Severo a extremo”
		“As pessoas da minha família se sentiam unidas”	
		“Minha família foi uma fonte de força e apoio”	
Negligência física na infância	[“Enquanto eu crescia...”]	“Eu não tive o suficiente para comer”	Agrupados no score “Não a mínimo”; “Leve a moderado”; “Moderado a severo” e “Severo a extremo”
		“As pessoas da minha família cuidavam umas das outras”	
		“Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família”	
		“Eu tive que usar roupas sujas”	
		“Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei”	
Tentativa de homicídio	No último ano	“Você já sofreu atentado de morte nos últimos doze meses?”	Mantida em “sim” ou “não”
	Em algum momento da vida	“Você já sofreu atentado de morte alguma vez na vida?”	

Fonte: O autor, 2022.

As covariáveis de caracterização sociodemográficas da amostra foram retiradas de pesquisas demográficas padronizadas, acrescidas de informações que a literatura aponta como relevantes para a discussão, como identidade de gênero e orientação afetiva sexual.

A primeira covariável é a passabilidade, já apresentada na página 33 desta tese e traz uma ideia de “ser passável”, “passar despercebida” nos lugares, sem que as pessoas suspeitem ou questionem sua identidade de gênero e tal situação quase sempre está associada a eventos de violência e discriminação por pessoas LGBTQs, sobretudo travestis e transexuais, o que já se conecta com a outra covariável relacionada às situações difíceis, que é a discriminação, que foi mensurada a partir de perguntas que captaram a percepção das

entrevistadas nas relações interpessoais cotidianas e suas experiências com a vitimização por discriminação.

O outro grupo de covariáveis, traumas na infância, foi aferido por questões propostas no instrumento Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI – originalmente denominado *Childhood Trauma Questionnaire* ou CTQ), adaptado e validado transculturalmente para uso no Brasil por Grassi-Oliveira et al. (2006) O CTQ, originalmente elaborado por Bernstein et al. (1994), possuía 70 itens, que posteriormente foram validados em versão reduzida de 28 questões que deram origem à versão QUESI (BERNSTEIN et al., 1998; BERNSTEIN et al., 2003) cuja versão brasileira apresenta boa capacidade de compreensão.

Este instrumento mapeia cinco componentes traumáticos na infância na infância, sendo: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional; tendo uma subescala dedicada ao estudo de controle de minimização/negação das respostas. A pontuação das respostas varia de zero a cinco, com as seguintes opções de resposta: “nunca”, “poucas vezes”, “às vezes”, “muitas vezes” e “sempre”. Entretanto, nesta tese optou-se por fazer as análises a partir do score proposto por Bernstein et al. (2003), que divide as respostas em quatro grupos possíveis de resposta (não a mínimo; leve a moderado; moderado a severo; severo a grave), a partir das respostas de cada participante e suas notas de corte.

As próximas covariáveis foram as situações de Violência entre Parceiros Íntimos (VPI), que foram aferidas por meio do instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales*” (CTS2), baseado no “*Conflict Tactic Scales* (CTS)”, proposto por Straus e colaboradores (1996). O instrumento se baseia na teoria do conflito e que emerge das relações íntimas ou intrafamiliares. Foi utilizado o validado e adaptado transculturalmente para uso no Brasil (MORAES et al., 2002; STRAUS et al., 1996), permitindo 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) e contou com um total de 78 questões do instrumento CTS2 e todas as possibilidades de resposta eram “sim” ou “não”. Entretanto, os itens de negociação e as duas questões extras não foram utilizadas na tese.

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. Para isso, com respostas “sim/não”, foi

considerado caso positivo de violência quando relatado ao menos um dos itens avaliados em cada escala.

E as covariáveis finais foram as relacionadas à tentativa de homicídio no último ano e em algum momento da vida, onde foram questionadas se nos últimos doze meses e em algum momento da vida teriam sofrido algum atentado à sua vida.

2.5 Análise dos dados

O banco de dados do EVAS foi criado no software *R Project for Statistical Computing* (*R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria) e foi convertido para o formato de leitura do software Stata SE 15 (*Stata Corp., College Station*, Estados Unidos), onde foram realizadas as análises de dados.

Inicialmente, foram realizadas análises univariadas, onde foram calculadas as prevalências e os respectivos intervalos de confiança a 95%. As análises bivariadas foram realizadas calculando-se as prevalências e as razões de chance ou *odds ratio* (OR) por meio de modelos de regressão logística, considerando a significância estatística quando os valores de α fossem inferiores a 0,05.

As análises bivariadas foram realizadas de duas maneiras, em um primeiro momento as variáveis “ideação suicida”, “tentativa de suicídio” e “comportamento autoabusivo” foram analisadas de maneira individual e independente (Tabelas de 5 a 7) e, em segundo momento, uma variável nova foi criada combinando essas três em uma única “violência autoprovocada” (Tabelas de 8 a 10).

Como os desfechos da pesquisa foram mensurados por questões que apresentam possibilidades de resposta dicotômicas (“sim” ou “não”) foi utilizada a Regressão Logística, com todas as variáveis que apresentaram p-valor menor ou igual a 0,30 na análise bivariada como tentativa de expandir a análise (Tabela 11).

Após esta etapa foi construído o modelo final de regressão logística, com a finalidade de identificar os fatores independentes associados aos desfechos (comportamento suicida e autoabusivo), controlando possíveis fatores de confusão, sendo utilizada as variáveis na sua forma agrupada.

Aplicando-se o método *stepwise backward* manual, que permite construir um modelo a partir de subconjunto útil de preditores, onde foram excluídas as variáveis com maior p-

valor do modelo de regressão até que todas as variáveis presentes tivessem p-valor inferior a 0,05, chegando ao modelo final. Com isso, foram considerados como fatores de risco as variáveis que apresentaram $OR > 1$, enquanto os fatores de proteção foram considerados quando $OR < 1$.

Após o modelo multivariado final, com a identificação das variáveis associadas aos desfechos, foi possível refletir sobre quais fatores estariam, nesta pesquisa, relacionados aos desfechos investigados e que pudessem subsidiar uma construção teórica reflexiva para discussão.

2.6 Aspectos éticos

A presente proposta obedeceu aos preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. Neste sentido, o rigor metodológico e os sistemas protetivos que asseguram a voluntariedade, o anonimato e a possibilidade de desistência a qualquer tempo foram plenamente respeitados, conforme previsto pela Resolução CNS n. 466/2012, tendo sido aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de parecer 3.182.376 (ANEXO D).

Todas as voluntárias foram convidadas a participar da pesquisa e passaram por consentimento informado. As que concordaram, assinaram ou sinalizaram aceite (neste caso por serem incapazes de assinar por analfabetismo, utilizaram sua digital como sinal de aceite) no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E). Todas as etapas da pesquisa foram realizadas apenas após a assinatura ou aceite do TCLE.

Por tratar-se de um conjunto de condições estigmatizantes e geradoras de sofrimento psíquico, existindo risco potencial para as participantes, porém compreendido como “risco mínimo” pela equipe de pesquisadores, tais riscos foram minimizados por meio de aconselhamento pré e pós aplicação dos procedimentos de pesquisa, e com acompanhamento e encaminhamento para equipe de apoio, quando se fizesse necessário.

Destaca-se que a equipe de pesquisadores responsáveis monitorou o processo e, sempre que foi detectada a ampliação dos riscos de sofrimento psíquico, as entrevistas foram passíveis de interrupção imediata e posterior encaminhamento para acompanhamento ambulatorial no Instituto.

Como forma de garantia da privacidade e confiabilidade, as entrevistas ocorreram em ambientes privativos, além de não serem coletadas as informações que possibilitem a

identificação das participantes. Os formulários receberam um número de identificação (ID) que foi utilizado para a composição dos bancos de dados, utilizando a primeira letra do nome e sobrenome, e números sequenciais. O computador foi protegido por senha, sendo acessado somente pelos assistentes de pesquisa e coordenadores do projeto, assim como os dados foram criptografados e bloqueados após a conclusão dos procedimentos de coleta.

2.7 Financiamento do estudo

O EVAS teve financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento e Pesquisa (CNPq).

3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 139 travestis e mulheres transexuais e como principais características amostrais estão que o grupo não apresentava grandes divergências etárias, tendo a maioria 35 anos ou mais (52%), cuja esta idade também foi a idade média encontrada, tendo a faixa etária variado entre 18 e 65 anos de idade entre as participantes, 61% se apresentou como mulher transexual, a grande maioria era heterossexual (95%) e autodeclaradamente não branca (79%), com mais de oito anos de estudo (64%) e com alguma afiliação religiosa/espiritual (65%).

Quanto às questões de residência e trabalho, a maioria delas (73%) morava no município do Rio de Janeiro, não morava sozinha (60%), embora a maioria estivesse solteira (64%) no momento da entrevista. E embora a maioria trabalhasse com vínculo formal (81%), a renda mensal predominante foi de R\$700,00 reais ou menos, cujos dados podem ser vistos na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Apresentação do perfil sociodemográfico de uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (continua)

Variáveis	n (%)
Identidade de gênero	
Travesti	37 (27%)
Mulher trans	85 (61%)
Outras identidades	17 (12%)
Orientação afetiva sexual	
Heterossexual	132 (95%)
Outras orientações	7 (5%)
Faixa etária	
35 anos ou mais	72 (52%)
Até 35 anos	67 (48%)
Raça/cor	
Branca	29 (21%)
Não branca	110 (79%)
Reside no município do Rio de Janeiro	
Não	37 (27%)
Sim	102 (7%)
Mora Sozinha	
Não	83 (60%)
Sim	55 (40%)

Tabela 1 - Apresentação do perfil sociodemográfico de uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (conclusão)

Variáveis	n (%)
Situação conjugal	
Comprometida	50 (36%)
Solteira	89 (64%)
Tempo de estudo	
8 anos ou mais	89 (64%)
Menos de 8 anos	50 (36%)
Trabalha com carteira assinada	
Não	26 (19%)
Sim	113 (81%)
Renda mensal	
>R\$1.400,00	40 (29%)
R\$ 700,00 - R\$ 1.400,00	39 (28%)
< R\$ 700,00	60 (43%)
Religião	
Não	48 (34%)
Sim	91 (66%)
Status autorreferido de HIV	
Negativo	62 (44%)
Positivo	77 (56%)

Fonte: O autor, 2022.

Uma vez conhecido o perfil das participantes, partiu-se para os desfechos desta pesquisa, que foram a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o comportamento autoabusivo.

A fim de avaliarmos os efeitos de maneira isolada e agrupada, inicialmente foram feitas as análises bivariadas com cada variável desfecho individualmente (ideação suicida, tentativa de suicídio e autoabuso), e, após, foi feita a análise bivariada com uma variável única que agrupou todas as variáveis de interesse (violência autoprovocada), conforme tabelas 2 e 3 a seguir.

Tabela 2 - Prevalência de ideação suicida, tentativa de suicídio, comportamento autoabusivo e violência autoprovocada em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139)

Variáveis	n	Prevalência	OR (IC95%)
Ideação Suicida	40	29%	(21% – 36%)
Tentativa de Suicídio	13	9%	(4% – 14%)
Comportamento Autoabusivo	10	7%	(3% – 116%)
Violência autoprovocada	42	30%	(23% – 38%)

Fonte: O autor, 2022.

Tabela 3 - Características de autoavaliação em saúde e acesso aos serviços de saúde em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139)

Variáveis	n (%)
Autoavaliação de saúde	
Boas condições	102 (73%)
Condições razoáveis	37 (27%)
Plano de saúde	
Não	122 (90%)
Sim	14 (10%)
Cadastro na APS	
Não	65 (47%)
Sim	74 (53%)
Acompanhamento pela ESF	
Não	61 (44%)
Sim, UBS	36 (26%)
Sim, UBSF	42 (30%)
Status sorológico autorreferido de HIV	
Negativo	62 (45%)
Positivo	77 (55%)
Status sorológico autorreferido de outras ISTs	
Negativo	71 (51%)
Positivo	68 (49%)

Fonte: O autor, 2022.

Desta maneira, a Tabela 2 mostra que, de forma geral, 42 (30%) já sofreram violência autoprovocada e, isoladamente, as participantes responderam positivamente aos elementos do comportamento suicida e autoabusivo. Observa-se que 40 participantes (29%) já tiveram uma

ideação suicida nos últimos doze meses, 13 participantes (9%) já colocaram em prática alguma tentativa de suicídio e que 10 delas (7%) já se automutilaram propositalmente.

Já a tabela 3 apresenta as características de autoavaliação em saúde e acesso aos serviços de saúde entre as travestis e mulheres transexuais participantes. Observou-se na análise que 102 (73%) avaliaram suas condições de saúde como boas, 122 (90%) não tinham plano de saúde, 74 (53%) tinham cadastro na APS, entretanto, 61 (44%) relataram não serem acompanhadas por esse nível de atenção, 77 (55%) relataram ser uma Pessoa Vivendo com HIV e 71 (51%) relataram não ter diagnóstico positivo para outras ISTs.

Tabela 4 - Características de discriminação e violências interpessoais em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (continua)

Variáveis	n (%)
Passabilidade	
Muita	45 (32%)
Razoável	94 (68%)
Discriminação pela Aparência	
Não	41 (30%)
Sim	98 (70%)
Identidade de Gênero	
Não	34 (24%)
Sim	105 (76%)
Orientação afetiva sexual	
Não	50 (36%)
Sim	89 (64%)
Injúria Grave	
Não	123 (89%)
Sim	16 (11%)
Menor	
Não	106 (76%)
Sim	33 (24%)
Violência física Grave	
Não	106 (76%)
Sim	33 (24%)

Tabela 4 - Características de discriminação e violências interpessoais de saúde em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, 2019-2020. (N=139) (continua)

Variáveis	n (%)
<i>Menor</i>	
Não	89 (64%)
Sim	50 (36%)
Violência sexual	
<i>Grave</i>	
Não	134 (96%)
Sim	5 (4%)
<i>Menor</i>	
Não	120 (86%)
Sim	19 (14%)
Violência psicológica	
<i>Grave</i>	
Não	98 (71%)
Sim	41 (29%)
<i>Menor</i>	
Não	77 (55%)
Sim	62 (45%)
Abuso emocional	
Não a mínimo	55 (40%)
Leve a extremo	84 (60%)
Abuso físico	
Não a mínimo	59 (42%)
Leve a extremo	80 (58%)
Abuso sexual	
Não a mínimo	77 (55%)
Leve a extremo	62 (45%)
Negligência física	
Não a mínimo	55 (40%)
Leve a extremo	84 (60%)
Negligência emocional	
Não a mínimo	55 (40%)
Leve a extremo	84 (60%)
Tentativa de Homicídio	
<i>No último ano</i>	
Não	113 (81%)
Sim	26 (19%)

Tabela 4 - Características de discriminação e violências interpessoais de saúde em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (conclusão)

Variáveis	n (%)
<i>Em algum momento da vida</i>	
Não	66 (47%)
Sim	73 (53%)

Fonte: O autor, 2022.

A tabela 4 revela as características de discriminação e violências interpessoais sofridas pelas travestis e mulheres transexuais participantes. Observou-se nos dados encontrados que 94 (68%) relataram que percebem sua passabilidade como razoável, 98 (70%) já sofreram discriminação por sua aparência, 105 (76%) já sofreram discriminação por sua identidade de gênero, 89 (64%) já sofreram discriminação por sua orientação afetiva sexual, 123 (89%) e 106 (76%) relataram não ter sofrido injúria grave, nem injúria menor, respectivamente, 106 (76%) e 89 (64%) relataram não ter sofrido violência física grave nem violência física menor, respectivamente, 134 (96%) e 120 (86%) relataram não ter sofrido violência sexual grave nem violência sexual menor, respectivamente.

Tabela 5 - Análise bivariada entre características sociodemográficas e violência autoprovocada (isolada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (continua)

Variáveis	Ideação			Tentativa			Comportamento		
	Suicida n (%)	OR (IC95%)	p-valor	de Suicídio n (%)	OR (IC95%)	p-valor	Autoabusivo n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Identidade de gênero									
Travesti	14 (38%)	Referência		6 (16%)	Referência		7 (19%)	Referência	
Mulher trans	21 (25%)	0,54 (0,23 – 1,23)	0,143	7 (8%)	0,46 (0,14 – 1,49)	0,197	3(3%)	0,15 (0,04 – 0,62)	0,009
Outras identidades	5 (29%)	0,68 (0,20 – 2,36)	0,548	-	-	-	-	-	-
Orientação afetiva sexual									
Heterossexual	38 (29%)	Referência		12 (9%)	Referência		10 (8%)	Referência	
Outras orientações	2 (29%)	0,99 (0,18 – 5,32)	0,990	1 (14%)	1,67 (0,18 – 15,02)	<0,001	-	-	-
Faixa etária									
35 anos ou mais	20 (28%)	Referência		6 (8%)	Referência		3 (4%)	Referência	
Até 35 anos	20 (30%)	1,11 (0,53 – 2,31)	0,787	7 (10%)	1,28 (0,41 – 4,03)	0,669	7 (10%)	2,64 (0,65 – 10,68)	0,172
Raça/cor									
Branca	8 (28%)	Referência		2 (7%)	Referência		-	Referência	
Não branca	32 (29%)	1,08 (0,43 – 2,68)	0,874	11 (10%)	1,50 (0,31 – 7,18)	0,612	10 (9%)	1,00 (0,05 – 1,91)	<0,001
Reside no município do Rio de Janeiro									
Não	14 (38%)	Referência		4 (11%)	Referência		3 (8%)	Referência	
Sim	26 (26%)	0,56 (0,25 – 1,25)	0,158	9 (9%)	0,80 (0,23 – 2,77)	0,723	7 (7%)	0,84 (0,21 – 3,45)	0,813

Tabela 5 - Análise bivariada entre características sociodemográficas e violência autoprovocada (isolada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (conclusão)

Variáveis	Ideação			Tentativa			Comportamento		
	Suicida n (%)	OR (IC95%)	p-valor	de Suicídio n (%)	OR (IC95%)	p-valor	Autoabusivo n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Mora Sozinha									
Não	24 (29%)	Referência		10 (12%)	Referência		6 (7%)	Referência	
Sim	16 (29%)	1,00 (0,48 – 2,14)	0,982	2 (4%)	0,27 (0,06 – 1,31)	0,105	4 (7%)	1,00 (0,27 – 3,74)	0,992
Situação conjugal									
Comprometida	13 (26%)	Referência		4 (8%)	Referência		5 (10%)	Referência	
Solteira	27 (30%)	1,24 (0,57 – 2,69)	0,588	9 (10%)	1,29 (0,38 – 4,44)	0,682	5 (6%)	0,54 (0,15 – 1,97)	0,353
Tempo de estudo									
8 anos ou mais	26 (29%)	Referência		9 (10%)	Referência		7 (8%)	Referência	
Menos de 8 anos	14 (28%)	0,94 (0,44 – 2,03)	0,879	4 (8%)	0,77 (0,22 – 2,65)	0,682	3 (6%)	0,74 (0,18 – 2,99)	0,671
Trabalha com carteira assinada									
Não	8 (31%)	Referência		2 (8%)	Referência		2 (8%)	Referência	
Sim	32 (28%)	0,89 (0,35 – 2,25)	0,804	11 (10%)	1,29 (0,27 – 6,22)	0,748	8 (7%)	0,92 (0,18 – 4,63)	0,922
Renda mensal									
>R\$ 1.400,00	6 (15%)	Referência		2 (5%)	Referência		1 (3%)	Referência	
R\$ 700,00 – 1.400,00	14 (36%)	3,17 (1,07 – 9,41)	0,037	3 (8%)	1,58 (0,25 – 10,03)	0,626	3 (8%)	3,25 (0,32 – 32,68)	0,317
<R\$700,00	20 (33%)	2,83 (1,02 – 7,86)	0,045	8 (13%)	2,92 (0,59 – 14,55)	0,190	6 (10%)	4,41 (0,51 – 38,17)	0,177
Religião									
Não	14 (29%)	Referência		6 (13%)	Referência		3 (6%)	Referência	
Sim	26 (29%)	0,97 (0,45 – 2,10)	0,941	7 (8%)	0,58 (0,18 – 1,84)	0,359	7 (8%)	1,26 (0,31 – 5,13)	0,742

Fonte: O autor, 2022.

Tabela 6 - Análise bivariada entre características de autoavaliação em saúde e acesso aos serviços de saúde e violência autoprovocada (isolada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139)

Variáveis	Ideação			Tentativa			Comportamento		
	Suicida n (%)	OR (IC95%)	p-valor	de Suicídio n (%)	OR (IC95%)	p-valor	Autoabusivo n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Autoavaliação da saúde									
Boas condições	29 (28%)	Referência		11 (11%)	Referência		8 (8%)	Referência	
Condições razoáveis	11 (30%)	1,06 (0,47 – 2,43)	0,881	2 (5%)	0,47 (0,10 – 2,24)	0,345	2 (6%)	0,69 (0,14 – 3,42)	0,651
Plano de saúde									
Não	25 (29%)	Referência		10 (8%)	Referência		8 (7%)	Referência	
Sim	5 (36%)	1,38 (0,43 – 4,41)	0,586	3 (21%)	3,05 (0,73 – 12,78)	0,126	2 (15%)	2,59 (0,49 – 13,74)	0,263
Cadastro na APS									
Não	20 (31%)	Referência		8 (12%)	Referência		5 (8%)	Referência	
Sim	20 (27%)	0,84 (0,40 – 1,74)	0,627	5 (7%)	0,52 (0,16 – 1,66)	0,269	5 (7%)	0,85 (0,23 – 3,10)	0,812
Acompanhamento pela ESF									
Não	19 (31%)	Referência		8 (13%)	Referência		5 (8%)	Referência	
Sim, UBS	10 (28%)	0,85 (0,34 – 2,11)	0,726	3(8%)	0,60 (0,15 – 2,43)	0,477	3 (8%)	1 (0,22 – 4,46)	1
Sim, UBSF	11 (26%)	0,78 (0,33 – 1,88)	0,587	2 (5%)	0,33 (0,06 – 1,64)	0,177	2 (5%)	0,55 (0,10 – 2,98)	0,488
Status sorológico autorreferido de HIV									
Negativo	12 (19%)	Referência		4 (6%)	Referência		3 (5%)	Referência	
Positivo	28 (36%)	2,38 (1,09 – 5,21)	0,030	9 (12%)	1,91 (0,56 – 6,56)	0,298	7 (9%)	1,93 (0,48 – 7,81)	0,355
Status sorológico autorreferido de outras ISTs									
Negativo	19 (27%)	Referência		8 (11%)	Referência		6 (9%)	Referência	
Positivo	21(31%)	1,22 (0,59 – 2,55)	0,592	5 (7%)	0,62 (0,19 – 2,01)	0,431	4 (6%)	0,67 (0,18 – 2,47)	0,545

Fonte: O autor, 2022.

Tabela 7 - Análise bivariada entre características de discriminação e violências interpessoais e violência autoprovocada (isolada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (continua)

Variáveis	Ideação			Tentativa			Comportamento		
	Suicida n (%)	OR (IC95%)	p-valor	de Suicídio n (%)	OR (IC95%)	p-valor	Autoabusivo n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Passabilidade									
Muita	9 (20%)	Referência		3 (7%)	Referência		0	Referência	
Razoável	31 (33%)	1,97 (0,84 – 4,59)	0,117	10 (11%)	1,67 (0,43 – 6,38)	0,456	10 (11%)	1,00 (0,62 – 2,29)	<0,001
Discriminação pela aparência									
Não	10 (24%)	Referência		3 (7%)	Referência		2 (5%)	Referência	
Sim	30 (31%)	1,37 (0,59 – 3,14)	0,461	10 (10%)	1,44 (0,37 – 5,52)	0,596	8 (8%)	1,75 (0,35 – 8,63)	0,490
Discriminação pela identidade de gênero									
Não	9 (26%)	Referência		2 (6%)	Referência		-	Referência	
Sim	31 (30%)	1,16 (0,49 – 2,78)	0,733	11 (10%)	1,87 (0,39 – 8,90)	0,430	10 (9%)	1,00 (0,55 – 2,02)	<0,001
Discriminação pela orientação afetiva sexual									
Não	14 (28%)	Referência		4 (8%)	Referência		1 (2%)	Referência	
Sim	26 (29%)	1,06 (0,49 – 2,29)	0,879	9 (10%)	1,29 (0,38 – 4,44)	0,682	9 (10%)	5,40 (0,66 – 43,95)	0,115
Injúria grave									
Não	34 (28%)	Referência		9 (7%)	Referência		7 (6%)	Referência	
Sim	6 (38%)	1,57 (0,53 – 4,65)	0,415	4 (25%)	4,23 (1,13 – 15,80)	0,032	3 (19%)	3,79 (0,87 – 16,47)	0,075
Injúria menor									
Não	28 (27%)	Referência		7 (7%)	Referência		3 (3%)	Referência	
Sim	12 (36%)	1,59 (0,69 – 3,65)	0,273	6 (18%)	3,14 (0,97 – 10,13)	0,055	7 (21%)	9,15 (2,21 – 37,85)	0,002

Tabela 7 - Análise bivariada entre características de discriminação e violências interpessoais e violência autoprovocada (isolada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (continuação)

Variáveis	Ideação			Tentativa			Comportamento		
	Suicida n (%)	OR (IC95%)	p-valor	de Suicídio n (%)	OR (IC95%)	p-valor	Autoabusivo n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Violência física grave									
Não	28 (27%)	Referência		8 (8%)	Referência		4 (4%)	Referência	
Sim	12 (36%)	1,59 (0,69 – 3,65)	0,273	5 (15%)	2,19 (0,66 – 7,22)	0,199	6 (18%)	5,61 (1,48 – 21,31)	0,011
Violência física menor									
Não	24 (27%)	Referência		6 (7%)	Referência		2 (2%)	Referência	
Sim	16 (32%)	1,27 (0,60 – 2,71)	0,530	7 (14%)	2,25 (0,71 – 7,12)	0,167	8 (16%)	8,19 (1,66 – 40,28)	0,010
Violência sexual grave									
Não	38 (28%)	Referência		11 (8%)	Referência		8 (6%)	Referência	
Sim	2 (40%)	1,68 (0,27 – 10,5)	0,576	2 (40%)	7,45 (1,12 – 49,6)	0,037	2 (40%)	10,42 (1,52 – 71,53)	0,017
Violência sexual menor									
Não	36 (30%)	Referência		12 (10%)	Referência		8 (7%)	Referência	
Sim	4 (21%)	0,62 (0,19 – 2,00)	0,427	1 (5%)	0,50 (0,06 – 4,08)	0,518	2 (10%)	1,63 (0,32 – 8,34)	0,556
Violência psicológica grave									
Não	27 (28%)	Referência		6 (6%)	Referência		2 (2%)	Referência	
Sim	13 (32%)	1,22 (0,55 – 2,70)	0,622	7 (17%)	3,16 (0,99 – 10,06)	0,052	8 (19%)	11,51 (2,33 – 57,04)	0,003
Violência psicológica menor									
Não	23 (30%)	Referência		6 (8%)	Referência		2 (3%)	Referência	
Sim	17 (27%)	0,89 (0,42 – 1,86)	0,751	7 (11%)	1,50 (0,48 – 4,74)	0,484	8 (13%)	5,48 (1,12 – 26,84)	0,036

Tabela 7 - Análise bivariada entre características de discriminação e violências interpessoais e violência autoprovocada (isolada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (continuação)

Variáveis	Ideação			Tentativa			P-valor	Comportamento		
	Suicida n (%)	OR (IC95%)	p-valor	de Suicídio n (%)	OR (IC95%)			Autoabusivo n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Abuso emocional										
Não a mínimo	12 (22%)	Referência		1 (2%)	Referência			1 (2%)	Referência	
Leve a moderado	9 (26%)	1,29 (0,48 – 3,49)	0,616	2 (6%)	3,37 (0,29 – 38,71)	0,329	-	-	-	
Moderado a severo	6 (33%)	1,79 (0,55 – 5,77)	0,329	2 (11%)	6,75 (0,57 – 79,35)	0,129	3 (17%)	10,8 (1,05 – 111,5)	0,046	
Severo a extremo	13 (41%)	2,45 (0,94 – 6,35)	0,065	8 (25%)	18,00 (2,13 – 152,03)	0,008	6 (19%)	12,46 (1,42 – 108,93)	0,023	
Abuso físico										
Não a mínimo	19 (32%)	Referência		2 (3%)	Referência			1 (2%)	Referência	
Leve a moderado	6 (26%)	0,74 (0,25 – 2,19)	0,590	2 (9%)	2,71 (0,36 – 20,52)	0,333	2 (9%)	5,80 (0,50 – 67,46)	0,160	
Moderado a severo	2 (10%)	0,25 (0,05 – 1,18)	0,080	1 (5%)	1,58 (0,13 – 18,50)	0,714	2 (10%)	6,82 (0,58 – 79,91)	0,126	
Severo a extremo	13 (34%)	1,09 (0,46 – 2,60)	0,837	8 (21%)	7,60 (1,51 – 38,07)	0,014	5 (13%)	8,79 (0,98 – 78,45)	0,052	
Abuso sexual										
Não a mínimo	23 (30%)	Referência		7 (9%)	Referência			4 (5%)	Referência	
Leve a moderado	3 (50%)	2,35 (0,44 – 12,51)	0,317	-	-	-	1 (17%)	3,65 (0,34 – 39,09)	0,285	
Moderado a severo	4 (14%)	0,37 (0,12 – 1,20)	0,099	2 (7%)	0,74 (0,14 – 3,79)	0,719	2 (7%)	1,40 (0,24 – 8,12)	0,705	
Severo a extremo	10 (37%)	1,38 (0,55 – 3,47)	0,492	4 (15%)	1,74 (0,47 – 6,48)	0,410	3 (11%)	2,28 (0,48 – 10,92)	0,302	

Tabela 7 - Análise bivariada entre características de discriminação e violências interpessoais e violência autoprovocada (isolada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (conclusão)

Variáveis	Ideação			Tentativa			Comportamento		
	Suicida n (%)	OR (IC95%)	p-valor	de Suicídio n (%)	OR (IC95%)	p-valor	Autoabusivo n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Negligência física									
Não a mínimo	22 (22%)	Referência		9 (9%)	Referência		6 (6%)	Referência	
Leve a moderado	11 (48%)	3,21 (1,25 – 8,26)	0,016	1 (4%)	0,45 (0,05 – 3,78)	0,466	2 (9%)	1,55 (0,29 – 8,25)	0,607
Moderado a severo	4 (44%)	2,80 (0,69 – 11,33)	0,149	2 (22%)	2,86 (0,51 – 15,87)	0,230	1 (11%)	1,94 (0,21 – 18,14)	0,562
Severo a extremo	3 (38%)	2,10 (0,46 – 9,48)	0,335	1 (13%)	1,43 (0,16 – 12,95)	0,751	1 (13%)	2,21 (0,23 – 21,05)	0,489
Negligência emocional									
Não a mínimo	9 (16%)	Referência		3 (5%)	Referência		2 (4%)	Referência	
Leve a moderado	7 (54%)	5,96 (1,62 – 21,96)	0,007	1 (8%)	1,44 (0,14 – 15,12)	0,759	1 (8%)	2,21 (0,18 – 26,39)	0,531
Moderado a severo	5 (33%)	2,55 (0,70 – 9,28)	0,154	1 (7%)	1,24 (0,12 – 12,84)	0,858	2 (13%)	4,08 (0,52 – 31,72)	0,179
Severo a extremo	19 (34%)	2,62 (1,06 – 6,48)	0,036	8 (14%)	2,89 (0,72 – 11,52)	0,133	5 (9%)	2,65 (0,49 – 14,29)	0,257
Tentativa de homicídio no último ano									
Não	31(27%)	Referência		12 (11%)	Referência		10 (9%)	Referência	
Sim	9 (35%)	1,40 (0,56 – 3,47)	0,467	1 (4%)	0,34 (0,04 – 2,71)	0,306	-	-	-
Tentativa de homicídio em algum momento da vida									
Não	31 (28%)	Referência		8 (12%)	Referência		6 (9%)	Referência	
Sim	9 (35%)	0,65 (0,31 – 1,37)	0,261	5 (7%)	0,53 (0,16 – 1,72)	0,292	4 (5%)	0,59 (0,16 – 2,18)	0,428

Fonte: O autor, 2022.

A Tabela 5 traz a análise bivariada entre as características sociodemográficas e o comportamento suicida (isolado) e autoabusivo nas travestis e mulheres transexuais participantes. Observou-se na análise bivariada que as variáveis “Mora no Rio de Janeiro” apresentou p-valor menor que 0,30 quando relacionada à ideação, a variável “Mora sozinha” apresentou p-valor menor que 0,30 para tentativa, as variáveis “Faixa etária” e “Raça/cor” apresentaram p-valor menor que 0,30 para comportamento autoabusivo. As variáveis “Identidade de gênero” e “Renda mensal” apresentaram p-valor menor 0,30 para os três desfechos isolados (ideação, tentativa e comportamento autoabusivo).

A Tabela 6 retrata a análise bivariada entre a autoavaliação em saúde e o acesso aos serviços de saúde e o comportamento suicida (isolado) e autoabusivo nas travestis e mulheres transexuais participantes. Observou-se na análise bivariada que as variáveis “Cadastro na APS” e “Acompanhada pela ESF” apresentaram p-valor menor que 0,30 quando relacionadas à tentativa, “Ter plano de saúde” apresentou p-valor menor que 0,30 para tentativa e comportamento autoabusivo, enquanto “Autorrelato de HIV positivo” apresentou p-valor menor que 0,30 para ideação e tentativa.

A Tabela 7 mostra a análise bivariada entre as características de discriminação e violências e o comportamento suicida e autoabusivo nas travestis e mulheres transexuais que participaram da pesquisa. Observou-se na análise bivariada que as únicas variáveis que apresentaram p-valor menor que 0,30 para apenas um desfecho foram “Abuso sexual”, para ideação, e “Discriminação por identidade de gênero” e “Discriminação por orientação sexual”, para comportamento autoabusivo. As variáveis “Passabilidade”, “Negligência física” e “Sofreu tentativa de homicídio em algum momento da vida” apresentaram p-valor menor que 0,30 para ideação e tentativa, enquanto as variáveis “Violência psicológica menor” e “Violência sexual grave” apresentaram p-valor menor que 0,30 para tentativa e comportamento autoabusivo. Já as demais variáveis dessa seção, “Injúrias”, “Violência física”, “Abuso emocional”, “Abuso físico”, “Abuso sexual” e “Negligência emocional” apresentaram p-valor menor que 0,30 em algum grau para os três desfechos isolados (ideação, tentativa e comportamento autoabusivo).

As Tabelas 8, 9 e 10 trazem as análises bivariadas das mesmas variáveis descritas acima (características sociodemográficas, considerações sobre autoavaliação em saúde e acesso e situações de discriminação e violências, respectivamente), porém com o desfecho único de violência autoprovocada (agrupamento dos desfechos ideação, tentativa e autoabuso positivos). E, a partir dessa tabela, observou-se que quando analisado de forma única, o desfecho violência autoprovocada apresentou p-valor menor que 0,30 quando relacionado às

variáveis “Identidade de gênero”, “Mora no Rio de Janeiro”, “Renda mensal”, “Autorrelato de HIV positivo”, “Passabilidade”, “Injúria menor”, “Violência física grave”, “Abuso emocional”, “Abuso físico”, “Abuso sexual”, “Negligência física”, “Negligência emocional”, “Tentativa de homicídio em qualquer momento da vida”, sendo estas variáveis também percebidas anteriormente em algum grau nas variáveis isoladas, entretanto, a variável “Religião” apareceu relacionada a esse desfecho agrupado.

A Tabela 11 apresenta os resultados do efeito independente de cada uma das variáveis na análise multivariada por Regressão Logística das violências autoprovocadas (isoladas e agrupadas) após o *stepwise backward*. Observou-se que a variável “Autorrelato de HIV positivo” teve influência no desfecho ideação e violência autoprovocada, a variável “Abuso emocional” teve relação com o desfecho tentativa e a variável “Violência psicológica” teve relação com o desfecho tentativa.

E, a partir dos dados encontrados nesta tabela, percebe-se que as participantes com status autorreferido de HIV possuem 2,4 mais chances de apresentar ideação suicida e, também, possuem 2,3 mais chances de sofrerem violência autoprovocada, observa-se também que participantes que relataram ter sofrido algum tipo de abuso emocional na infância possuem 9 chances mais de tentarem suicídio, enquanto aquelas que sofreram violência psicológica grave possuem 11,6 mais chances de apresentarem comportamentos autoabusivos.

Tabela 8 - Análise bivariada entre características sociodemográficas e violência autoprovocada (agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (continua)

Variáveis	Violência Autoprovocada n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Identidade de gênero			
Travesti	16 (43%)		Referência
Mulher trans	21 (25%)	0,43 (0,19 – 0,97)	0,043
Outras identidades	5 (29%)	0,54 (0,16 – 1,87)	0,336
Orientação afetiva sexual			
Heterossexual	40 (30%)		Referência
Outras orientações	2 (29%)	0,92 (0,17 – 4,94)	0,923
Faixa etária			
35 anos ou mais	21 (29%)		Referência
Até 35 anos	21 (31%)	1,11 (0,54 – 2,29)	0,780
Raça/cor			
Branca	9 (31%)		Referência
Não branca	33 (30%)	0,95 (0,39 – 2,31)	0,914
Reside no município do Rio de Janeiro			
Não	14 (38%)		Referência
Sim	28 (27%)	0,62 (0,28 – 1,37)	0,241
Mora sozinha			
Não	24 (29%)		Referência
Sim	17 (31%)	1,10 (0,52 – 2,31)	0,802

Tabela 8 - Análise bivariada entre características sociodemográficas e violência autoprovocada (agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (conclusão)

Variáveis	Violência Autoprovocada n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Situação conjugal			
Comprometida	14 (28%)		Referência
Solteira	28 (31%)	1,18 (0,55 – 2,53)	0,670
Tempo de estudo			
8 anos ou mais	27 (30%)		Referência
Menos de 8 anos	15 (30%)	0,98 (0,46 – 2,09)	0,967
Trabalha com carteira assinada			
Não	8 (31%)		Referência
Sim	34 (30%)	0,97 (0,38 – 2,44)	0,946
Renda mensal			
>R\$ 1.400,00	6 (15%)		Referência
R\$ 700,00 – 1.400,00	14 (36%)	3,17 (1,07 – 9,41)	0,037
<R\$700,00	22 (37%)	3,28 (1,19 – 9,05)	0,022
Religião			
Não	1 (13%)		Referência
Sim	41 (31%)	3,19 (0,38 – 26,8)	0,285

Fonte: O autor, 2022.

Tabela 9 - Análise bivariada entre características de autoavaliação em saúde e acesso aos serviços de saúde e violência autoprovocada (agrupadas) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139)

Variáveis	Violência Autoprovocada n (%)	OR (IC95%)		p-valor
Autoavaliação da saúde				
Boas condições	30 (29%)		Referência	
Condições razoáveis	12 (32%)	1,15 (0,51 – 2,59)		0,732
Plano de saúde				
Não	36 (29%)		Referência	
Sim	6 (43%)	1,79 (0,58 – 5,53)		0,311
Cadastro na APS				
Não	22 (34%)		Referência	
Sim	20 (27%)	0,72 (0,35 – 1,50)		0,383
Acompanhamento pela ESF				
Não	19 (31%)		Referência	
Sim, UBS	10 (28%)	0,85 (0,34 – 2,11)		0,726
Sim, UBSF	11 (26%)	0,78 (0,26 – 0,78)		0,587
Status sorológico autorreferido de HIV				
Negativo	13 (21%)		Referência	
Positivo	29 (38%)	2,28 (1,06 – 4,90)		0,035
Status sorológico autorreferido de outras ISTs				
Negativo	21 (30%)		Referência	
Positivo	21 (30%)	1,06 (0,51 – 2,19)		0,867

Fonte: O autor, 2022.

Tabela 10 - Análise bivariada entre características de discriminação e violências interpessoais e violência autoprovocada (agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (continua)

Variáveis	Violência Autoprovocada n (%)	OR (IC95%)		p-valor
Passabilidade				
Muita	10 (22%)		Referência	
Razoável	32 (34%)	1,81 (0,79 – 4,11)		0,159
Discriminação pela aparência				
Não	11 (27%)		Referência	
Sim	31 (32%)	1,26 (0,56 – 2,84)		0,574
Discriminação pela identidade de gênero				
Não	10 (29%)		Referência	
Sim	32 (30%)	1,05 (0,45 – 2,45)		0,906
Discriminação pela orientação afetiva sexual				
Não	15 (30%)		Referência	
Sim	27 (30%)	1,02 (0,48 – 2,16)		0,967
Injúria grave				
Não	36 (29%)		Referência	
Sim	6 (38%)	1,45 (0,49 – 4,29)		0,502
Injúria menor				
Não	29 (27%)		Referência	
Sim	13 (39%)	1,72 (0,76 – 3,91)		0,191

Tabela 10 - Análise bivariada entre características de discriminação e violências interpessoais e violência autoprovocada (agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (continuação)

Variáveis	Violência Autoprovocada n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Violência física grave			
Não	29 (27%)		Referência
Sim	13 (39%)	1,72 (0,76 – 3,91)	0,191
Violência física menor			
Não	25 (28%)		Referência
Sim	17 (34%)	1,32 (0,62 – 2,78)	0,467
Violência sexual grave			
Não	40 (30%)		Referência
Sim	2 (40%)	1,57 (0,25 – 9,74)	0,630
Violência sexual menor			
Não	38 (31%)		Referência
Sim	4 (21%)	0,57 (0,18 – 1,85)	0,354
Violência psicológica grave			
Não	28 (29%)		Referência
Sim	14 (35%)	1,30 (0,59 – 2,83)	0,514
Violência psicológica menor			
Não	24 (31%)		Referência
Sim	18 (29%)	0,90 (0,43 – 1,87)	0,785

Tabela 10 - Análise bivariada entre características de discriminação e violências interpessoais e violência autoprovocada (agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (continuação)

Variáveis	Violência Autoprovocada n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Abuso emocional			
Não a mínimo	12 (22%)		Referência
Leve a moderado	10 (29%)	1,49 (0,56 – 3,96)	0,421
Moderado a severo	7 (39%)	2,28 (0,73 – 7,15)	0,158
Severo a extremo	13 (41%)	2,45 (0,94 – 6,35)	0,065
Abuso físico			
Não a mínimo	19 (32%)		Referência
Leve a moderado	7 (30%)	0,92 (0,32 – 2,61)	0,877
Moderado a severo	3 (16%)	0,39 (0,10 – 1,52)	0,177
Severo a extremo	13 (34%)	1,09 (0,46 – 2,60)	0,837
Abuso sexual			
Não a mínimo	24 (31%)		Referência
Leve a moderado	3 (50%)	2,21 (0,41 – 11,75)	0,353
Moderado a severo	5 (17%)	0,46 (0,16 – 1,35)	0,158
Severo a extremo	10 (37%)	1,30 (0,52 – 3,25)	0,576

Tabela 10 - Análise bivariada entre características de discriminação e violências interpessoais e violência autoprovocada (agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139) (conclusão)

Variáveis	Violência Autoprovocada n (%)	OR (IC95%)	p-valor
Negligência física			
Não a mínimo	22 (22%)		Referência
Leve a moderado	12 (52%)	3,82 (1,48 – 9,83)	0,005
Moderado a severo	4 (44%)	2,8 (0,69 – 11,32)	0,149
Severo a extremo	4 (50%)	3,5 (0,81 – 15,14)	0,094
Negligência emocional			
Não a mínimo	9 (16%)		Referência
Leve a moderado	7 (53%)	5,96 (1,62 – 21,96)	0,007
Moderado a severo	5 (33%)	2,55 (0,70 – 9,28)	0,154
Severo a extremo	21 (38%)	3,07 (1,25 – 7,51)	0,014
Tentativa de homicídio no último ano			
Não	33 (29%)		Referência
Sim	9 (34%)	1,28 (0,52 – 3,17)	0,589
Tentativa de homicídio em algum momento da vida			
Não	23 (35%)		Referência
Sim	19 (26%)	0,66 (0,32 – 1,36)	0,259

Fonte: O autor, 2022.

Tabela 11 - Resultado da análise multivariada por Regressão Logística da violência autoprovocada (isolada e agrupada) em uma população de travestis e mulheres transexuais da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. 2019-2020. (N=139)

Variáveis	Ideação		Tentativa		Comportamento autoabusivo		Violência Autoprovocada	
	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor
Status autorreferido de HIV positivo	2,4 (1,09 – 5,21)	0,030	-	-	-	-	2,3 (1,06 – 4,90)	0,035
Abuso Emocional								
Não a mínimo	-	-	Referência		-	-	-	-
Leve ao extremo	-	-	9,0 (1,13 – 71,34)	0,038	-	-	-	-
Violência Psicológica Grave	-	-	-	-	11,6 (2,35 – 57,5)	0,003	-	-

Fonte: O autor, 2022.

4 DISCUSSÃO

Embora as pesquisas e políticas públicas voltadas para a saúde mental das travestis e mulheres trans (assim como da população trans em geral) não sejam foco da atual estrutura sociopolítica brasileira, a potência da força dos movimentos sociais e da resistência acadêmica de alguns pesquisadores que insistem em lançar luz nessas questões tem se traduzido em um discreto avanço dessa pauta na literatura, porém, ainda é insólito o material para substanciar satisfatoriamente discussões de robusta compleição. Destarte, esta tese se junta àqueles que teimam em nadar contra a maré e desafiam uma ordem acadêmica binária e reduzida da realidade.

Frente aos resultados encontrados, vamos iniciar a discussão por estes, entretanto, faz-se necessário que variáveis que não entraram no modelo final, mas que são imprescindíveis para uma reflexão assertiva, sejam também incorporadas a esta discussão.

Desta maneira, um resultado que se mostrou fortemente relacionado à ideação suicida e à violência autoprovocada foi a sorologia positiva para HIV.

Historicamente, Bastos (2006) e Cazeiro (2020) relembram que embora já existissem casos na década de 70 na África subsaariana, foi na década de 80 a partir de casos de uma pneumonia atípica e de um câncer raro (Sarcoma de Kaposi) em homens gays, jovens e hígidos de Nova York, Los Angeles e São Francisco que os CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) identificaram uma misteriosa síndrome, que, após erros e acertos de infectologistas e epidemiologistas, ficou caracterizada como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA ou AIDS).

Embora não reste dúvidas quanto à origem africana do HIV (e o subtipo 2, mais prevalente na África), foi seu subtipo HIV-1 que foi responsável pela pandemia que acometeu, inicialmente, em sua maioria homossexuais, haitianos, hemofílicos e heroinômanos, gerando o equivocado famigerado 4Hs da história da Aids (BASTOS, 2006).

E embora o acesso à TARV (Terapia Antirretroviral) seja livre desde 1996 no Brasil, garantido pelo SUS, Fernandes (2015) aponta que, nas quase três décadas, houve, inegavelmente, uma mudança na vida das pessoas que se descobriam soropositivas pela nova possibilidade de tratamento e abandono da lógica das “sentenças de morte”, como era sentido por essas pessoas até então, entretanto, o imaginário da sociedade continuou atribuindo a essas pessoas, agora não mais a morte física, mas sim a morte simbólica pela discriminação, aqui entendida pelo conceito de Sowell (2019), onde há um tratamento negativo e/ou aversão

a determinados grupos com condições semelhantes (condição clínica, identidade de gênero, raça/cor de pele, dentre outros) com base em suposições arbitrárias.

Catelan et al. (2021) trazem que um contexto estressante vivenciado por minorias LGBTs, caracterizado por fatores psicossociais, como histórico de violência sexual, utilização de álcool e outras drogas, depressão e abuso sexual na infância, podem afetar negativamente a capacidade de utilizar preservativos e negociar seu uso durante o sexo, sobretudo entre travestis e mulheres transexuais, que podem ser menos propensas à utilização de preservativos com seus parceiros/as, devido ao medo de rejeição e consequente interrupção relacional, além do risco de violência verbal, física e sexual, inclusive em relações sexuais comerciais/prostituição, o que dificulta mais ainda a negociação do preservativo.

A contextualização prévia do cenário de vulnerabilidade que determinados grupos enfrentam nas suas práticas sexuais trazida por Catelan et al. (2021) amparam a compreensão da Teoria do Estresse de Minorias nas vivências e práticas existenciais dessas pessoas, cujo conflito entre a utilização de preservativos e os desdobramentos relacionais causam intenso sofrimento psíquico, iniciando, inclusive quadros sintomáticos que podem se agravar posteriormente e, em caso de soroconversão para HIV+, ser ainda mais grave no que diz respeito ao comportamento suicida e/ou autoabusivo.

Segundo WHO (2014), há um aumento do risco de comportamento suicida em quadros de acometimentos clínicos cujo desfecho é crônico, como o caso do HIV. Bastos (2013) e Fonseca, Bassères e Neto (2021) trazem que apesar dos avanços nas tecnologias do tratamento do HIV relacionados à qualidade de vida das PVHIV (Pessoas Vivendo com HIV), ainda há um “peso” que estigmatiza tal diagnóstico (FERNANDES, 2015).

Bastos e Farstein (2012) e Bastos (2013) refletem quanto à falta de atenção dos profissionais da saúde frente às dimensões sociopsicológicas do cuidar, cuja literatura aponta de forma contundente queixas frequentes dos pacientes soropositivos que são submetidos a tratamentos desrespeitosos, desumanos e que apenas contribuem negativamente para um cenário psíquico já fragilizado pelo medo e insegurança.

Druss e Pincus (2000), em um dos estudos pioneiros sobre a associação entre HIV, encontraram associação significativa entre soropositividade e comportamento suicida e revelaram que a prevalência de ideação suicida ao longo da vida é de 25,2% em populações que possuíam alguma condição clínica, podendo chegar a 35% em casos de comorbidades, versus 16,3% na população geral americana participante do estudo.

Em um estudo realizado na França por Martelli, Awad e Hardy (2010), embora não tenha sido focado no HIV, evidenciou-se que 6,5% dos suicídios são cometidos em hospitais e

estimaram que a incidência seja 4 a 5 vezes maior em pessoas internadas do que na população geral.

Durante a discussão, os autores atribuem alguns fatores humanos como contribuintes para esses números, como ausência de redes de apoio e proteção atrelados à falta de preparo psicoemocional da equipe, como fatores estruturais eles citam janelas em andares elevados, trancas nos banheiros e acesso indevido a medicações e instrumentos perfurocortantes e trazem, também, fatores intrínsecos à hospitalização como ansiedade e depressão, medo quanto ao futuro, reações agudas ao diagnóstico, agravamento de condições preexistentes, discussão sobre prognóstico, espera por resultados de exames, conflitos entre familiares e a equipe responsável, dentre outros (FERNANDES, 2015; MARTELLI; AWAD; HARDY, 2010).

Fernandes et al. (2022) também trazem outros aspectos contextualizadores quanto à vida das PVHIV como aspectos biológicos importantes que, embora não devam ser limitantes desse sujeito, não podem nem devem ser descolados desse enquadramento, como o tratamento contínuo da TARV e seus potenciais eventos adversos, necessário acompanhamento médico frequente e possibilidade de aquisição de doenças oportunistas em estágios iniciais da infecção.

Além disso, aspectos psicossociais também podem atravessar a vida das PVHIV, como sentimentos de culpa, medo, vergonha, rejeição e certa ameaça ao futuro e, dependendo do estado psicoemocional, a vulnerabilidade às situações de violência autoprovocada pode aumentar com o diagnóstico de HIV (FERNANDES, 2015; FERNANDES *et al.*, 2022).

Fernandes *et al* (2022) ressaltam que embora as pessoas lidem com situações de tensão e sofrimento de modo particular, são amplamente influenciadas pela coletividade e período histórico que vivenciam., bem como pelo estilo de vida contemporâneo e escolhas adotadas ao longo da trajetória de vida. E que suas relações interpessoais podem acabar afetando a forma como as pessoas buscam soluções aos problemas, principalmente aqueles cujo enfrentamento exige múltiplos recursos pessoais e sociais, como é o caso das travestis e mulheres trans (TSAI *et al.*, 2019).

Perez-Brumer *et al.* (2015) também apontam que mulheres trans sofrem mais violência, estigma e vitimização em comparação com a população em geral e que entre os determinantes sociais estão os fatores de risco estressantes, como o estigma, o que contribui para o aumento dos fatores de risco para a saúde mental, como a depressão e a ansiedade, que aumentam a vulnerabilidade às tentativas de suicídio, o que torna imprescindível a compreensão entre a relação entre estigma sofrido e o comportamento entre travestis e

mulheres trans. No estudo dos autores em questão, foi estimado que, nos EUA a prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida nesse grupo seja de 41% em relação à população geral, um dado alarmante, que apenas ratifica a necessidade de se encarar tal cenário como um problema de saúde pública global.

Neste sentido, entendendo as particularidades interseccionais de ser uma travesti ou mulher trans vivendo com HIV, Mendonza e Carmen (2020) e Winter *et al.* (2016) trazem alguns dificultadores que se agregam aos já vistos, como o desconhecimento das necessidades específicas das mulheres trans soropositivas, o que se traduz na falta de habilidades assistenciais e embaraça um acesso integral aos serviços de saúde em todos os seus níveis e que se manifestam em atitudes êmulas por parte dos profissionais de saúde. Tais comportamentos antagônicos representam diretamente o descumprimento de normas e protocolos estabelecidos pelos sistemas de saúde, violando o direito à saúde das mulheres trans HIV positivas a um serviço humano, respeitoso e digno.

Testa *et al.* (2017) acreditam que a Teoria do Estresse de Minorias, proposta por Meyer e já vista nesta tese, possui relação com as altas taxas de pensamentos suicidas e tentativas de suicídio em mulheres trans soropositivas devido ao reforço da vitimização causada pela rejeição e não afirmação de seu gênero vivenciadas por meio de experiências transfóbicas e expectativas negativas no seu ambiente social (MENDONZA; CARMEN, 2020).

Pensar HIV numa perspectiva transvestigênera, é pensar em como os determinantes sociais agravam as disparidades entre mulheres cis que vivem com HIV e mulheres trans HIV positivas. Neste sentido, Reisner *et al.* (2016) propõem uma reflexão a partir de uma teoria proposta pelo antropólogo e médico Merrill Singer nos anos 90, chamada sindemia, que, como explicam Bispo Junior e Santos (2021), é uma condição caracterizada pela interação entre duas ou mais doenças de natureza epidêmica com efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações, sobretudo, populações vulneráveis, aplicada nesta tese como justamente a interação entre o sofrimento psíquico que levaria ou contribuiria para o comportamento suicida e a soropositividade.

Mendonza e Carmen (2020) ainda explicam que, de acordo com a teoria, os contextos socioeconômico e ambiental nos quais os indivíduos estão inseridos podem contribuir para as condições de vida das populações, potencializando a interação entre as doenças coexistentes e a carga excessiva das consequências resultantes. Ou seja, a partir dessa análise busca-se entender como as forças sociais em larga escala podem levar a epidemias simultâneas que interagem sinergicamente para prejudicar a saúde de populações vulneráveis e como doenças

se agrupam desproporcionalmente afetadas pela pobreza, exclusão social, estigmatização, violência estrutural, dentre outros problemas vivenciados pelas travestis e mulheres, independente do diagnóstico de soropositividade, mas, podendo ser afetado negativamente por ele (REISNER *et al.*, 2016).

E embora estejamos falando de indivíduos adultos, as questões psicoemocionais negativas podem ter sua raiz na trajetória infanto-juvenil dos indivíduos, que muitas vezes vem carregada de influências cisheteronormativas que acabam por capturar a infância pelo discurso do “dever-ser” uma criança única e universal, ou como categoriza Burman (2008), uma “criança ideal-típica”, apartada de suas condições sociais de existência, de seus modos subjetivos e inventivos de produzir a própria vida, alimentando um “sistema de infância” que apaga as existências plurais e diversas de existir criança no mundo (SOUZA; SALGADO; MAGNABOSCO, 2018).

E a criança LGBT, em sua essência acaba quebrando a expectativa da família e da sociedade da criança prototípica, que surge desde antes do nascimento com eventos celebrativos do sexo biológico, lançando sobre este indivíduo, ainda intraútero, uma série de expectativas que espera-se serem atendidas. Entretanto, quando a existência vai tomando rumos contrários aos caminhos cisheteronormativos, é evidente que, quanto à questão corporal, o desagrado com o sexo biológico acompanha os transgêneros de forma indissociável e pungente, até mais do que os LGBs, tendo em vista que essa consciência identitária perpassa sua subsistência no mundo enquanto indivíduo social e cultural, mesmo antes de a criança adquirir maturidade o bastante para ponderar sobre outras questões como orientação afetiva-sexual, por exemplo (BURMAN, 2008; VAZ, 2021).

Favero (2020) indaga por que socialmente não enxergamos necessária nem ameaçadora a identificação precoce dentro da cisgêneiridade? O problemático está em se constituir enquanto um corpo trans. E quanto mais preliminar, mais incômodo, se for algo distante do horizonte cishetero deslumbrado.

Butler (2019a) também interpela a passividade desse corpo apenas enquanto construto generalizado, uma vez que sua apresentação antecede o discurso. Desta forma, qualquer teoria do corpo tem a obrigação de questionar seu lugar no mundo. Ou seja, a ideia de “evitar” a transexualidade “infantil” é oriunda de uma herança médica e social que entende o desvio da norma como perigoso.

Neste sentido, Tomaz (2021) e Vaz et al. (2022) expõem que o estabelecimento de vulnerabilidades no desenvolvimento de transtornos mentais na infância, adolescência e vida adulta possui forte relação com adversidades na infância. E embora não exista um consenso

na literatura acerca da transexualidade na infância e ainda pareça uma temática polêmica, o ponto de sustentação desta discussão está justamente nas vulnerabilidades relatadas pelas participantes desta pesquisa durante suas infâncias e que tiveram relação com seu comportamento suicida.

Silva *et al.* (2021) trazem em seu estudo, apontamentos das violências sofridas no ambiente escolar, espaço onde crianças passam grande parte do seu tempo e que podem ser cenários de conflitos e ataques, sobretudo para crianças LGBTs. Os autores ainda apontam que no presente estudo, travestis e transexuais que relataram violência no âmbito escolar tiveram maior prevalência de ideação suicida, o que também alarma para uma reflexão dentro dos espaços escolares que devem priorizar a segurança e o bem-estar de todos seus estudantes.

Para além das violências enquanto agravo, Silva *et al.* (2021) também chamam a atenção para desdobramentos dessas violências enfrentadas no cotidiano escolar, que acabam resultando em um elevado índice de evasão escolar por parte dos estudantes LGBTs, sobretudo, trans, fatores que contribuem para a marginalização do segmento e a baixa profissionalização.

Corroborando essa hipótese, 20% dos participantes do estudo de Silva *et al.* (2021) desempenhava atividades relacionadas à prostituição, realidade que pode ser consequência da violência escolar, assim como aumentam a exposição às violências em geral.

Nesse sentido, é importante destacar que a superação da violência escolar e o acesso ao ensino de nível superior nessa população constitui-se um objetivo em comum sociointersectorial e protetivo para as tentativas de suicídio ao longo da vida a fim de afastá-las de um futuro vulnerabilizado e único à margem e à mercê das oportunidades do mercado de trabalho.

Outro resultado encontrado foi a relação de abusos emocionais sofridos na infância e o aumento do risco de desenvolvimento do comportamento suicida na vida adulta e como exemplos de ações abusivas emocionalmente podemos citar agressões verbais que diminuem o senso de valor e de bem-estar da criança, ou comportamentos dirigidos a ela que sejam humilhantes (BERNSTEIN *et al.*, 2003).

Embora a variável “abuso emocional” tenha sido estatisticamente significativa no modelo final de maneira isolada, uma vez que ela compõe um questionário com outros quatro componentes (abuso físico, abuso sexual, negligência física e negligência emocional), a discussão se dará no âmbito da relação dos abusos e negligências e sua relação com o comportamento suicida de uma forma geral, a fim de atender uma lógica da literatura.

E, sobre essa relação, alguns estudos como os de Campbell (2014), Polcari (2014) e Tomaz (2021), vêm indicando que o abuso emocional pode ser um grande preditor para diversos transtornos psiquiátricos posteriores, uma vez que, segundo os autores, eventos traumáticos ocorridos na infância, como transfobias, abusos e negligências, exercem papel decisivo no desenvolvimento de estruturas cognitivas significativamente disfuncionais, impactando negativamente em aparatos psíquicos importantes para uma constituição mental saudável, como sentimentos de desconexão, rejeição, autonomia prejudicada, perda de limites, supervigilância e inibição de sentimentos.

Wright *et al.* (2009) em suas pesquisas relatam uma possível relação entre abusos e negligências sofridos na infância com sintomas psiquiátricos observados através de vulnerabilidade a depressão, ansiedade, danos, vergonha, que poderiam ter relação com a vivência trans, e o autosacrifício, que teria uma propensão ao comportamento suicida.

A despeito de serem escassos estudos que investiguem essa relação traumas na infância x suicídio x transvestigeneiridade, esta tese avança na tentativa de desvelar possíveis relações. De forma geral, eventos nocivos ocorridos na infância das crianças trans acabam sendo utilizados como importantes fontes de formação e informação para estruturar o autoconceito da criança. Quando este processo ocorre mediado por episódios contínuos de abuso emocional, existe grande possibilidade que se constituam de forma desadaptativa. Ou seja, tais padrões levariam as pessoas com este histórico a buscarem seletivamente adicionar ao seu conteúdo informações que lhe são congruentes, tendendo assim, a perpetuar o padrão abusivo existente, podendo se manifestar em práticas autoabusivas ou até mesmo suicidas (BECK E HAIGH, 2014; BIEDERMANN ET AL., 2021; LIM; KIM, 2005).

Na perspectiva da infância trans, permeadas por questões próprias da infância, somadas às singularidades da vivência trans, diversos estudos apontam que quando há a ocorrência de mais de um tipo de trauma há um aumento correspondente dos sintomas psiquiátricos que podem se manifestar em diversas fases da vida (ARATA *et al.*, 2007; FINKELHOR *et al.*, 2007; NASCIMENTO, 2021).

E, dialogando com o último resultado encontrado, ainda nos entremeados das psicologias dos ataques, aparece a relação das violências psicológicas graves com o comportamento suicida. E, para fins conceituais, segundo Silva *et al.* (2007), a violência psicológica, uma das formas mais frequentes e banalizadas, é definida como toda ação ou omissão que tenha o objetivo de causar danos à estima, identidade ou ao desenvolvimento de um indivíduo. Geralmente está acompanhada das demais formas de abuso, sendo um dos tipos de maior dificuldade de detecção. Dentre suas práticas estão incluídas ameaças, humilhações,

discriminação e várias outras maneiras de impedimento do uso material e das relações sociais e no contexto desta tese foi utilizada a partir das relações entre as participantes e seus parceiros íntimos.

A partir dessa logicidade, Fernandes et al. (2022) apontam que a violência autoprovocada também pode ter sido originária de formas de violência psicológica, podendo ser fator predisponente para a violência contra si.

Os aspectos psicossociais afetam substancialmente a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas, pois provocam sentimentos negativos, potencializadores da violência autoprovocada, afetando a valorização individual de si em relação aos outros e ao mundo, gerando sofrimento psíquico, com tendências à cronificação, cujos mecanismos pessoais de enfrentamento podem não estar aptos naquele momento (FERNANDES *et al.*, 2022).

Constanza *et al.* (2021) descrevem que alguns fatores de risco estão relacionados ao comportamento suicida e dentre os encontrados pelos autores está a violência psicológica que se associa, em algum grau, à questão de desmoralização da população trans e sua identidade de gênero, que é questionada e invalidada sob diversos aspectos morais, religiosos, culturais, sociais.

A pesquisa de Maksut *et al.* (2021) apresentou modelos ajustados de escalas de estigma onde a identidade de gênero foi significativamente e positivamente associadas a sofrimento psicológico grave, ideação suicida e tentativa de suicídio, o que corrobora a existência de um ciclo de violências que perpetua a disfunção social crônica e excludente, os assédios, caracterizados pelas violências diversas, dentre elas as físicas e psicológicas, e as rejeições levando à marginalização dessas pessoas e, além disso, esses estressores podem levar à má adaptação em processos de adoecimento e a desfechos negativos de saúde, inclusive mental (SILVA *et al.*, 2021).

Esses saberes/discursos, alinhados à psiquiatrização que delega um espaço de tutela sob um estatuto de transtorno mental, relega às instituições tanto psicológicas quanto psiquiátricas o gerenciamento sobre as diferentes manifestações de orientação afetiva sexual e de identidades de gênero, especialmente trans e travesti, como aponta a pesquisa de Baére e Conceição (2018), onde trazem diferenças entre os sentidos do comportamento suicida entre homens gays, onde o sofrimento psíquico está ligado ao produto da discriminação, enquanto que para pessoas trans, a aflição reside na aversão dos outros por si a partir de uma lógica patologizadora, prisma já vencido, em certa espécie, pelos homens gays (GOULART; NARDI, 2022).

Tal panorama vivido cotidianamente por travestis e mulheres trans quando engendrados em determinados painéis, como o religioso, variável que não se sustentou no modelo analítico final, mas que tem sido um marcador relevante de discussão, sobretudo, no Brasil do último governo, onde a população LGBT vem sofrendo ataques justificados pela religião enquanto marcadora dos bons costumes.

Acerca desta relação, Soares e Cadete (2022) reforçam a discriminação como um grande fator de risco, entretanto, seus estudos retratam uma sociedade preconceituosa e estigmatizante a partir de doutrinas conservadoras que a se escondem de forma “explicativa”, na biologia e na crença religiosa da concepção que tem a respeito das vivências fora do padrão cisheteronormativo, o que geram propensão ao comportamento suicida, sobretudo naqueles indivíduos cuja religião é um pilar no contexto sociofamiliar, onde os conflitos intrínsecos e extrínsecos são permeados por um julgamento pecaminoso sobre suas práticas e, mais gravemente, sobre sua existência.

Mesquita e Perucchi (2016) apontam a gravidade dos discursos religiosos acerca das vivências LGBTs, que consideram suas existências antinaturais ao divino, arraigados em valores apregoados por crenças conservadoras e excludentes e que buscam, sistematicamente, desqualificar as relações homoafetivas e enfraquecer a percepção social sobre a igualdade entre direitos dessas pessoas, contribuindo para um sentimento de repulsa contra esses indivíduos, justificando, inclusive, violências desde as simbólicas, psicológicas, físicas, assassinatos e fazendo com que essas pessoas sejam suicidadas em nome de uma instância espiritual superior e em defesa de um discurso de preservação da família, de salvação dos lares e das crianças e do cidadão de bem, utilizado como manobra devido a interesses políticos por parte de fundamentalistas religiosos (GOULART; NARDI, 2022).

Nagafuchi (2018) nos instiga ao trazer que a ausência de incômodo e uma determinada banalização da sociedade com algumas mortes e o pouco impacto do luto da perda dessas vidas instaura um sistema de valoração da vida onde, de alguma forma, algumas vidas são mais importantes do que outras, ou como Butler (2018) coloca, são mais “vivíveis” do que outras, ou como a ideia de Foucault (1999), mais proposital e chocantemente entrega, mais “matáveis”, como é o caso das mortes LGBTs, mas, sobretudo das travestis e mulheres trans que, por mais um ano encontram-se no território mais hostil e violento do mundo, como entrega o dossiê da ANTRA (2021), mantendo o Brasil no topo do ranking do país que mais extermina essas mulheres seja de forma direta ou contribuindo para um lugar onde viver se torne insuportável e que essas (in)existências se tornem cada vez invisibilizadas.

Nossa sociedade foi estruturada com base na governamentalização de um Estado que visa atender à lógica de um biopoder sobre os corpos que exerce sua autoridade através dos discursos disciplinares que moldam determinados limiares permissivos de espaço, visibilidade, aceitação e respeito dentro da cultura estabelecida e que se volta em determinado tempo e espaço tanto para o corpo individual, através de formas disciplinares, quanto para o corpo social, em forma de regulamentação sociopolítica e cultural (SOUZA E NOGUEIRA, 2022).

Jesus (2021) provoca ao trazer que a travestis e mulheres trans negras atualmente vivem num vácuo de políticas públicas por parte do Estado que pouco oferta assistência psicossocial, tampouco acompanhamento psicoterapêutico, onde se busca um olhar integralizador principalmente visando a promoção da saúde física e mental. Para além das considerações nas políticas de HIV/AIDS e do processo de redesignação sexual, pouco se tem feito pela saúde das pessoas trans nos últimos anos.

Um autor já evidenciado nesta tese, mas que agora dialoga diretamente com essa discussão é Mbembe (2018), que vai indagar as formas de controle sobre determinadas vidas humanas na sociedade contemporânea ao declarar que “a expressão máxima da soberania reside no poder e na capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer” (MBEMBE, 2018, p. 123).

Mbembe (2018) instaura, ainda que fortuitamente e analogicamente, uma nova forma de esquadrihar a realidade das vidas LGBTs na lógica de um Estado que desvaloriza essas pessoas enquanto sujeitos dotados de singularidades. Para ele, a morte daqueles considerados desavindos não se dá única e majoritariamente de maneira literal, mas também simbólica.

As formas modernas de matar o outro se configuram em práticas sutis de desassistência e abandono: “deixar morrer”, o que é a base dos seus estudos filosóficos sobre a teoria necropolítica, já trabalhada anteriormente nesta tese e que se interliga ao não reconhecimento dos corpos LGBTs como sujeitos passíveis e possíveis de gozar direitos humanos isonômicos básicos ameaçados pela cisheteronormatividade compulsória e hegemônica perpetuando a subjugação e fazendo prevalecer a dominação do padrão social considerado ideal.

Neste sentido, o “deixar morrer” pode ressurtir em contextos considerados usuais na vida de LGBTs, especialmente quando contrastado com travestis e mulheres trans e traduzidos em altas taxas de evasão escolar, desemprego, exploração sexual e demais desenredos que propiciam o aparecimento de comorbidades psiquiátricas nessa população,

como depressão, ansiedade e uso de substâncias psicoativas, diretamente relacionadas com o comportamento suicida, como lembram Rocha *et al.* (2021).

Ou seja, quando se nega a existência do outro em sua essência, naquilo que o torna singular, qualquer violência se torna possível, pois a reivindicação de uma vida desvalorada socialmente não faz sentido. Dessa forma, quando não se suporta corpos divergentes, mata-se com a omissão da assistência e pelo afano do cuidado, que irá se manifestar de diversas maneiras nas relações interpessoais e que, em contravia, será sentida e processada a partir da subjetividade intrínseca e individual, podendo gerar, em determinados casos, respostas negativas que contribuirão com desfechos biopsicossociais, como é o caso das manifestações das violências autoprovocadas enquanto estratégias de lidar com esse sentimento de não pertencimento social e existencial.

Beneficiando-nos da alavanca dos estudos de Mbembe, inevitável não trazer, ainda que sucintamente, os impactos das relações interseccionais nas populações travesti e trans, propondo um rápido diálogo entre alguns autores.

Ainda que cunhado e sistematizado pela advogada e professora feminista negra norte-americana Kimberly Crenshaw em 89, o conceito de interseccionalidade, originalmente, buscou discutir e situar teoricamente a localização interseccional das mulheres negras e as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação, gerando opressões que fluem ao longo dos eixos vitais, levando essas mulheres a um processo de marginalização estrutural e ao longo das décadas foi remodelado de maneira a se adaptar e se ampliar a diversas outras coletividades que, de alguma forma, partilhavam dessas experiências sociais que se afastavam daquelas predominantes de acordo com os acercamentos de seus marcadores sociais.

Outras autoras que ao longo dos anos se debruçaram numa releitura amplificada da interseccionalidade enquanto categoria analítica foram Patricia Hill Collins e Sirma Bilge, que, na segunda edição do seu livro, de 2021, trazem o conceito de interseccionalidade mais próximo de um olhar alargado e atual e que balizou o entendimento deste capítulo enquanto referencial teórico e que compreende a interseccionalidade como uma forma de entender e explicar o enredamento humano a partir de aspectos sociais desiguais relacionados e complexos que determinados grupos compartilham e que se interrelacionam entre si (COLLINS E BILGE, 2021).

Tal pauta ganha sentido à luz de estudos como o da UCLA realizado em 2016 evocado por Oliveira (2021) que aponta que 54% das tentativas de suicídio do estudo foram em

pessoas que se declararam multirraciais, cujas experiências de assédio, preconceito, violência e discriminação foram considerados fatores motivadores.

Na rota do debate proposto nesta tese, a interseccionalidade abarca uma forma de amalgamar a relação das violências autoprovocadas entre as travestis e as mulheres trans enquanto produtos da sobreposição e simultaneidade das condições discriminatórias e problemáticas vividas por essas mulheres e que a partir da lógica interseccional proposta por Akotirene (2019), Crenshaw (2022), Davis (2016), Hooks (2019), Kergoat (2010) e Lugones (2010) nos coloca nessa encruzilhada de desafios enquanto cidadãos e profissionais de saúde.

Destarte, apesar do baixo acervo de estudos acerca do comportamento suicida entre travestis e mulheres transexuais, a confluência de resultados encontrados e a relação estabelecida entre esse comportamento e essa população respaldam a preocupação e a inquietação em elencar tal discussão.

4.1 Aplicações para a saúde coletiva e para a enfermagem

Um desafio contemporâneo da Saúde Coletiva no Brasil é a pensar a saúde ofertada ao público LGBT. Apesar da PNSILGBT, pouco se concretizou no propósito de reduzir as iniquidades dessas pessoas, precipuamente entre as travestis e mulheres trans nesta década de lançamento da política.

Há necessidades específicas relacionadas ao processo de subjetivação acerca das sexualidades transvestigêneres que devem ser consideradas pela atenção à saúde, algumas já expostas e discutidas anteriormente, mas que nos convidam a olhar para essa temática a partir de uma lente social que busque entender os indivíduos em sua complexidade orgânica e dentro de suas relações sociais.

Frente aos resultados encontrados, destacam-se a responsabilidade e o instrumental que a saúde coletiva possui para encabeçar caminhos na criação políticas públicas intersetoriais que promovam espaços inclusivos e invulnerados para essas pessoas, que durante suas vidas experimentam involuntariamente dissabores provocados por uma estrutura social posta e imposta, aparentemente irremediável e infinda, mas cuja inquietação coletiva deve-se mostrar contrária.

Esse arranjo social, que empreende iniquidades e consequentes desigualdades que se manifestam de diversas maneiras no processo saúde-doença, seja na provisão de serviços, seja

no impacto negativo no acesso e utilização de serviços, reflete uma perpetuação de violações de direitos aos quais travestis e mulheres trans estão sujeitas sistematicamente.

A partir disso, o atual cenário político é de estreitamento dos compromissos políticos e lentos avanços das conquistas LGBT, evidenciando que, a despeito dos movimentos e representações, antes inexistentes em espaços de tomadas de decisão no Brasil, infelizmente, mudanças robustas são pouco vislumbradas tendo em vista as tímidas e frágeis ações do legislativo e executivo e contando com um apoio sociopolítico acanhado, sendo oportunas quaisquer forças que se prestem a mudar esse contexto.

Epidemiologicamente, quando analisamos tal discussão a partir do ponto de vista ecológico, é possível perceber como as violências vivenciadas pelas travestis e mulheres trans atravessam as três esferas da vida dessas mulheres (biológica, das relações microssociais, das relações macrossociais e dos fatores culturais) e como esses elementos se correlacionam na produção e perpetuação de um paradigma onde socialmente pouco importuna as violências vividas por elas em quaisquer espaços.

Calazans *et al.* (2021) alvitram pensar que o SUS, enquanto instância pública e democrática de saúde, como uma política estatal deve garantir o exercício da cidadania como espaço popular e autônomo, reconhecendo a influência das iniquidades e incorporando mecanismos de inclusão de novos sujeitos sociais, mas para isso, é importante reconhecer e incorporar novos sistemas de proteção social na qualidade de promotores dos direitos sociais.

O Estado, nesse lugar, assume, assim, um papel forte de garantidor de direitos universais a todos os cidadãos e cidadãs brasileiros, independentemente de sua condição social, econômica, racial, étnica, sexual e de gênero, ou seja, a estruturação desse sistema e de suas políticas traz no seu bojo a necessidade constante de mobilizações políticas para que se busque inclusão e justiça social para todos de maneira incansável em todos as camadas sociais.

Silva *et al.* (2021) propõem aos profissionais de saúde algumas estratégias voltadas para a salutogênese de travestis e mulheres trans, principalmente na lógica promotora de saúde nos espaços coletivos iniciais como as escolas e serviços de saúde, sendo o primeiro crucial para frustrar maus ajustamentos sociais nessa fase da infância e da adolescência e evitar futuras questões psicossociais que possam desencadear em violências autoprovocadas. Já o segundo, enquanto espaço que não reproduza as violências, visando-se, assim, a quebra do ciclo das violências, tornando o serviço de saúde um lugar benigno para elas.

A nível estrutural e político, os resultados encontrados orientam a provocação de uma alteração do entendimento da sociedade enquanto lócus de violência contra travestis e

pessoas trans e reforçam a urgência de se constituir e consolidar ações voltada para a promoção da saúde mental e prevenção do suicídio, bem como a identificação e intervenção precoces de seus elementos, como apontam WHO (2014) e Brasil (2017).

A OMS (2000) alerta quanto à dificuldade e complexidade prática e cultural, na nossa sociedade, em falar sobre a temática do suicídio, como também sobre gênero e sexualidade, o que torna imprescindível a problematização e o rompimento das barreiras acerca desses temas, por meio de pesquisas e difusão de conhecimentos multidisciplinares e intersetoriais.

Soares e Cadete (2022) destacam ainda que a tentativa de suicídio se imbrica em diversos fatores, não apenas ligados exclusivamente à saúde pública, mas também a fatores sociais, biológicos e multidimensionais e que, desta forma, as práticas da saúde devem dedicar-se aos compromissos em defesa da vida e responsabilidade social, cujo conjunto de ações desenvolvidas e promovidas pelos profissionais de saúde fortalecem o olhar integralizador da saúde.

E, nesta agenda, a Enfermagem assume protagonismo, tendo em vista que o objeto de trabalho da Enfermagem é baseado no cuidado individual e coletivo de maneira integral, considerando todos os aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais que os cercam e os afetam, sendo possível um cuidado ampliado.

A formação do Enfermeiro permite que seu olhar ao indivíduo, total e complexo, sob seus cuidados, seja técnico, científico e ético, mas também holístico, humano e empático, conseguindo, desta maneira, estabelecer vínculos e manejar as situações vivenciadas.

Reforçando a importância da Enfermagem se apropriar dessa discussão, Sousa e Nogueira (2022) apresentam dados de sua pesquisa, onde os participantes relatam que o acompanhamento por profissionais de saúde contribuiu significativamente para a compreensão de questões relacionadas à saúde mental voltadas à sexualidade e seus atravessamentos.

E embora o medo e o desconforto ainda sejam presentes nos usuários LGBTs dos serviços de saúde, é autêntico o reconhecimento desses profissionais durante as situações de crise e recuperação após eventos relacionados ao suicídio (SOUSA; NOGUEIRA, 2022).

Numa tentativa de atender às mudanças propostas na PNSILGBT, atual compilado norteador de diretrizes e objetivos voltados para a saúde da população LGBT, o profissional de Enfermagem deve buscar entender a inserção dessas pessoas e os determinantes sociais de saúde que as afetam e como as identidades de gênero e as orientações afetivas e sexuais dissidentes são focos de vulnerabilidades para a saúde por exporem a referida população a agravos decorrentes do preconceito, estigma, discriminação e da exclusão social.

Embora a agressão e a violência tenham sido cada vez mais encaradas como um agravo importante de saúde pública de base social, Liu e Wuerker (2005) apontam que ela tem sido pouco pesquisada no contexto da Enfermagem e da saúde.

As autoras (2005) ainda reforçam que a Enfermagem está em posição propícia para desenvolver um novo corpo de conhecimento baseado em uma perspectiva biossocial que pode levar a modelos de cuidado e de enfrentamento para as violências.

4.2 Limitações do estudo

Enfrentamos um número final de participantes abaixo do esperado, tendo em vista a pandemia no transcorrer da pesquisa, o que pode nos levar a um modelo final que destoa levemente da literatura, entretanto, a discussão buscou equiponderar os resultados com a predominância dos dados encontrados na literatura a fim de gerar uma discussão que fizesse sentido com a realidade.

A pandemia também atravancou a retomada das pesquisas devido à sua extensão e aos desdobramentos sentidos pelo cenário de pesquisa, bem como pelos serviços de saúde em geral, o que geraria um sentimento de insegurança tanto por parte das participantes quanto pelos entrevistadores.

A despeito de todo cuidado em seguir metodológica e eticamente o rigor em se tratando de seres humanos e tendo em vista a complexidade psicoemocional da temática abordada, expressar determinadas emoções e sentimentos abordados na entrevista, principalmente os de cunho pessoal e íntimo com pessoas cujo vínculo é de certa forma frágil e raso pode também ter levado a algumas respostas fora do padrão encontrado na literatura.

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou analisar a prevalência das violências interpessoais e os fatores associados à violência autoprovoçada em um conjunto de travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro e Região Metropolitana.

Os principais resultados encontrados apontaram que, ainda que em uma proporção diferente da encontrada na literatura, foram encontrados casos de violência autoprovoçada entre as entrevistadas, com maior prevalência dos casos de ideação suicida, seguidos das tentativas de suicídio e, em menor percentual, comportamento autoabusivo. De maneira agrupada, mais de um terço delas relatou violência autoprovoçada.

Percebeu-se que o status autorreferido de HIV positivo possui relação tanto com a ideação suicida quanto com a iminência de uma violência autoprovoçada, que o abuso emocional possui relação com a tentativa de suicídio e que a violência psicológica possui relação com o comportamento autoabusivo e cuja magnitude observada pode estar demonstrando homogeneidade da amostra (elevada prevalência na população), o que não nos permite negar a existência de efeitos deletérios por essa sobreposição. Por outro lado, efeitos individuais foram identificados, sobretudo aqueles ligados à violências capturados no período da infância, como é o caso dos abusos emocionais e a violência psicológica.

Ou seja, percebe-se que a sobreposição de fatores físicos, ainda que oriundos de infecções adquiridas, e fatores psicoemocionais se inter-relacionam, aumentando 30 vezes a chance dessas mulheres sofrerem violência autoprovoçada. E embora as variáveis isoladas não tenham apresentado resultados “expressivos” neste estudo – talvez pelas limitações aqui levantadas – a literatura sustenta seu influxo no desfecho comportamento suicida e autoabusivo.

Desta forma, no sentido de que não se esgotem, mas pelo contrário, se amplifiquem as pesquisas e investigações científicas, bem como se desenvolvam novas técnicas e metodologias para captação e mensuração de fatores associados a essa inter-relação identidade de gênero x comportamento suicida x comportamento autoabusivo em travestis e mulheres transexuais são necessárias novas empreitadas para que novos fulcros investigativos surjam, para que a partir dos resultados encontrados, esses dados se “trans-formem” em realidades tangíveis e exultantes para essas mulheres mirando em um horizonte onde em breve possamos celebrar novas conjunturas de existência, inclusive na assunção do protagonismo de suas produções.

E, encarando o caráter ecológico desta tese, emerge o alerta para que outras investigações, possíveis de alcançar outros recortes populacionais e delineamentos metodológicos da transgeneridade sejam difundidos a fim de que, no plano mais ínsito, possibilite e instigue profissionais da saúde – e, torcendo intensamente, Enfermeiros – a pensarem formas de cuidado ampliado que invistam na integralidade delas e, de forma global, pensem guisas de produzir dados que substanciem políticas públicas efetivas que logrem êxito na mudança das realidades dessas mulheres.

Sobretudo na atualidade, onde as políticas públicas existentes para esse público (ainda) são permeadas de instabilidade e ameaçadas constantemente pelo avanço do conservadorismo fundamentalista e religioso, além das manobras da extrema direita que vão de encontro ao desenvolvimento dos direitos da população LGBT, construindo uma quimera assustadora no que tange à conjuntura sociopolítica das políticas públicas LGBT brasileiras, que se encontram à (in)disposição de um governo hediondo e imprudício¹².

Ultimando, há um chamado para que se repense novas maneiras de se trabalhar essas temáticas a partir dos estudos, tanto de gênero e sexualidade, quanto de suicidologia, durante a graduação e pós-graduação de Enfermeiros a fim de se promover discussões e estimular produções que interseccionem esses elementos na construção de práticas inovadoras que mudem substancialmente a realidade dessas mulheres, além de repensar estruturalmente políticas de intersetoriais, mas, prioritariamente, de saúde e educação que consigam, plenamente, arraigar um solo que seja fértil para travestis e mulheres trans sonharem e que não sirva apenas para aterrar seus corpos.

¹² Tal parágrafo faz alusão ao governo do presidente Jair Bolsonaro, eleito em 2019 e que teve em seu mandato pautas diretamente contrárias ao avanço dos direitos LGBT.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- ALLISON, Kevin. Stress and oppressed social category membership. In: Swim JK, Stangor C, editors. **Prejudice: The target's perspective**. San Diego, CA: Academic Press; 1998. pp. 145–170.
- AMARAL, Marília dos Santos; SILVA, Talita Caetano; CRUZ, Karla de Oliveira; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. **Do travestismo a travestilidade: uma revisão do discurso acadêmico no Brasil entre 2001-2010**. Revista Psicologia & Sociedade, v. 26, n. 2, 2015, p.301 – 311. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a07v26n2.pdf>>. Acesso em 12 jan 2020.
- ANTRA. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Boletim 1/2020. Assassinatos contra travestis e transexuais brasileiras**. 2020. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/05/boletim-1-2020-assassinatos-antra.pdf>>. Acesso em 27 maio 2020.
- ANTRA. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Brasil segue na liderança dos assassinatos contra pessoas trans no mundo**. Direitos e Política, Violência. 2019a. Disponível em: <<https://antrabrasil.org/category/violencia/>>. Acesso em 02 fev 2020.
- ANTRA. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018**. 2019b. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/01/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf>>. Acesso em 02 fev 2020.
- ANTRA. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2021**. 2022.
- ANTRA. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Precisamos falar sobre o suicídio das pessoas trans!**. 2018. Disponível em: <<https://antrabrasil.org/2018/06/29/precisamos-falar-sobre-o-suicidio-das-pessoas-trans/>>. Acesso em 25 maio 2020.
- ARÁN, Márcia. **Por uma cartografia não-normativa das identificações e dos desejos**, in Miskolci, R. & Pelúcio, L. Discursos fora da ordem – sexualidades, saberes e direitos. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2012. p. 139-153.
- ARATA, Catalina; LANGHINRICHSEN-ROHLING, Jenifer; BOWERS, David; O'BRIEN, Natalie. **Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth**. Child Abuse & Neglect. 31(4), 393–415. 2007. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.09.006>>. Acesso em 19 set 2020.
- ARENDDT, Hannah. **Origens do Totalitarismo**. Editora Companhia das Letras. 2013. Artesã. 2018.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, Francisco Batista. **Suicídio na infância e na adolescência**. In: ANGERAMI, V. AYRES, José Ricardo C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis (Rio J.). 2007jan./abr; 17(1):43-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s01033312007000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 12 abr 2020.

BAÉRE, Felipe; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. **Análise da produção discursiva de notícias sobre osuicídio de lgbs em um jornal impresso do distrito federal**. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/37229>>. Acesso em 15 jun 2022.

BARBAGLI, Marzio. **O suicídio no Ocidente e no Oriente**. Petrópolis, RJ : Vozes, 2019.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na Terceira Década**. Francisco Inácio Bastos. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006. 104 p. (Coleção Temas em Saúde).

BASTOS, Francisco Inácio. **Da persistência das metáforas: estigma e discriminação & HIV/Aids**. In: Monteiro, Simone (Org.). Estigma e Saúde. / organizado por Simone Monteiro Wilza. Villela. - Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013. 207 p., il., tab.

BASTOS, João Luiz; FARSTEIN, Eduardo. **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2012. 112p.

BASTOS, Rogério Lustosa. **Suicídios, psicologia e vínculos: Uma leitura psicossocial**. USP, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 67-92, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/fKvCSwwyYFtBhrDW4SpHGtp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 12 fev 2021.

BECK, Aaron; HAIGH, Emily. **Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model**. Annual Review of Clinical Psychology, 10, 1–24. Disponível em: <<http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>>. Acesso em 19 set 2020.

BENTO, Berenice. **Brasil: País do transfeminicídio**. 2014. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Transfeminicidio_Berenice_Bento.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2021.

BENTO, Berenice. **Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação?**. Cad. Pagu. 2018, n.53,Epub 11-Jun-2018.

_____. **Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos**. Salvador : EDUFBA. Salvador.2017.

BERNSTEIN, David; FINK, Laura. **Childhood trauma questionnaire: a retrospective self-report. San Antonio (TX): The Psychological Corporation**. 1998. Disponível em: <<https://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000446/childhood-trauma-questionnaire-a-retrospective-self-report-ctq.html>>. Acesso em 02 ago 2020.

BERNSTEIN, David; FINK, Laura; HANDELSMAN, Leonard; FOOTE, Jessica. ET AL. **Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect**. Am J Psychiatry.1994. 151(8):1132-6. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8037246>>. Acesso em 02 jul 2020.

BERNSTEIN, David; STEIN, Judith; NEWCOMB, Michael; WALKER, Edward. ET AL. **Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire.** Child Abuse Negl. 2003. 27(2):169-90. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12615092>>. Acesso em 02 ago 2020.

BERTOLETE, José Manuel; FLEISCHMANN, Alexandra. **A global perspective in the epidemiology of suicide.** Suicidologi. 7(2), 6-8. 2002. Disponível em: <<https://journals.uio.no/suicidologi/article/download/2330/2193/6699>>. Acesso em 02 maio 2020.

BICALHO, Renata de Almeida; NETO, Henrique Luiz Caproni. **Análise das violências simbólicas vivenciadas por indivíduos transgêneros.** XXXVI Encontro da ANPAD. 2012.

BIEDERMANN, Sarah; ASMUTH, Janina; SCHRODER, Johanna. et al. **Childhood adversities are common among trans people and associated with adult depression and suicidality.** Epub Review, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.016>>. Acesso em 11 maio 2022.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; SANTOS, Djanilson Barbosa dos. **COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde.** Cad. Saúde Pública 2021; 37(10):e00119021. Disponível em: < Cad. Saúde Pública 2021; 37(10):e00119021>. Acesso em 01 out 2022.

BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Bianca Susana Guevara; COPATTI, Mônica. **Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos.** UNISC. Rev. Barbarói, 28. 2008. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/192>>. Acesso em 01 mar 2020.

BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida: epidemiologia.** Psicol. USP, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01035642014000300231&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 mar 2020.

BOUSSO, Regina Szylit; POLES, Kátia; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. **Conceitos e Teorias na Enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 141-145. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 fev 2021.

BRACCIALLI, Luzmarina; Marilda Marques Luciano Marvulo; Romeu Gomes; Magali A. Alves de Moraes; Odilon Marques de Almeida Filho; Osni Lázaro Pinheiro; Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner. **Cuidado ampliado em enfermagem.** remE - Rev. Min. Enferm.;13(3): 381-390, jul./set., 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/204>>. Acesso em 03 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Lei 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 01 out 2021.

_____. Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.** 2021.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 01 out 2021.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Prevenção ao suicídio e autolesão provocada sem intenção suicida entre adolescentes e jovens**. 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/politicas-de-prevencao-ao-suicidio-e-autolesao-provocada-sem-intencao-suicida-entre-adolescentes-e-jovens>>. Acesso em 01 nov 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf>. Acesso em 16 nov 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada (VIVA/SINAN)**. Brasília, DF. (2017). Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/viva-sinan>>. Acesso em 01 nov 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Processo Transexualizador no SUS**. Distrito Federal: Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/processo-transexualizador-no-sus>>. Acesso em: 04 jan 2020.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio, saber agir e prevenir. Boletim Epidemiológico**. Brasília, 2017.

BREWER, Marilyn B. **The social self: On being the same and different at the same time**. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1991;17:475–482. 1991.

BURKE, Peter. **Identity processes and social stress**. *American Sociological Review*. 1991;56:836–849. 1991.

BURMAN, Erica. **Developments. Child, Image and Nation**. London and New York: Routledge, 2008.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**/ Judith Butler; tradução de Renato Aguiar. – 17ªed.- Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019a.

_____. **Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto?**/Judith Butler; tradução de Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha; revisão de tradução de Marina Varagas; revisão técnica de Carla Rodrigues.-5ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

_____. **Vida Precária: os poderes do luto e da violência**. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica editora. 2019b.

CALAZANS, Gabriela; COSTA, Inês Eugênia Ribeiro da; CUNHA JUNIOR, Luiz Valério Soares da; ANJOS, Allison; BENEDITO, Leandro Augusto Pinto. **Políticas de saúde LGBTQIA+ no Sistema Único de Saúde e na saúde suplementar**. In: CIASCA, Saulo Vito et al. *Saúde LGBTQIA+ Práticas de cuidado transdisciplinar*. São Paulo : Manole. 2021.

CAMUS, Albert . **O mito do Sísifo: ensaio sobre o absurdo**. Editora Record. 2018.

CAMPBELL, Andrew m., HIBBARD, Roberta. (2014) **More than Words: The Emotional Maltreatment of Children**. *Pediatric Clinics of North America*, 61959–970. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2014.06.004>>. Acesso em 19 set 2022.

CANDIOTTO, Cesar. **Ética e Política em Michel Foucault**. *Trans/Form/Ação*. Marília, v. 33, n. 2, p. 157-176, 2010.

CARAVACA-MORERA, Jaime Alonso et al . **Contemporalis homo sacer: obstáculos para acceder a los servicios de salud para las poblaciones trans**. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 26, n. 3, e3710016, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300328&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 ago 2020.

CARAVACA-MORERA, Jaime Alonso; PADILHA, Maria Itayra. **Necropolítica trans: diálogos sobre dispositivos de poder, morte e invisibilização na contemporaneidade**. *Rev. Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(2):e3770017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e3770017.pdf>>. Acesso em 02 fev 2020.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. **Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília. *Psicol. cienc. prof.* 32 (3). 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/8pg9SMjN4bhYXmYmxFwmJ8t/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 18 set 2021.

CARDOSO, Rosane Barreto; CALDAS, Célia Pereira; SOUZA, Priscilla Alfradique. **Nursing Activities Score e sua correlação com a teoria do conforto de Kolcaba: reflexão teórica**. *Enferm. foco (Brasília)* ; 10(1): 87-92, jan. 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1347>>. Acesso em 11 mar 2020.

CARVALHO, Angelita Alves de; BARRETO, Rafael Chaves Vasconcelos. **A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na Pesquisa Nacional de Saúde 2019?** *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(9):4059-4064, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n9/4059-4064/>>. Acesso em 02 out 2021.

CARVALHO, Karla; JARDIM, Rafaela; BARBOSA, Suellen. et. al. **Suicídio: o último estágio da dor humana**. *Repositório digital UNIVAG*. 2017. Disponível em: <<http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/93> > . Acesso em 23 fev 2020.

CASSAL, Luan Carpes Barros; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de Bicalho. **Homofobia e sexualidade: o medo como estratégia de biopoder**. Revista de Psicologia da UNESP 10(2), 2011. Disponível em: <<https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/download/537/492>>. Acesso em 25 nov 2022.

CATELAN, Ramiro Figueiredo; COSTA, Angelo Brandelli. **Diretrizes Para Práticas Psicológicas Com Pessoas Trans e em Não Conformidade de Gênero**. American Psychologist, 70(9), 832-864. 2015. Disponível em: <<http://crprs.org.br/upload/others/file/35a995b2ba8493c19d715c00a03721bd.pdf>>. Acesso em 10 out 2022.

CATELAN, Ramiro Figueiredo; SAADEH, Alexandre; LOBATO, Maria Inês Rodrigues; GAGLIOTTI, Daniel Augusto Mori; COSTA, Angelo Brandelli. **Condom-Protected Sex and Minority Stress: Associations with Condom Negotiation Self-Efficacy, “Passing” Concerns, and Experiences with Misgendering among Transgender Men and Women in Brazil**. Int J Environ Res Public Health. 2021 May; 18(9): 4850. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8125181/>>. Acesso em 25 nov 2022.

CAZEIRO, Felipe. **Por um manifesto pela vida: histórias posit(hiv)as de gays, mulheres trans e travestis** / Felipe Cazeiro. - 1. ed. - Curitiba: Appris, 2020. 213 p.; 23 cm. - (Multidisciplinaridade em saúde e humanidades).

CEDARO, José Juliano; NASCIMENTO, Josiana Paula Gomes. **Dor e gozo: Relatos de mulheres jovens sobre automutilações**. Psicologia USP, 24(2), 203-223. 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200002>>. Acesso em 01 nov 2021.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; AZEVEDO, Hanna Valença Pereira; RAMOS, Mozer de Miranda. **Preconceito e Saúde Mental: Estresse de Minoria em Jovens Universitários**. Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, vol. 12, n. 2, p. 7-21, Julho-Dezembro, 2020.

CEVSRS. Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul. **Tipologia da violência**. S/D. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia>>. Acesso em 01 out 2021.

CHINAZZO, Ítala Raymundo; LOBATO, Maria Inês Rodrigues; NARDI, Henrique Caetano et al. **Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans**. Cien Saude Colet. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/impacto-do-estresse-de-minoria-em-sintomas-depressivos-ideacao-suicida-e-tentativa-de-suicidio-em-pessoas-trans/17485?id=17485>>. Acesso em 02 ago 2021.

CIDH. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Situação dos direitos humanos no Brasil** : Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 12 de fevereiro de 2021.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; SAMPAIO, Liliana Lopes Pedral SAMPAIO. **As transexualidades na atualidade: aspectos conceituais e contexto**. In: COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; SAMPAIO, Liliana Lopes Pedral SAMPAIO, (Org.). Transexualidades: um olhar multidisciplinar. Salvador: EDUFBA, 2014.

COLLINS, Patricia Hills. **Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica** / Patricia Hill. tradução Bruna Barros, Jess Oliveira; orelha: Elaini Cristina Gonzaga da Silva.- 1. ed. - São Paulo : Boitempo, 2022.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade** / Patricia Hill Collins, Sirma Bilge; tradução Rane Souza. - 1. ed. - São Paulo : Boitempo, 2021.

CONNELL, Raewyn. **Gênero em termos reais**. Tradução: Marília Moschkovich. São Paulo: nVersos,2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **RESOLUÇÃO Nº 573, DE 31 DE JANEIRO DE 2018**. Disponível em:

<<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso573.pdf>>. Acesso em 16 nov 2022.

CONSTANZA, A. et al. **Meaning in Life and Demoralization Constructs in Light of the Interpersonal Theory of Suicide: A Trans-Theoretical Hypothesis for a Cross- Sectional Study**. Psychol Res. Behav. Manag., 2021. Disponível em:

<<https://doi.org/10.2147/prbm.s279829>>. Acesso em 10 jul 2022.

CORREA, Humberto; BARRERO, Sergio Perez. **O suicídio: definições e classificações**. Em H. Correa, & S.

P. Barrero (Orgs.), Suicídio uma morte evitável (pp. 29-36). 2006. São Paulo, Atheneu.

COSTA, Angelo Brandelli; BRUM, Gabriel Mendes; ZOLTOWSKI, Ana Paula Couto ET AL. **Experiências de discriminação e inclusão de transexuais brasileiras no mercado de trabalho**. Rev. Psicol., Organ. Trab. vol.20 no.2 Brasília abr./jun. 2020.

CRENSHAW, Kimberly. **Mapeando as margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não-brancas**. 1993. Traduzido por Carol Correia. Disponível em: <<https://medium.com/revista-subjetiva/mapeandoas-margens-interseccionalidade-politicas-de-identidade-e-violencia-contramulheres-nao-18324d40ad1f>>. Acesso em 12 ago 2021.

CUNHA, Neon; YORK, Sara Wagner. **Um vácuo “cis” na história e a emergência do corpo trans**. Fundação Rosa Luxemburgo. Ponto de Debate, n.21, 2020.

DAHLBERG, Linda; KRUG, Etienne. **Violência: um problema global de saúde pública**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 mar 2020.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo : Boitempo, 2016.

DEANGELIS, Tori. **Who self-injures?** American Psychological Association, 46(7), 60. 2015. Disponível em: <<https://www.apa.org/monitor/2015/07-08/who-self-injures>>. Acesso em 01 nov 2021.

DENTATO, Michael. **The minority stress perspective**. School of Social Work, Loyola University Chicago. American Psychological Association. 2012. Disponível em: <<https://www.apa.org/pi/aids/resources/exchange/2012/04/minority-stress>>. Acesso em 10 set 2021.

DEPRET, Davi Gomes. **Acesso de travestis e mulheres transexuais aos serviços de saúde: subsídios para um cuidado equânime**. 2019. 155 f. Orientador: Ricardo de Mattos Russo Rafael. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DIEHL, Alessandra; VIEIRA, Denise Leite; ZANETI, Marina; FANGANIELLO, Ana. et al. **Social stigma, legal and public health barriers faced by the third gender phenomena in Brazil, India and Mexico: Travestis, hijras and muxes**, *The International Journal of social psychiatry* 2017; 63: 389-399. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28552025/>>. Acesso em 19 fev 2021.

DOHRENWEND, Bruce. **Adversity, stress, and psychopathology**. Oxford University Press. 1998.

_____. **The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research**. *J Health Soc Behav*. Mar;41(1):1-19. 2000.

DRUSS, Benjamin; PINCUS, Harold. **Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses**. *Arch Internal Med* 2000;160:1522-6. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10826468/>>. Acesso em 20 set 2022.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio: um estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

FATTAH, Nathalia,;LIMA, Milene Souza. **Epidemiological profile of notifications of self-inflicted violence from 2010 to 2019 in a state in Southern Brazil**. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;16(4):65-74. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v16n4/v16n4a09.pdf>>. Acesso em 13 set 2021.

FAVERO, Sofia. **Crianças trans: infâncias possíveis** / Sofia Favero. 1ª edição/Salvador - BA. Editora Devires, 2020. 200p.

FERNANDES, Hugo. **Violência, homofobia e o amor como "zona de conforto": a vulnerabilidade de homossexuais masculinos às DST/Aids** / Hugo Fernandes. - 1. ed. - Curitiba, Appris, 2015. 167 p.; 21 cm.

FERNANDES Hugo; LIMA, Daniel Vieira; HINO, Paula; TAMINATO, Mônica; OKUNO, Meiry Fernanda. **Self-inflicted violence and suicide in people living with HIV/AIDS: a systematic review**. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Suppl 3):e20210768. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0768pt>>. Acesso em 19 set 2022.

FINKELHOR, David, ORMROD, Richard; TURNER, Heather. **Poly-victimization: A neglected component in child victimization**. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7–26. 2007. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>>. Acesso em 19 set 2022.

FIOCRUZ. **Suicídio na pandemia covid-19**. Apostila do Curso de Saúde Mental para Profissionais de Saúde. 2020.

FIRMINO, Vitor Hugo Nascimento; MACEDO, Virgílio Luiz Marques de; NEVES, Rinaldo de Souza. Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. In: **Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: guia para o cuidado organizado** / Rinaldo de Souza Neves (Organizador). – Quirinópolis, GO: Editora IGM, 2020.

FONSECA, Adriano Erlon; BASSÈRES, Livia Beraldo de Lima; NETO, José Gallucci. **Suicídio e doenças clínicas**. In: DAMIANO et al. (orgs.). Compreendendo o suicídio. 1. Ed. Santana de Parnaíba [SP] : Manole, 2021.

FONSECA, Paulo Henrique Nogueira da et al . **Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes**. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro , v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 nov 2021.

FOUCAULT, Michel. **Crise da medicina ou crise da antimedicina**. Verve: Revista semestral autogestionária do Nu-Sol, n.18, 167-194, 2010.

_____. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FRANCISCO, Leilane Camila Ferreira de Lima; BARROS, Alice Correia; PACHECO, Mariana da Silva; NARDI, Antonio Egidio; ALVES, Verônica de Medeiros. **Ansiedade em minorias sexuais e de gênero: uma revisão integrativa**. J Bras Psiquiatr. 2020;69(1):48-56. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/gwKpPNSBpdzvNBR6fCY5V7S/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 01 nov 2021.

FREDRIKSEN-GOLDSSEN, Karen; SIMONI, Jane; KIM, Hyun-Jun; LEHAVOT, Keren; WALTERS, Karina. Et al. **The health equity promotion model: reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities**. Am J Orthopsychiatry. 2014; 84:653-63. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4350932/>>. Acesso em 11 jun 2021.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer**. Edição standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. **Por que a guerra?** In: FREUD, S. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 241-259. v. 22.

GARCIA, Alexandra; SEPULVEDA, Denize e CORRÊA, Renan. **As redes educativas e as tecnologias: liberdade acadêmica, produção e circulação de conhecimentos**. 1. Ed. – CAPES : CNPq, 2020.

GOTSENS, Mèrce; MARÍ-DELL'OLMO, Marc; RODRÍGUEZ-SANZ, Maica. Et al. **Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths**. Revista Espanhola de Salud Publica, 85(2),163-74. 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21826379/>>. Acesso em 20 maio 2020.

GOULART, Vincent Pereira; NARDI, Henrique Caetano. **Vidas inimigas, necropolítica e interseccionalidade: da exclusão na educação ao suicídio/assassinato de pessoas trans.** revista entreideias, Salvador, v. 11, n. 1, p. 11-38, jan/abr 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/entreideias/article/download/45614/26685/193341>>. Acesso em 03 out 2022.

GRASSI-OLIVEIRA, Rodrigo; STEIN, Lilian; PEZZI, Julio. **Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire.** Rev Saúde Pública. 2006. 40(2):249-55. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28529.pdf>>. Acesso em 10 ago 2020.

GUERREIRO, Diogo. **Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de enfrentamento** (tese). Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal. (2014). Disponível em: <<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/11457>>. Acesso em 10 ago 2021.

GUITZEL, Virgínia. **A repressão sexual e identitária: da ditadura militar à democracia— Parte I.** Esquerda Diário, 11 abr. 2015. Disponível em: <<http://www.esquerdadiario.com.br/A-repressao-sexual-da-ditadura-militar-a-democracia-Parte-I>>. Acesso em: 01 mar 2020.

GVION Y, Horesh N, Levi-Belz Y, Apter A. **A proposed model of the development of suicidal ideations.** Comprehensive Psychiatry. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25444078>>. Acesso em 20 maio 2020.

HAWTON, Keith; BERGEN, Helen; COOPER, Jayne; TURNBULL, Pauline. Et al. **Suicide following self-harm: Findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000-2012.** Journal of Affective Disorders, 175: 147-51. 2015. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>>. Acesso em 01 nov 2021.

HAYES, Jeffrey; CHUN-KENNEDY, Caitlin; EDENS, Astrid; LOCKE, Benjamin. **Do double minority students face double jeopardy? Testing minority stress theory.** Journal of College Counseling, 14(2), 117-126. 2011. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/2012-11094-004>>. Acesso em 19 jun 2021.

HENDRICKS, Michael; TESTA, Ryan. **A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model.** Professional Psychology: Research and Practice, 43(5), 460-467. 2012. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/2012-21304-001>>. Acesso em 11 jun 2021.

HOOKS, Bell. **Olhares negros. Raça e representação.** São Paulo : Elefante, 2019. 356 p. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Cerqueira, Daniel. **Atlas da Violência 2020** / Daniel Cerqueira et al., — São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020.

_____. **Atlas da Violência 2021** / Daniel Cerqueira et al., — São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021.

JESUS. Jaqueline Gomes de. **Violência transfóbica e movimentos de afirmação identitária no Brasil: desafios e possibilidades.** In: Anais do IV Seminário Internacional de Direitos Humanos, Violência e Pobreza. 2012. UERJ.

_____. [entrevista]. In: **Explosão Feminista**. HOLLANDA, Heloisa Buarque de et al. Editora Companhia das Letras. 2018. 544p.

KALIL, Isabela. Políticas antiderechos en Brasil: neoliberalismo y neoconservadurismo en el gobierno de Bolsonaro. In: SANTANA, A. T. **Derechos en riesgo en América Latina: 11 estudios sobre grupos neoconservadores**. Bogotá: desde abajo, 2020, p. 35-53. Disponível em: <<https://sxpolitics.org/es/wp-content/uploads/sites/3/2020/12/DerechosEnRiesgoenAmericaLatina.pdf>>. Acesso em 11 out 2021.

KERGOAT, Danièle. **Dinâmica e substancialidade das relações sociais**. Novos estudos Cebrap. São Paulo, n.86, 2010.

KRIEGER, Nancy. **A glossary for social epidemiology**, Epidemiol Bull 2002: 23: 7-11.

KRUG, Etienne; DAHLBERG, Linda; MERCY, James; Zwi, Anthony. Et al. **Relatório mundialsobre violência e saúde**. 2002. Genebra. Disponível em: <www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>. Acesso em 01 fev 2020.

KRÜGER, Alicia. **Aviões do cerrado: uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do distrito federal brasileiro**. 2018. 116 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34788/1/2018_AI%C3%ADciaKr%C3%BCger.pdf. Acesso em: 13 ago 2021.

LAGUARDIA, Josué et al . **Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.13, n.3, p.135-146. 2004. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 set 2021.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo – corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará. 2001.

LAURETIS, Teresa de. **A tecnologia de gênero**. IN: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

LERRI, Maria Rita et al . **Clinical Characteristics in a Sample of Transsexual People**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 39, n. 10, p. 545-551, Nov. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017001000545&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2020.

LIM, Seung-Lark; KIM, Jim-Hae. **Cognitive processing of emotional information in depression,panic, and somatoform disorder**. Journal of Abnormal Psychology, 114(1), 50–61. Disponível em: <<http://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.50>>. Acesso em 19 set 2022.

LIMA, Nísia Trindade. Prefácio. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. **Impactos da Violência na Saúde** [online]. 4ª ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, 448 p. ISBN: 978-65-5708-094-8.

LINK, Bruce; PHELAN, Jo. **Conceptualizing stigma**. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:363–385. 2001.

LIONÇO, Tatiana. **Reinventar a Psicologia para a redescoberta da humanidade: reflexões sobre intersexualidade, transexualidade/travestilidade e cisgêneridade**. In: Ferrão, Dalcira et al. *Psicologia, gênero e diversidade sexual: saberes em diálogo* / Belo Horizonte, MG : CRP04, 2019.

LIU, Jianghong; WUERKER, Anne. **Biosocial bases of aggressive and violent behavior—implications for nursing studies**. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 42, Issue 2, February 2005, Pages 229-241. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748904001130>>. Acesso em 23 set 2022.

LORDE, Audre. **Não existe hierarquia de opressão**. Tradução de Renata. Geledés, 29 maio 2015. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/nao-existe-hierarquia-deopressao/>>. Acesso em: 01 abr 2021.

LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho: ensaios sobre a sexualidade e teoria Queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

LU, Stacy. **An epidemic of fear**. *Monitor on Psychology*, v. 46, n. 3, p. 46, 2015. Disponível em: <<http://www.apa.org/monitor/2015/03/fear>>. Acesso em 26 maio 2020.

LUGONES, Maria. **Towards a decolonial feminism**. *Hypatia*, n.4, 2010.

MACKENZIE, Sara; WIEGEL, Jennifer; MUNDT, Marlon. Et al. **Depression and suicide ideation among students accessing campus healthcare**. *Am J Orthopsychiatry*. 81(1):101–7. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057910/>>. Acesso em 22 abr 2020.

MAKSUT, Jessica; SANCHEZ, Travis; WIGINTON, John. et al. **Gender identity and sexual behavior stigmas, severe psychological distress, and suicidality in an online sample of transgender women in the United States**. *Ann Epidemiol. Rev.*, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.07.020>>. Acesso em 13 jul 2022.

MARTELLI C, AWAD H, HARDY P. **Le suicide dans les établissements de santé: données épidémiologiques et prévention**. *L'Encéphale*. 2010;36:D83-D91. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700609001511>>. Acesso em 20 set 2022.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Rev. Arte & Ensaios | revista do ppgav/eba/ufrj | n. 32 | dezembro 2016.

MELLO, Luiz. **Familismo (anti)homossexual e regulação da cidadania no Brasil**. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 497-508, maio/ago. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/N7rMg9HcrYSqcWhdppPCbvd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 02 out 2021.

MENDES, Deise Daniela et al. **Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 31, supl. 2, p. S77-S85, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 fev 2020.

MENDONZA, Torres; CARMEN, María del. **Intento de suicidio en trans femeninas VIH positivas en Managua, Nicaragua**. Revista Científica de FAREM-Estelí, 2020, núm. 36, Octubre-Diciembre. Disponível em: <<http://portal.amelica.org/ameli/journal/337/3371888006/3371888006.pdf>>. Acesso em 03 ago 2022.

MESQUITA, Daniele; PERUCCHI, Juliana. **Não apenas em nome de Deus: discursos religiosos sobre homossexualidade**. Psicologia & Sociedade, 28(1), 105-114. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/kkcQJggKT3GTTWpLggHDXSb/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 13 set 2022.

MEYER, Ilan. **Identity, stress, and resilience in lesbians, gay men, and bisexuals of color**. The Counseling Psychologist, 38(3), 442-454. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860594/>>. Acesso em 11 set 2020.

_____. **Minority stress and mental health in gay men**. Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 38-56. 1995. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/pdf/2137286.pdf>>. Acesso em 11 set 2020.

_____. **Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence**. Psychological Bulletin, 129(5), 674-697. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/>>. Acesso em 11 set 2020.

_____. **Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities**. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2(3), 209-213. 2015. Disponível em: <<https://www.apa.org/pubs/journals/features/sgd-sgd0000132.pdf>>. Acesso em 11 set 2020.

MINAYO, Maria Cecília. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde**. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. Impactos da Violência na Saúde [online]. 4ª ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, 448 p.

_____. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection. 132 p.

MINOIS, Georges. **História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária.** São Paulo : Editora Unesp, 2018.

MOIRA, Amara. A necessidade de um suporte teórico-ativista para o transfeminismo. In: **Explosão Feminista.** HOLLANDA, Heloisa Buarque de et al. Editora Companhia das Letras. 2018. 544p.

_____. **O cis pelo trans.** Revista de Estudos Feministas, 25 (1). 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104026X2017000100365&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em 10 jul 2021.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro; BARBOSA, Regina Maria. **Saúde e direitos da população trans.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 35, n. 4, e00047119, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000400201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2020.

MORAES, Antonia Nathalia Duarte de; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da. **Travestis e o cuidado humanizado em saúde.** Rev. abordagem gestalt., Goiânia , v. 26, n. 2, p. 175-187, ago. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672020000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 jan 2021.

MORAES, C. L; HASSELMANN MH, REICHENHEIM ME. **Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais.** Cad Saude Publica, [internet] 2002. [acesso em 2018-09-04]; 18(1):163-76, 2002. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/26359742/download>>. Acesso em 01 fev 2020.

MOREIRA, Lenice Carrilho; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus. **Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura.** Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 19, Número 3, Setembro/Dezembro de 2015: 445-453. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00445.pdf>>. Acesso em 01 maio 2020.

MUEHLENKAMP, Jennifer J; DAMIANO, Rodolfo Furlan. Autolesão sem intenção suicida. In: DAMIANO, Rodolfo Furlan et al. **Compreendendo o suicídio.** São Paulo [SP] : Editora Manole, 2021.

MUSUMEC, Leonarda; RAMOS, Silvia; PARIS, Leonardo. Et al. **Juventude, violência e polícia: resultados da pesquisa amostral. Relatório final.** Rio de Janeiro: CESeC/Ucam. 2011. Disponível em: <https://www.ucamcesec.com.br/wp-content/uploads/2011/06/Juvipol_relat%C3%B3rio_final_completo.pdf>. Acesso em 02 ago 2020.

NAGAFUCHI, Thiago. **Em busca de vozes no silêncio: Suicídio, gênero e sexualidade na era digital.** In: MARQUETTI, Fernanda. Suicídio: escutas do silêncio. São Paulo: Editora Unifesp, 2018.

NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do. **Transfeminismo negro: tensionando interseccionalidades**. In: Políticas Públicas e Diversidade : Quem precisa de Identidade? / Organizadores Francis Musa Boakari, Francilene Brito da Silva e Ilanna Brenda Mendes Batista. – Teresina: EdUFPI, 2020. PDF 467 p.:il.

_____. **Transfeminismo** / Letícia Carolina Pereira do Nascimento.- São Paulo: Jandaíra, 2021. 192 p. (Feminismos Plurais / coordenação de Djamila Ribeiro).

NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone; CONSTANTINO, Patricia; AVANCI, Joviana. **Impactos da Violência na Saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, 448 p. ISBN: 978-65-5708-094-8.

OLIVEIRA, Andrea Silveira Lourenço Aguiar de; MOREIRA, Laísa Rodrigues; MEUCCI, Rodrigo Dalke; PALUDO, Simone dos Santos. **Violência psicológica contra a mulher praticada por parceiro íntimo: estudo transversal em uma área rural do Rio Grande do Sul, 2017**. Epidemiol. Serv. Saúde 30 (4) Jan-Dec 2021 19 Nov 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ress/2021.v30n4/e20201057/>>. Acesso em 16 nov 2022.

OLIVEIRA, Carolina Iara Ramos de. **Formas de matar, morrer e resistir. Saúde mental e integral de pessoas trans negras**. In: OLIVEIRA, Liamar de; DIAS, Jussara; PRESTES, Clélia. O enfrentamento dos efeitos do racismo, cissexismo e transfobia na saúde mental. São Paulo : Editora Dandara. 2021.

OLIVEIRA, Megg Rayara Gomes de. **Eu (r)existi, eu (r)existo e vou continuar (r)existindo: travestis, mulheres transexuais e movimento social!**. In: Quando ousamos existir : itinerários fotobiográficos do movimento LGBTI Brasileiro (1978-2018) / Marcio Caetano... [et al.] (organizadores). – 1. ed. – Tubarão : Copiart; Rio Grande, RS : FURG, 2018. 192 p. ; 29,7 cm.

OMS. Departamento de Saúde Mental. **Transtornos Mentais e Comportamentais. Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores**. 2000. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf> Acesso em 03 fev 2020.

_____. Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. 2002. Genebra. Disponível em: <www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>. Acesso em 01 fev 2020.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Prevención del suicidio: un imperativo global**. Washington, DC: OPS, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/>. Acesso em 01 fev 2020

_____. **Folha informativa – Suicídio**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em 20 maio 2020.

PACHANKIS, John; COCHRAN, Susan; MAYS, Vickie. **The mental health of sexual minority adults in and out of the closet: A population-based study**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(5), 890-901. 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26280492/>>. Acesso 10 jan 2021.

PAGAGLI, Beatriz Pagliarini. [entrevista]. In: **Explosão Feminista**. HOLLANDA, Heloisa Buarque de et al. Editora Companhia das Letras. 2018. 544p.

PAVELTCHUK, Fernanda de Oliveira; BORSA, Juliane Callegaro. **A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais**. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 41-54, dez. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 set 2021.

PEREZ-BRUMER, Amaya; BOCKTING, Walter; HATZENBUEHLER, Mark; OLDENBURG, Catherine. **Individual- and Structural-Level Risk Factors for Suicide Attempts among Transgender Adults**. Behav Med. 2015; 41(3): 164–171. Disponível em: <doi:10.1080/08964289.2015.1028322.>. Acesso em 10 set 2022.

PHILLIPS, Dom. **Torture and Killing of Transgender Woman Stun Brazil**, New York Times 2017. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2017/03/08/world/americas/brazil-transgender-killing-video.html>>. Acesso 10 jun 2021.

PINTO, Isabella Vitral; ARAÚJO, Silvânia Suely de; RODRIGUES, Leandra Lofego 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. 23 (Suppl 01). 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YV7VvNY5WYLwx4636Hq9Z5r/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 01 out 2021.

PIRES, Thula. **Racializando o debate sobre direitos humanos: limites e possibilidades da criminalização do racismo no Brasil**. SUR–Revista Internacional de Direitos Humanos, v. 15, n. 28. 2018, p. 70. Disponível em: <<https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2019/05/sur-28-portugues-thula-pires.pdf>>. Acesso em 10 out 2021.

POLCARI, Ann; RABI, Keren; BOLGER, Elizabeth; TEICHER, Martin. **Parental verbal affection and verbal aggression in childhood differentially influence psychiatric symptoms and wellbeing in young adulthood**. Child Abuse & Neglect 38 (2014) 91–102. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.003>>. Acesso em 10 set 2022.

PORTAL SINAN. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. **Violência Interpessoal/Autoprovoada**. 2020. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovoada>>. Acesso em 01 out 2021.

PORTO, Deysi et al. **Prevenção ao suicídio**. Deysi Mendes Porto, Carmem Regina Delziovo, Larissa de Abreu Queiroz. -- Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2019. PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **CAPS**. S.D. Disponível em: <<https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>>. Acesso em 01 out 2021.

REIFSCHNEIDER, Elisa. **Prevenção de Suicídios. Orientações iniciais para docentes universitários**. Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP/IP) da Universidade de Brasília UnB. 2021.

REISNER, Sari; POTEAT, Tonia; KEATLEY, JoAnne. Et al. **Global health burden and needs of transgender populations: a review**. 2016 Jun 17 [Epub ahead of print] Disponibilizado The Lancet. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)>. Acesso em 24 set 2022.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(9), 2821-2834. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>>. Acesso em 24 set 2022.

RIBEIRO, Miguel Angelo. **Geografias malditas, malditas geografias?: a discussão de gênero e sexualidades segundo diferentes pontos de vista, no mundo**. In: *Geografias feministas e das sexualidades: encontros e diferenças*/Joseli Maria Silva; Marcio Jose Ornat; Alides Baptista Chimin Junior (Org.). Ponta Grossa: Todapalavra, 2016. 272 p.; il.

RIBEIRO, Nilva Maria; CASTRO, Sybelle de Souza; SCATENA, Lucia Marina. Et al. **Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio**. *Texto & Contexto - Enferm., Florianópolis*, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072018000200310&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 23 fev 2020.

RISTUM, Marilena; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. **Violência urbana: uma análise dos conceitos de professores do ensino fundamental**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 225-239, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 maio 2020.

ROCHA, Lucas Almeida Santana; MARIN, Thaís Muriel; EDUARDO, Bianca Brunelli; SAADEH, Alexandre. **Suicídio em população LGBTQIA+**. In: DAMIANO et al. (orgs.). *Compreendendo o suicídio*. 1. Ed. Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021.

ROCHA, Valeria Fatima da. **Saúde mental. Sofrimento psíquico e fatores contextuais**. In: **Introdução às velhices LGBTI+**. Rebellato, Carolina et al (Organizadores). Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Seção Rio de Janeiro. 2021.

RUBIN, Gayle. **O tráfico de mulheres. Notas sobre a 'Economia Política' do sexo**. Tradução de Christine Rufino Dabat. Recife: SOS Corpo, 1993.

SALIH, Sara. **Judith Butler e a Teoria Queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

SANT'ANA, Izabella Mendes. **Autolesão não suicida na adolescência e a atuação do psicólogo escolar: uma revisão narrativa**. *Rev. Psicol. IMED, Passo Fundo*, v. 11, n. 1, p. 120-138, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272019000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 nov 2021.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Documento científico da SBP analisa o tema da autolesão em adolescentes**. 2019. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/documento-cientifico-da-sbp-analisa-o-tema-da-autolesao-em-adolescentes/>>. Acesso em 01 nov 2021.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. Ed. Cia das Letras. 2019.
SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 2, n. 20, p. 71-100, jul./dez. 1995.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; ROSA, Carlos Alberto Pessoa; GAGLIOTTI, Daniel Augusti Mori. **LGBTQIA+fobia institucional na área da saúde**. In: CIASCA, Saulo Vito et al. Saúde LGBTQIA+ Práticas de cuidado transdisciplinar. São Paulo : Manole. 2021.

SILVA, Diego da; BATISTA, Ibson Eduardo; PEREIRA, Isabel Cristina; CRUZ, Juliana Maria da; LIMA, Mailson Palhano de; MARTINS, Mariane Batista; ABDUL-HAK, Roberta Previdi; CHAIA, Sara. Ideação suicida em pessoas LGBTI+. In: **Ensaio sobre o perfil da comunidade LGBTI+** / Humberto da Cunha Alves de Souza, Sérgio Rogério Azevedo Junqueira, Toni Reis, (organizadores). — Curitiba : IBDSEX, 2020.

SILVA, Glauber Weder dos Santos; MEIRA, Karina Cardoso; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; SENA, Romeika Carla Ferreira de; LINS, Suerda Lillian da Fonseca. Et al. **Fatores associados à ideação suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais**. Ciência & Saúde Coletiva, 26(Supl. 3):4955-4966, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8xXfNtVtVRbWfhcdH996qLr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 01 out 2022.

SILVA, Luciane Lemos; COELHO, Elza Berger; CAPONI, Sandra Noemi. **Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica**. Interface (Botucatu), Botucatu. [internet]. 2007; v. 11, n. 21. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a09.pdf>>. Acesso em 18 set 2022.

SILVA, Maria do Carmo Mendonça. **Renúncia à vida pela morte voluntária: o suicídio aos olhos da imprensa no Recife dos anos 1950**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. História, 2009.

SILVA, Marta Maria Alves et al. Violências como um problema de Saúde Pública. In: Rouquayrol e Gurgel. **Epidemiologia e Saúde**. Ed. MedBook. 2018.

SIQUEIRA, Indianara. O gênero e o caráter histórico e socialmente construído do sexo. In: **Explosão Feminista**. HOLLANDA, Heloisa Buarque de et al. Editora Companhia das Letras. 2018. 544p.

SOARES, Jeslia de Jesus; CADETE, Matilde Meire Miranda. **Tentativa de suicídio por universitários lgbtq+**. Vol. 14 N° 9 abril-junio 2022. Cuadernos de Educación y Desarrollo. Disponível em: <<https://www.eumed.net/uploads/revistas/2037a04191d74bfdeea4719315135f8c.pdf#page=27>>. Acesso em 01out 2022.

SOLOMON, Andrew. **Um crime da solidão: reflexões sobre o suicídio**. São Paulo: Companhia das Letras. 2018.

SOUSA, Alexia Jade Machado; NOGUEIRA, Francisco Jander de Sousa. **Narrativas de Pessoas LGBTQIA+ Universitárias acerca do Suicídio**. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 22, n. 01, p. 32-49, 2022. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/66451/41873>>. Acesso em 01 out 2022.

SOUSA, Diogo; IRIART, Jorge. **“Viver dignamente”:** necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. e00036318, 2018.

SOUZA, Keila Simpson. **E assim nasceu o movimento nacional de Travestis e Transexuais.** ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais, n. d. Disponível em: <<https://antrabrasil.org/historia/>>. Acesso em: 01 mar 2020.

SOUZA, Leonardo Lemos de; SALGADO, Raquel Gonçalves; MAGNABOSCO, Molise de Bem. **A vida pode ser escrita por linhas tortas: quando infâncias, gêneros e sexualidades interrogam o desenvolvimento.** In: Alexandro Rodrigues. *Crianças em dissidências: narrativas desobedientes / 1ª edição*/Salvador, BA: Editora Devires, 2018. 216p.

SOWELL, Thomas. **Discriminação e disparidades** / Thomas Sowell; tradução Alessandra Bonrruquer. - 1ª ed. - Rio de Janeiro: Record, 2019.

STRAUS, Murray; HAMBY, Sherry; BONEY-MCCOY, Sue. Et al. **The revised Conflict Tactics Scales (CTS2).** *J Fam Issues*. v. 17, n. 3, p. 283-316. 1996. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/019251396017003001>>. Acesso em 01 fev 2020.

TEBBE, Esther; MORADI, Bonnie. **Anti-transgender prejudice: A structural equation model of associated constructs.** *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 251-261. 2012.

TESTA, Rylan; MICHAELS, Matthew; BLISS, Whitney. Et al. **Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors.** *J Abnorm Psychol*. 2017 Jan;126(1):125-136. Disponível em: <doi: 10.1037/abn0000234>. Acesso em 09 set 2022.

TJDFT. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **Dos crimes contra a honra.** [online]. 2014. Disponível em: <<https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/dos-crimes-contra-a-honra>>. Acesso em 25 nov 2022.

TJRS. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. **Tipos de violência doméstica e familiar.** S/D. Disponível em: <<https://www.tjrs.jus.br/novo/violencia-domestica/orientacoes/tipos-de-violencia-domestica-e-familiar/>>. Acesso em 01 out 2021.

TOLEDO, Livia Gonsalves. **Biopoder, gêneros e sexualidades: articulando desejo, (in)visibilidade e processos de exclusão na vivência das Lesbianidades.** *Fazendo Gênero. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. 2010. Disponível em: <http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1274466557_ARQUIVO_FG9-Biopodergenerosesexualidades.pdf>. Acesso em 25 nov 2022.

TORO, Giovanna Vidotto; NUCCI, Nely Aparecida; TOLEDO, Tatiana Bruno; Et al. **O desejo de partir: Um estudo a respeito da tentativa de suicídio.** *Psicologia em Revista*, 19(3), 407-421. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p407>>. Acesso em 01 nov 2021.

TRANSUERJ. **Saúde e cidadania de pessoas trans no contexto do HIV-Aids no Brasil: uma aproximação comparativa Brasil/França.** UERJ e Instituto Nacional da Saúde e da Pesquisa Médica (INSERM- França). Financiada pela Agência Nacional de Pesquisa sobre AIDS (ANRS- França). UERJ, 2021.

TREVOR PROJECT. **National Survey on LGBTQ Youth Mental Health 2021.** 2021. Disponível em: <<https://www.thetrevorproject.org/survey-2021/?section=Introduction>>. Acesso em 02 set 2021.

TSAI, Aalexander. **Syndemics: A theory in search of data or data in search of a theory?** Soc Sci Med. 2018 Jun; 206:117-122. Disponível em: <doi: 10.1016/j.socscimed.2018.03.040.>. Acesso em 12 set 2022.

UNAIDS. **Vamos falar sobre saúde integral das travestis e mulheres trans?** Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/110156-un aids-e-parceiros-lancam-cartilhas-de-saude-integral-e-sexual-para-travestis-e-mulheres>>. Acesso em 12 fev 2021.

VÄRNIK, Peeter. **Suicide in the world.** International Journal of Environmental Research and Public Health, 9, 760- 771. 2012. Disponível em: < <https://www.mdpi.com/1660-4601/9/3/760>>. Acesso 12 fev 2020.

VARTABEDIAN, Julieta. **The political scope of travestilities: on the transgressive potential of travestis.** Annual Review of Critical Psychology 2014; 11: 279-297. Disponível em: <https://www.academia.edu/5835588/The_political_scope_of_travestilities_On_the_transgressive_potential_of_travestis>. Acesso 12 fev 2020.

VAZ, Flávio Marcos de Oliveira. **Transgeneridade infantil para além do binarismo: política pública de inclusão das crianças trans no Brasil / Flávio Marcos de Oliveira Vaz.** - 1.ed. - Salvador, BA : Devires, 2021.254 p.

VAZ, Giovanna Silva Cascelli; JAQUES, Uly; SALOMÉ, Sheila Augusta Ferreira Fernandes. **Incidência de Ideação Suicida (IS) e principais fatores associados entre a população trans – revisão de literatura.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 5, n.5,p.19134-19147,sep./oct.,2022. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/52274/39074>>. Acesso em 19 set 2022.

VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade.** 244 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Salvador, 2015.

VIEIRA, Fernanda Dantas. **A caça aos homossexuais e travestis na ditadura militar.** Pragmatismo Político, 17 abr. 2015. Disponível em: <<https://www.pragmatismopolitico.com.br/2015/04/a-cacaos-homossexuais-e-travestis-na-ditadura-militar.html>>. Acesso em: 10 jan 2020.

VIEIRA, Graciete Oliveira; ASSIS, Marluce Maria; NASCIMENTO, Maria Angela. Et al. **Violência e mortes por causas externas.** Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003; 56(1): 48-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a10v56n1.pdf>>. Acesso em 01 fev 2020.

VIEIRA, Helena. Transfeminismo. In: **Explosão Feminista**. HOLLANDA, Heloisa Buarquede et al. Editora Companhia das Letras. 2018. 544p.

WHO. World Health Organization. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva, 2013. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=8ED4F83819448649F6243E3C6DE2E811?sequence=1>. Acesso em 09 maio 2020.

_____. **Preventing Suicide: A Global Imperative**. Luxemburg: World Health Organization, 2014. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em 09 mar 2020.

WINTER, Sam; DIAMOND, Milton; GREEN, Jamison. Et al. **Transgender people: health at the margins of society**, Lancet (London, England) 2016;388: 390-400. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27323925/>>. Acesso 10 maio 2020.

WRIGHT, Margareth; CRAWFORD, Emily; DEL CASTILLO, Darren. **Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas**. Child Abuse & Neglect, 33(1), 59–68. Disponível em: <<http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007>>. Acesso em 19 set 2022.

YATES, Tuppert. **The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation**. Clinical Psychology Review, 24,35-74. (2004). Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.001>>. Acesso em 01 nov 2021.

ANEXO A – Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada
(versão 5.1 – SINAN)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
Dados Gerais				
1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
2 Agravado/doença		VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09	3 Data da notificação
4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
10 Nome do paciente				11 Data de nascimento
12 (ou) Idade		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante	15 Raça/Cor
16 Escolaridade		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado		
17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
Dados de Residência				
19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)	21 Distrito
22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1
27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP
30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)
Dados Complementares				
33 Nome Social		34 Ocupação		
35 Situação conjugal / Estado civil				
1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:		
1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
38 Possui algum tipo de deficiência/transstorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno?		
1- Sim 2- Não 9- Ignorado		1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)
43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3
49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?		
01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
		54 A lesão foi autoprovocada?		
		1- Sim 2- Não 9- Ignorado		

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pomografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 3-Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	
	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>		
69 Data de encerramento <input type="text"/>			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante <input type="text"/> Vínculo/grau de parentesco <input type="text"/> (DDD) Telefone <input type="text"/>			
Observações Adicionais: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde <input type="text"/> Cód. da Unid. de Saúde/CNES <input type="text"/>		
	Nome <input type="text"/>	Função <input type="text"/> Assinatura <input type="text"/>	
Violência Interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

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

54

ANEXO 1: 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	Aonde 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 a 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) doença(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 continua-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 onde 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” 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”) 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	QC8
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	E/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	peessoas 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	peessoas 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	peessoas 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	peessoas 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	peessoas 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 pessoas 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 pessoas 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 respondeu/Não sabe/Não lembra	quesi+1

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

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.”

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

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.”

Q82	Nos últimos 12 meses você tentou se cortar, 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

65

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

Q94	Você torceu o braço do seu companheiro(a) ou puxou o cabelo dele? (0)Não; (1)Sim	Q94
Q95	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q95
Q96	Você teve uma torção, contusão, "mancha roxa" ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q96
Q97	Seu companheiro(a) teve uma torção, contusão, "mancha roxa" ou pequeno corte por causa de uma briga com você? (0)Não; (1)Sim	Q97
Q98	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele? (0)Não; (1)Sim	Q98
Q99	Seu companheiro(a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos? (0)Não; (1)Sim	Q99
Q100	Você obrigou o seu companheiro(a) a fazer sexo sem usar camisinha? (0)Não; (1)Sim	Q100
Q101	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q101
Q102	Você deu um empurrão no seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q102
Q103	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q103
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	Q104
Q105	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q105
Q106	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q106
Q107	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q107
Q108	Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q108
Q109	Seu companheiro(a) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você? (0)Não; (1)Sim	Q109
Q110	Você chamou o seu companheiro(a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? (0)Não; (1)Sim	Q110
Q111	Seu companheiro(a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida? (0)Não; (1)Sim	Q111
Q112	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro(a) com alguma coisa que pudesse machucar? (0)Não; (1)Sim	Q112
Q113	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q113
Q114	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro(a) de propósito? (0)Não; (1)Sim	Q114
Q115	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q115
Q116	Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro? (0)Não; (1)Sim	Q116
Q117	Seu companheiro(a) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você? (0)Não; (1)Sim	Q117
Q118	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q118
Q119	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q119
Q120	Você gritou ou berrou com o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q120
Q121	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q121
Q122	Você jogou o seu companheiro(a) contra a parede com força? (0)Não; (1)Sim	Q122
Q123	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q123
Q124	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema? (0)Não; (1)Sim	Q124
Q125	Seu companheiro(a) disse que achava que você poderiam resolver o problema? (0)Não; (1)Sim	Q125
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	Q126

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	Q127
Q128	Você deu uma surra no seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q128
Q129	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q129
Q130	Você segurou o seu companheiro(a) com força? (0)Não; (1)Sim	Q130
Q131	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q131
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	Q132
Q133	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q133
Q134	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? (0)Não; (1)Sim	Q134
Q135	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q135
Q136	Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro(a) não queria sem usar força física? (0)Não; (1)Sim	Q136
Q137	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q137
Q138	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q138
Q140	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q140
Q141	Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q141
Q142	Seu companheiro(a) quebrou um osso por causa de uma briga com você? (0)Não; (1)Sim	Q142
Q143	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo oral ou anal com você? (0)Não; (1)Sim	Q143
Q144	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q144
Q145	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças? (0)Não; (1)Sim	Q145
Q146	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q146
Q147	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro(a) de propósito? (0)Não; (1)Sim	Q147
Q148	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q148
Q149	Você insistiu para que seu companheiro(a) fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física? (0)Não; (1)Sim	Q149
Q150	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q150
Q151	Você acusou o seu companheiro(a) de ser "ruim de cama"? (0)Não; (1)Sim	Q151
Q152	Seu companheiro(a) acusou-o(a) disso? (0)Não; (1)Sim	Q152
Q153	Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q153
Q154	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q154
Q155	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro(a)? (0)Não; (1)Sim	Q155
Q156	Seu companheiro(a) fez isso? (0)Não; (1)Sim	Q156
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	Q157
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	Q158
Q159	Você chutou o seu companheiro(a)?	Q159
Q160	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q160
Q161	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo com você? (0)Não; (1)Sim	Q161
Q162	Seu companheiro(a) fez isso com você? (0)Não; (1)Sim	Q162
Q163	Você concordou com a solução que foi sugerida por ele? (0)Não; (1)Sim	Q163
Q164	Seu companheiro(a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu? (0)Não; (1)Sim	Q164

ENTREVISTADOR – ATENÇÃO: SOMENTE FAÇA A PROXIMA 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 – LELA: *“Por fim, terminamos a entrevista. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a sua colaboração em contar um pouquinho da sua vida íntima pra 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 soiba 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 C – Relação de referências para crises / emergências em saúde mental no Estado do Rio de Janeiro

13/04/2020

SEVERJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento



Governo do Estado do Rio de Janeiro

Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde

À SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

A Coordenação de Atenção Psicossocial da SES-RJ (CAPS/SES-RJ) segue as diretrizes da Lei Federal 10.216/2001 no que se refere ao cuidado e aos direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Assim, a atenção às crises em saúde mental deve ser realizada no território do usuário, nos serviços extra-hospitalares. A internação, quando necessária por insuficiência desses serviços, deve ser pontual, e não em instituições asilares.

Por isto preconizamos e induzimos que quando a crise psíquica requer internação, que seja realizada em dispositivos de saúde geral, como hospitais gerais, UPAs e PS, ou preferencialmente nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) tipo III, com seus leitos de acolhimento noturno nas 24 horas e nos 7 dias da semana. De qualquer forma, os usuários internados devem sempre ser acompanhados pelos técnicos de referência ou dos profissionais ou equipes de desinstitucionalização dos Caps municipais, e referenciados para esses serviços após a alta hospitalar.

Esses Serviços Hospitalares de Referência (SHR) para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas são dispositivos complexos e que estão ainda em construção, em boa parte de nossa realidade, pois enfrentam resistência por parte dos gestores municipais e das unidades, seja por uma implantação e infra-estrutura insuficientes, falta de capacitação profissional, estigma envolvendo a figura do “doente mental”, baixa cobertura, acompanhamento ou precarização dos serviços extra-hospitalares (Caps e Atenção Primária).

Para a elaboração desta Relação de Referências para as crises em saúde mental, os apoiadores regionais da CAPS/SES-RJ atualizaram as informações com os municípios. Aqui as informações estão formalmente unificadas, mas a dinâmica se diferencia em cada território. Todos, entretanto, ressaltam o papel dos Caps no acompanhamento durante e após as internações, quando necessárias. Alguns, entretanto, relacionaram dificuldades como a falta de transporte para o acompanhamento Caps-hospitalar.

Foram também citadas a vulnerabilidade social, o abandono familiar e as situações de rua (que muitas vezes retardam as altas e mantêm os pacientes nos leitos por tempo maior que o necessário para o manejo da crise), a ausência do SAMU (um componente pré-hospitalar fundamental) em regiões como a Baixada Litorânea, e a falta de profissionais de saúde mental nos serviços de saúde geral. Há também os casos de municípios com poucos serviços ou recursos para o acolhimento das crises, onde a população acaba por buscar socorro em municípios vizinhos, como é o caso em muitos da Baixada Fluminense (Metropolitana I).

Mas também recebemos registros de soluções potentes e criativas para a atenção à crise, como a divulgação de fluxogramas bem estabelecidos, e implantação de dispositivos como as referências de plantão à distância nos horários e dias em que o Caps está fechado.

Os Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas foram regulamentados pela Portaria GM nº 148/2012, que estabelecia um mínimo de 4 leitos, na razão de 1 leito para 23.000 habitantes. No estado do Rio de Janeiro, entretanto, conseguimos que o MS habilitasse até 2 leitos em muitos hospitais, em municípios pequenos. Recentemente, entretanto, o MS republicou a portaria estabelecendo número mínimo de 8 leitos para habilitação dos serviços, o que comprometeu muito as possibilidades de financiamento desses leitos pelos gestores.

13/04/2020

SEVERJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento

Em setembro de 2019 o estado do Rio de Janeiro instituiu, através da Resolução SES nº 1911, de 23/09/2019, o Programa Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS), com destinação de recursos financeiros (mediante adesão) para o custeio, incentivo à implantação, e qualificação de Caps I, II e III, Capsi, Caps AD, Caps ADIII, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, e para os Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Aqui indicamos os recursos para os SHR, nos municípios que os receberam.

Segue então a relação das referências, por região e por município.

RELAÇÃO DE REFERÊNCIAS PARA CRISES / EMERGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

REGIÃO BAÍA DA ILHA GRANDE

ANGRA DOS REIS:

As referências para as crises são o Caps II municipal em seus dias e horários de funcionamento, e os 4 leitos no Hospital Municipal de Japuiba, onde o paciente pode permanecer por até 72 horas. Após avaliação médica, caso necessário, é encaminhado aos leitos do Serviço Hospitalar de Referência do Hospital Maternidade Codrato de Vilhena (Santa Casa da Misericórdia), que possui 8 leitos habilitados pelo MS (Portaria 148), sendo 5 masculinos, 2 femininos e 1 infantil. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

MANGARATIBA

A referência para as crises psíquicas é o Caps municipal em seus dias e horários de atendimento, e o acolhimento nos 2 leitos no Serviço Hospitalar de Referência do Hospital Municipal Victor de Souza Breves; 3 UBS com funcionamento 24h. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

PARATY

As crises em saúde mental são atendidas no Caps II municipal em seus dias e horários de atendimento. Quando necessário há o acolhimento nos 2 leitos no Serviço Hospitalar de Referência do Hospital Municipal Hugo Miranda. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

REGIÃO BAIXADA LITORÂNEA:

CASIMIRO DE ABREU

O Caps I em seus dias e horários de funcionamento acolhe as crises psíquicas; quando necessário há os 2 leitos (suites) no Hospital Municipal Ângela Maria Simões Menezes, que não são habilitados pelo MS, porém a unidade recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

SAQUAREMA

A referência das crises em saúde mental é o Caps I municipal em seus dias e horários de funcionamento. Há ainda os 2 leitos no Hospital Municipal Nossa Senhora de Nazaré (precário, depende de vagas disponíveis, com acompanhamento do Caps I municipal).

IGUABA GRANDE

O acolhimento às crises é no Caps I municipal em seus dias e horários de funcionamento, e na UPA municipal.

13/04/2020

SEVERJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento

ARARUAMA

As crises em saúde mental são acolhidas no Caps II em seus dias e horários de funcionamento; há ainda o uso de leitos na UPA municipal com suporte do Caps.

SÃO PEDRO DA ALDEIA

A referência para as crises é o Caps I em seus dias e horários de funcionamento, ou o Pronto Socorro municipal com suporte do Caps I.

CABO FRIO

O acolhimento às crises se dá no Caps II e no Capsi em seus dias e horários de funcionamento, e nos 8 leitos no Hospital Central de Emergência de Cabo Frio (não habilitados pelo MS, com co-financiamento estadual).

ARRAIAL DO CABO

As crises em saúde mental são atendidas no Caps I em seus dias e horários de funcionamento; quando necessário existem os 2 leitos no Hospital Geral de Arraial do Cabo com suporte do Caps I (não habilitado pelo MS, porém com co-financiamento estadual).

ARMAÇÃO DOS BÚZIOS

O Caps I em seus dias e horários de funcionamento faz o acolhimento e o acompanhamento das situações de crise; o município possui também 2 leitos de referência no Hospital Municipal Dr. Rodolpho Perissé (habilitados / Portaria 148). Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

RIO DAS OSTRAS

Caps II em seus dias e horários de funcionamento é a referência para as crises em saúde mental, mas há acolhimento no Pronto Socorro Municipal (permanência até 72 horas), e 2 leitos no Hospital Municipal Dra. Naelma Monteiro, quando necessário.

REGIÃO CENTRO-SUL**AREAL**

O município não dispõe de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A porta de entrada para emergências psiquiátricas é o Hospital Geral (Hospital Municipal Nossa Senhora das Dores), havendo consórcio com o CapsAD II de Paraíba do Sul para acompanhamento de usuários em uso prejudicial de substâncias psicoativas. Município inserido em desenho regional para uso dos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, com sede em Paraíba do Sul (Hospital Nossa Senhora da Piedade), pactuados em 2019, em fase final de adequação do espaço físico.

COMENDADOR LEVY GASPARIAN

As portas de entrada para emergências psiquiátricas são o CAPS I e o Pronto Socorro Municipal (Pronto Atendimento Fernanda Monteiro Marques) em seus dias e horários de funcionamento. Município inserido em desenho regional para uso dos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, com sede em Paraíba do Sul (Hospital Nossa Senhora da Piedade), pactuados em 2019, em fase final de adequação do espaço físico.

ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN

As portas de entrada para emergências psiquiátricas são o CAPS I em seus dias e horários de funcionamento e o Hospital Geral (Hospital Nelson Salles), que possui 03 leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (Port. GM/MS n. 148/2012), não habilitados pelo Ministério da Saúde, custeados pelo co-financiamento estadual (COFI-RAPS 2019).

13/04/2020

SEVERJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento

MENDES

As portas de entrada para emergências psiquiátricas são o CAPS I em seus dias e horários de funcionamento e o Hospital Geral (Hospital Municipal Santa Maria). Possui 02 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (Port. GM/MS n. 148/2012), habilitados pelo Ministério da Saúde. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

MIGUEL PEREIRA

As portas de entrada para emergências psiquiátricas são o CAPS I em seus dias e horários de funcionamento e o Hospital Geral (Hospital Municipal Luiz Gonzaga), que possui 04 leitos (Port. GM/MS n. 148/2012), habilitados pelo Ministério da Saúde, dois dos quais consorciados com Paty do Alferes. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

PARACAMBI

As portas de entrada para emergências psiquiátricas são o CAPS II, CAPSad II, CAPSi em seus dias e horários de funcionamento e o Hospital Geral (Hospital Municipal Dr. Adalberto da Graça). Possui 12 leitos (Port. GM/MS n. 148/2012), habilitados pelo Ministério da Saúde. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

PARAÍBA DO SUL

As portas de entrada para emergências psiquiátricas são o CAPS I, o CAPSad II em seus dias e horários de funcionamento e o Hospital Geral (Hospital Nossa Senhora da Piedade). O município implantou 03 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (Port. GM/MS n. 148/2012), não habilitados pelo Ministério da Saúde, sendo sede de desenho regional, pactuado em 2019, em composição expandida para 10 leitos ao total, que servirão aos municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Sapucaia e Três Rios (obras de adequação em fase final). Município contemplado, para essa finalidade, pelo co-financiamento estadual (Resolução SES n. 1.911/2019, COFI-RAPS 2019), devendo pleitear recursos federais para incentivo e custeio do dispositivo.

PATY DO ALFERES

As portas de entrada para emergências psiquiátricas são o CAPS I em seus dias e horários de funcionamento e o Hospital Geral (Hospital Municipal Luiz Gonzaga). Possui 02 leitos (Port. GM/MS n. 148/2012), habilitados pelo Ministério da Saúde, consorciados com Miguel Pereira.

SAPUCAIA

As portas de entrada para emergências psiquiátricas são o CAPS I em seus dias e horários de funcionamento e o Pronto Socorro Municipal (Unidade Básica de Atendimento de Urgência de Sapucaia). Município inserido em desenho regional para uso dos Leitos de Referência em Saúde Mental (port. GM 148/2012), com sede em Paraíba do Sul (Hospital Nossa Senhora da Piedade), pactuados em 2019, em fase final de adequação do espaço físico.

TRÊS RIOS

As portas de entrada para emergências psiquiátricas são o CAPS II em seus dias e horários de funcionamento, o CAPSad III e a UPA. Município inserido em desenho regional para uso dos Leitos de Referência em Saúde Mental (port. GM 148/2012), com sede em Paraíba do Sul (Hospital Nossa Senhora da Piedade), pactuados em 2019, em fase final de adequação do espaço físico.

VASSOURAS

As portas de entrada para emergências psiquiátricas são o CAPS I em seus dias e horários de funcionamento e o Hospital Geral (Hospital Universitário de Vassouras). Possui 04 leitos (Port. GM/MS n. 148/2012), habilitados pelo Ministério da Saúde. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

REGIÃO MÉDIO-PARAÍBA

BARRA DO PIRAI

Quando o usuário em crise é levado ao CAPS I ou ao CAPSi o manejo acontece dentro desses dispositivos.

Nos casos em que o SAMU é acionado ele geralmente direciona para o setor de emergência do Hospital da Santa Casa (pacientes maiores de 16 anos), que possui 04 leitos de referência em saúde mental financiado pelo próprio município e co-financiado pelo estado. Ou para o setor de emergência do Hospital Pérola do Vale, no caso de pacientes iguais ou menores de 16 anos.

BARRA MANSA

As emergências em SM são encaminhadas ao Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do Hospital Geral Santa Casa de Barra Mansa que tem quatro (04) leitos habilitados pela Portaria GM 148/2012, número abaixo do proposto pela coordenação municipal de saúde mental (seriam 08 leitos) e insuficiente para a demanda municipal. Mas as equipes dos CAPS II, CAPS I e CAPS ad II acolhem as crises em seus dias e horários de funcionamento. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

ITATIAIA

O CapsI municipal acolhe as crises em seus dias e horários de funcionamento. As emergências em SM são também atendidas no Hospital Municipal de Itatiaia onde existem dois (02) leitos de Saúde Mental habilitados pela Portaria GM 148/2012. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

PINHEIRAL

As situações de crise em saúde mental são encaminhadas para o Pronto Socorro do Hospital Municipal Aurelino Gonçalves Barbosa que tem dois (02) leitos de Saúde Mental habilitados pela Portaria GM 148/2012. O Caps I acolhe as crises em seus dias e horários de funcionamento. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

PIRAÍ

O serviço de referência para emergência em saúde mental é o Pronto Socorro do Hospital Flávio Leal onde existem dois (02) leitos de Saúde Mental habilitados pela Portaria GM 148/2012. A equipe do Caps I municipal em seus dias e horários de funcionamento participa da avaliação e define a conduta a ser adotada. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

PORTO REAL

O manejo das crises ocorre no Caps I municipal em seus dias e horários de funcionamento. O Serviço Hospitalar de Referência funciona no Hospital Municipal São Francisco de Assis (HMSFA) onde funcionam dois leitos habilitados pela Portaria GM 148/2012. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

QUATIS

As emergências em SM são encaminhadas para o Hospital São Lucas onde tem dois (02) leitos de SM habilitados pela Portaria 148. O hospital aciona a equipe do CAPS I municipal em seus dias e horários de funcionamento para avaliação e conduta em conjunto.

RESENDE

A porta de entrada é o Hospital de Emergência (HE) ou a UPA municipal. O hospital aciona pelo telefone o plantão do CAPS específico (CAPSI, AD ou CAPS II Adulto) em finais de semana e feriados, das 8:00 às 19:00. Após avaliação da equipe, se for caso de internação, o paciente é levado ao Serviço de Referência

13/04/2020

SEVERJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento

Hospitalar (SHR) em saúde mental na Santa Casa de Misericórdia de Resende, que possui no total 10 leitos habilitados pela Portaria GM 148/2012 assim distribuídos: dois (2) leitos infantis, quatro (4) masculinos e quatro (4) femininos. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

O Caps II, Caps ADII e Capsi municipais realizam o acolhimento às crises durante seus dias e horários de funcionamento.

RIO CLARO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em seus mais diversos pontos de atenção tem sido acionada para situações de Atenção à Crise. O município de Rio Claro é de pequeno porte, contudo o 2º maior em extensão territorial, longínquos seus distritos. Sendo assim, os serviços de atenção primária em saúde (APS) são bastante procurados pela população, e estes acionam o CAPS I em seus dias e horários de funcionamento e/ou Hospital Geral (Hospital Nossa Senhora da Piedade, HMNSP) e SAMU dependendo da avaliação do caso.

O HMNSP constitui-se como a principal porta de entrada hospitalar do município, contando com dois leitos integrais de saúde mental e toda estrutura necessária para o atendimento à crise. Também contamos com dois serviços de pronto atendimento em distritos equidistantes do principal hospital (Serviço de Pronto Atendimento –SPA- de Lídice e Serviço 24h de Passa Três), com ambulâncias próprias, para proceder às remoções quando necessário. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

RIO DAS FLORES

O Município de Rio das Flores é de pequeno porte e não possui CAPS por não ter população mínima para esse dispositivo de acordo com portaria do Ministério da Saúde.

O fluxo de atenção à crise em SM tem como porta de entrada o Pronto Socorro do Hospital Geral Dr. Luiz Pinto, localizado no município de Rio das Flores. Em situações de crise o paciente fica no leito (01) de saúde mental dessa unidade, não habilitado pelo MS porém tendo recebido verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019). Mas se houver necessidade de internação psiquiátrica e esta ultrapassar os limites de atendimento do município o paciente é encaminhado a Valença que possui quatro (04) leitos habilitados pela Portaria GM 148/2012 que auxiliam nestes cuidados.

VALENÇA

O Caps II e o Caps ADII municipais acolhem às crises em saúde mental em seus dias e horários de atendimento. Nos casos de emergência em saúde mental geralmente o SAMU é acionado para encaminhar o usuário para o Hospital Escola de Valença e também para uma avaliação médica no Hospital José Fonseca da Santa Casa, que possui quatro (04) leitos de habilitados pela Portaria GM 148/2012. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

VOLTA REDONDA

A porta de entrada para atendimentos de urgência e emergência em Saúde Mental é o Serviço de Pronto Atendimento (SPA) – Aterrado (Serviço de Pronto Atendimento) contendo 16 (dezesseis) leitos para internação. Os leitos são distribuídos em: 04 (quatro) leitos femininos, 02 (dois) infância e adolescência, 09 (nove) leitos masculinos e 02 (dois) repouso. Desses 16 leitos apenas 05 são habilitados pela Portaria GM 148/2012 com custeio federal, sendo os outros onze (11) leitos custeados com verba do próprio município. Os Caps municipais (Caps II, Capsi e Caps ADII) avaliam a necessidade de internação nos leitos e acolhem as crises em seus dias e horários de funcionamento. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

REGIÃO METROPOLITANA I

BELFORD ROXO

13/04/2020

SEVERJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento

Os casos de crise psíquica são manejados no Caps II em seu horário de funcionamento. O Hospital Municipal de Belfort Roxo recebe pacientes de saúde mental, mas há resistência em acolhê-los por mais de 24 horas. Os leitos de referência na unidade ainda não estão em funcionamento, mas recebeu verba para tal no Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019). Nos casos de álcool e drogas, os pacientes são encaminhados para o CAPS AD II. Em casos de crise agudizada ou surto por uso abusivo de álcool e drogas o usuário é internado no hospital somente para estabilização.

DUQUE DE CAXIAS

O CAPS II Leslie Sanford Chavin e o Caps ADII acolhem pacientes em crise durante seu horário de funcionamento, e o CAPSi municipal atende às situações de crise da população infanto-juvenil.

Se o manejo da crise não obtiver êxito nesses dispositivos, os usuários são encaminhados para a emergência psiquiátrica do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo (com 12 leitos de referência habilitados pelo MS). Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

Nos finais de semana ou horário em que os CAPS encontram-se fechados, o acolhimento é diretamente na emergência do Hospital Municipal.

ITAGUAÍ

O Caps municipal acolhe os casos de crise psíquica em seus dias e horários de funcionamento. Mas quando o SAMU é acionado, geralmente conduz o usuário ao Hospital Geral do Município – Hospital Geral São Francisco Xavier (HMSFX), onde existem 2 leitos em funcionamento, sem habilitação pelo MS. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

JAPERI

As emergências psiquiátricas do município de Japeri estão sendo atendidas na Policlínica Itália Franco, localizada na Rua Doutor Peixoto s/n Japeri, e direcionados para continuidade ao tratamento no CAPS II.

A emergência 24 horas com leitos psiquiátricos do município de Nova Iguaçu, localizado em Austin acaba acolhendo alguns municípios de Japeri, onde os técnicos responsáveis do plantão acionam a equipe do CAPS de Japeri para dar ciência do usuário, que geralmente permanece na unidade de 24 a 72 horas, de acordo com a crise do paciente.

MAGÉ

Primeiramente a crise é acolhida no CAPS, porém se não houver êxito e vir a agudizar, é encaminhado ao Hospital Municipal de Magé (HMM), que é a porta de entrada para emergências em saúde mental no Município. O Município conta com 6 leitos habilitados pela Portaria GM 148/2012 no HMM, porém há necessidade de habilitar outros leitos que estão em funcionamento no setor devido à alta demanda. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

MESQUITA

O município não dispõe de emergência psiquiátrica, sendo essa uma das dificuldades encontradas para o fluxo de atenção à crise encontra-se o fato do município. O acolhimento das crises é basicamente nos dispositivos da RAPS: CAPS II, CAPSi, CAPS AD II, Estratégia de Saúde da Família e NASF.

Nas situações de crise, a porta de entrada nesses casos tem sido o CAPS, a SAMU e a UPA estadual.

NILÓPOLIS

Quando em crise, os usuários do CAPS II e do CAPS AD são avaliados na UPA e se necessário ficam internados até estabilizar o quadro, sendo acompanhados pela equipe do CAPS de referência.

NOVA IGUAÇU

13/04/2020

SEVERJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento

O município de Nova Iguaçu possui 8 leitos de Saúde Mental em uma Unidade mista em Austin. O CAPS III apresenta 5 leitos para acolhimento noturno, mas funcionam apenas 4. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019) para implantação de 10 leitos no Hospital Geral de Nova Iguaçu, supostamente em funcionamento.

Os casos de álcool e outras drogas são acolhidos também no Caps ADII em seus dias e horários de funcionamento.

QUEIMADOS

Não existe porta de entrada para crise psíquica em serviço de emergência em Queimados. Geralmente o paciente é conduzido pelo SAMU, e o suporte territorial é dado pelo CAPS tipo II. A UPA estadual acolhe às crises psíquicas de forma insuficiente (basicamente para sedação).

RIO DE JANEIRO

O município do Rio de Janeiro conta com 34 CAPS: 13 CAPS II (sendo um estadual); 6 CAPS III; 8 CAPSi (sendo um federal); 3 CAPS AD II (sendo um estadual) e 4 CAPS AD III.

Possui 24 leitos de urgência e emergência e 54 leitos de emergência em hospital geral, 369 leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

Os serviços para os quais são direcionados os atendimentos de urgência e emergência em saúde mental/psiquiatria são:

- Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ) – unidade estadual que tem limitação de funcionamento nos períodos noturnos, feriados e finais de semana;
- Instituto Philippe Pinel;
- Policlínica Rodolpho Rocco;
- CER Barra;
- CER Campo Grande (Hospital Municipal Rocha Faria);
- CER Santa Cruz

Para além do atendimento das emergências, o acesso aos leitos para acolhimento das crises psíquicas é feito através de sistema municipal de regulação de vagas. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

Assim, os CAPS III constituem a primeira linha de suporte de atenção à crise, seguidos pelos leitos em serviços hospitalares inseridos nos hospitais gerais, tendo os leitos nos hospitais psiquiátricos como retaguarda (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - Henrique Roxo e Roberto de Medeiros; Institutos Municipais de Assistência a Saúde - Juliano Moreira, Nise da Silveira e Philippe Pinel e o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil - IPUB/UFRJ).

SÃO JOÃO DE MERITI

O município conta com 5 leitos de observação em saúde mental 72 horas, que funciona no PAM Meriti (atualmente UPA), tendo inclusive recebido verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019). Entretanto, como essa unidade está em obra, os leitos para acolhimento das crises psíquicas estão direcionados à unidade Vila São João provisoriamente, assim como todas as outras especialidades. Vale ressaltar que esses leitos não são habilitados pelo MS, visto que o município não dispõe hospital geral municipal.

O dispositivo UPA Iris também recebe emergências de saúde mental, após avaliação da equipe clínica eles direcionam aos leitos de saúde mental. O prazo de permanência são 72 horas, porém alguns casos ultrapassam esse período (principalmente por questões sociais).

SEROPÉDICA

O município apresenta os seguintes serviços de saúde mental: CAPS II e CAPSi.

13/04/2020

SEI/ERJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento

mental faz o apoio, pois o município é de pequeno porte e não possui Caps implantado.

BOM JESUS DO ITABAPOANA

Possui 10 leitos ainda não habilitados pelo MS no Hospital São Vicente de Paula (Regionalizado com Italva, Cardoso Moreira, Itaperuna, Laje do Muriaé, São José do Ubá e Porciúncula). Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

CAMBUCI

Possui 2 leitos no Hospital Municipal Moacyr Gomes de Azevedo (com acompanhamento da equipe de saúde mental do município), não habilitados pelo MS. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

ITALVA E CARDOSO MOREIRA

Os dois são municípios de pequeno porte e possuem um Caps I consorciado, que dá suporte às situações de crise psíquica e quando necessário utilizam até 2 leitos no Pronto Atendimento do Posto de Urgência municipal.

ITAOCARA

Possui 2 leitos no Hospital Municipal de Itaocara (com suporte do CAPS I - habilitado / Portaria GM 148/2012). Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

ITAPERUNA

O acolhimento às crises psíquicas acontece nos leitos de psiquiatria no Pronto Atendimento municipal e nos 10 leitos consorciados do Hospital São Vicente de Paulo (em Bom Jesus do Itabapoana).

NATIVIDADE

Possui 2 leitos no Hospital Geral de Natividade (habilitados / Portaria 148), com suporte do Caps I. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

LAJE DO MURIAÉ

Possui 2 leitos para acolhimento à crise psíquica no Hospital Municipal Laje do Muriaé (não habilitados pelo MS).

MIRACEMA

Possui 2 leitos no Hospital Municipal de Miracema (não habilitados pelo MS), com suporte do CAPS I. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

PORCIÚNCULA

O atendimento às crises de saúde mental ocorre nos 2 leitos da Policlínica municipal com apoio do CAPS I.

SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA

Possui 4 leitos no Hospital Hélio Montezano de Oliveira (não habilitados pelo MS), com suporte do CAPS I. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

VARRE E SAI

Quando necessário o acolhimento às crises psíquicas ocorre nos 2 leitos no Hospital Geral de Natividade (habilitados / Portaria 148), com o qual o município é consorciado.

13/04/2020

SEI/ERJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento

REGIÃO NORTE**CAMPOS DOS GOYTACAZES**

O acolhimento às crises de saúde mental ocorre nos CAPS III, CAPS AD III, e no PU Psiquiátrico.

MACAÉ

Possui CAPS AD III, CAPS III, e o Pronto Socorro Parque Aeroporto para o acolhimento às crises.

CARAPEBUS

O acolhimento às crises ocorre no Pronto Atendimento Carlitos Gonçalves e no Caps I nos dias e horários de funcionamento.

CONCEIÇÃO DE MACABU

Possui 4 leitos no Hospital Municipal Ana Moreira (não habilitados pelo MS), com apoio do CAPS I. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

QUISSAMÃ

Possui 4 leitos no Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus (habilitados / Portaria 148). Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

SÃO FIDÉLIS

Possui 5 leitos no Hospital Municipal Armando Vidal (não habilitados pelo MS), com apoio do CAPS I. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

SÃO JOÃO DA BARRA

Possui 2 leitos no Hospital Santa Casa de Misericórdia de São João da Barra (acolhimento precário, dependendo de vagas disponíveis, com acompanhamento do CAPS I municipal).; não habilitados pelo MS. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA

Possui 4 leitos no Hospital Manoel Carola (não habilitados pelo MS), com apoio do CAPS I. Recebeu verba do Co-Financiamento estadual (Resolução SES 1911/2019).

REGIÃO SERRANA:**PETRÓPOLIS**

Possui 5 leitos de referência em saúde mental no Hospital Municipal Alcides Carneiro. (não habilitados pelo MS). Recebeu verba do co-financiamento estadual. A triagem para esses leitos acontece no CAPS AD III, nos 2 CAPS II, ou no CAPSi

NOVA FRIBURGO

O acolhimento às crises é feito no CAPS AD II, no CAPS II e no CAPSi, que quando necessário e encaminham para os 7 leitos de Saúde Mental no Hospital Municipal Raul Sertã, não habilitados pelo MS mas que recebeu verba do co-financiamento estadual.

TERESÓPOLIS

13/04/2020

SEVERJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento

O CAPS II e o CAPSi acolhem às crises em seus horários de funcionamento e encaminham para UPA quando necessário. Apesar do grade porte, o município não possui leitos de referência em serviços de saúde geral e o acolhimento às crises é precário.

BOM JARDIM

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS I e nos 2 leitos de referência em saúde mental no Hospital Dr. Celso Erthal (não habilitados pelo MS e sem co-financiamento estadual).

CANTAGALO

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS I e nos 4 leitos de referência em saúde mental Hospital de Cantagalo (habilitados pelo MS e com verba do co-financiamento estadual).

CORDEIRO

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS I e nos 3 leitos de referência em saúde mental no Hospital Municipal de Cordeiro (não habilitados pelo MS mas com verba do co-financiamento estadual).

CACHOEIRAS DE MACACU

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS I e nos 2 leitos de referência em saúde mental no Hospital Municipal Dr. Celso Martins (não habilitados pelo MS mas tendo recebido verba do co-financiamento estadual).

CARMO

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS I e nos 4 leitos de referência em saúde mental no Hospital Nossa Senhora do Carmo (habilitados pelo MS e com co-financiamento estadual).

DUAS BARRAS

O atendimento às crises é feito pelo CAPS I (ainda sem habilitação pelo MS) em seu horário e dias de funcionamento e nos 02 leitos de referência em saúde mental, no Hospital Santo Antônio, localizado na Av. Getúlio Vargas, 199 (não habilitado pelo MS e com verba do co-financiamento estadual).

GUAPIMIRIM

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS II e nos 4 leitos de referência em saúde mental no Hospital Municipal José Rabello de Mello (habilitados pelo MS e com co-financiamento estadual).

MACUCO

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS I e nos 2 leitos de referência em saúde mental em convenio com o Hospital de Cantagalo (não habilitados pelo MS e com co-financiamento estadual).

SANTA MARIA MADALENA

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS I em seus dias e horários de funcionamento. O município está em fase de implantação de 02 leitos de referência em saúde mental no Hospital Basileu Estrela (localizado na rua Barão de Macabu).

SÃO SEBASTIÃO DO ALTO

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS I e nos 2 leitos de referência em saúde mental no Hospital São Sebastião (não habilitados pelo MS e com verba de co-financiamento estadual).

SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO

13/04/2020

SEI/RJ - 3989508 - Despacho de Encaminhamento de Documento

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS I nos seus dias e horários de funcionamento. Quando necessário usam leito no hospital geral municipal por até 72 horas para o acolhimento às crises. Não aderiram ao co-financiamento estadual. **SUMIDOURO**

O acolhimento às crises psíquicas é realizado no CAPS I nos dias e horários de funcionamento e nos 2 leitos de referência em saúde mental no Hospital Municipal Dr. João Pereira Martins (não habilitados pelo MS mas tendo recebido verba de co-financiamento estadual).

TRAJANO DE MORAES

Não possuem Caps municipal, apenas um ambulatório de saúde mental. Possuem 02 leitos não habilitados pelo MS no Hospital Francisco Limongi, mas receberam verba do co-financiamento estadual.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para esclarecimento que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 31 de março de 2020



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Eduardo de Moraes Honorato, Agente Administrativo**, em 31/03/2020, às 10:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **3989508** e o código CRC **6CE864D4**.

Referência: Processo nº SEI-08/002/006799/2019

SEI nº 3989508

Rua México, 128, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-142
Telefone: - www.saude.rj.gov.br

ANEXO D – Parecer consubstanciado de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



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 tornam-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 hetero-cisnormativa 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 (LapClin-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)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.182.376

se-á 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; 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 privativos, 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, 296
 Bairro: Urca CEP: 22.290-240
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.182.376

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	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	31/01/2019		Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.182.376

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	frEvas.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, 296
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

16

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Código identificador: ____

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

Pesquisadores responsáveis: Prof. Luciane Souza Velasque 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 as 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 relembrar 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 e 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 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.com.

A participação desta pesquisa é totalmente voluntária. Você pode escolher não participar

17

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 social:

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

Profa. Dra. Luciane de Souza Velasque

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael