



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Dandara Costa Alcântara

**Travestilidade, transexualidade e interseccionalidade: o gênero, cor e  
classe como questões de saúde**

Rio de Janeiro

2022

Dandara Costa Alcântara

**Travestilidade, transexualidade e interseccionalidade: o gênero, cor e classe como questões de saúde**

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

Orientador: Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A347 Alcântara, Dandara Costa.  
Travestilidade, transexualidade e interseccionalidade: o gênero, cor e classe como questões de saúde / Dandara Costa Alcântara - 2022.  
132 f.

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

1. Interseccionalidade. 2. Pessoas transgênero. 3. Violência. 4. Discriminação. 5. Gênero e saúde. 6. Fatores raciais. 7. Autoavaliação. I. Rafael, Ricardo de Mattos Russo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Kárin Cardoso CRB/7 6287

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

---

Assinatura

---

Data

Dandara Costa Alcântara

**Travestilidade, transexualidade e interseccionalidade: o gênero, cor e classe como  
questões de saúde**

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

Aprovada em 20 de Maio de 2022.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael (Orientador)  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiane Maria Amorim Costa  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Virginia Maria De Azevedo Oliveira Knupp  
Universidade Federal do Estado Fluminense

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTOS

Agradecimento é um momento ímpar. Chegar ao fim de um ciclo tão especial e sonhado e lembrar todos os momentos e emoções e as pessoas especiais que participaram dessa jornada. Dificilmente conseguirei expressar em palavras o tamanho da minha gratidão por cada um. Cada palavra, cada gesto, cada sentimento.

Agradeço primeiramente á Deus, pai que me ergueu e me fortaleceu em todos os momentos de fraqueza; por ser fiel às suas promessas e por ser a fonte de toda sabedoria, coragem e fé que me trouxeram até aqui, me impulsionando a seguir em frente.

À minha amada mãe por ser minha principal fonte de inspiração de vida e força, por ser meu porto seguro e exemplo de mulher.

Aos meus amados familiares, principalmente á minha tia Simone, irmã Lara, pai Paulo e primo Vinicius, por todo amor e por todas as lutas diárias que passamos que me fizeram ser o que sou.

Aos meus amigos, por acreditarem em mim e por não pouparem esforços para me ajudar na caminhada, em especial á Ana Claudia e Tatiane que tanto torceram e me apoiaram.

Aos meus colegas mestrandos por dividirem momentos de angustia e felicidades.

Á minha equipe de enfermagem, aos meus pacientes e às participantes da pesquisa por me ajudarem no meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os colaboradores da PPGENF, em especial às secretarias, a Fabíola, as bibliotecárias e a Karin pela dedicação e profissionalismo.

A todos os queridos mestres que perpassaram pela minha formação, desta e de outras instituições por todo aprendizado e crescimento adquiridos, principalmente às professoras Cristiane Amorim, Virginia Knupp, Mercedes Neto, Sonia Acioli, Ana Clara Duran por toda paciência e dedicação.

Ao meu orientador Ricardo Mattos, tão generoso, brilhante e ao mesmo tempo humilde. A todo momento acreditou, me impulsionou e se dedicou como poucos fariam. Gratidão eterna pela paciência e ensinamentos.

Realizar um sonho e lindo e edificante, agradecer á todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento desta pesquisa, as pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha

formação acadêmica enriquecendo o meu processo de aprendizado é pouco. Mas fica aqui registrado todo meu carinho e gratidão!

## RESUMO

ALCÂNTARA, Dandara Costa. **Travestilidade, transexualidade e interseccionalidade: o gênero, cor e classe como questões de saúde.** 2022. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Objetivo analisar os efeitos da intersecção das discriminações (por cor/etnia, classe e gênero) sobre a autoavaliação de saúde e estimar a prevalência e a tipificação das discriminações vividas por travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro. Método: estudo transversal da análise de um estudo observacional intitulado “EVAS: Estudo Sobre Violências E Autoavaliação De Saúde De Travestis E Mulheres Transexuais Do Rio De Janeiro”. Os dados foram coletados por meio de entrevistas face a face com 139 mulheres que se identificaram como travestis, transgênero ou transexual em um formulário estruturado e multidimensional com respostas em múltiplas opções, durante julho de 2019 á agosto de 2020, sendo interrompida por conta da pandemia da COVID19. Foram realizados os testes de hipótese Chi-quadrado e modelo de regressão logística. Resultados demonstram a prevalência da autoavaliação de saúde positiva (73,19%), onde 26,81% a consideraram ruim ou regular. A prevalência de se sentir saudável foi de 84,89% (IC95% = 1.47-10.06; p: 0.006) onde aproximadamente 52% das entrevistadas alegou ter melhor saúde ao compara-la com a de outras pessoas da mesma idade (IC95% = 3.08 – 48.20; p<0,05), apenas 8,76% afirmou ter pior saúde se comparada. Conclusão: A prevalência global de autoavaliação da saúde boa, muito boa e excelente foi prevalente, estando muito próxima a da população geral brasileira, onde observamos que este achado se estende a populações transexuais também de outros territórios e países. Se mostra necessário inclusão da diversidade de gênero em censos assim como a necessidade de mais pesquisas de cunho epidemiológico acerca desta população.

Palavras-chave: Interseccionalidade. Pessoa transgênero. Violência. Discriminação. Gênero.

Raça. Classe Social. Autoavaliação

## ABSTRACT

ALCÂNTARA, Dandara Costa. **Transvestility, transsexuality and intersectionality: gender, color and class as health issues.** 2022. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

**Objective:** to analyze the effects of the intersection of discrimination (by race/ethnicity, class and gender) on self-rated health and estimate the prevalence and typification of discrimination experienced by transvestites and transgender women in Rio de Janeiro. **Method:** cross-sectional study of the analysis of an observational study entitled “EVAS: Study on Violence and Health Self-Assessment of Transvestites and Transsexual Women in Rio De Janeiro”. Data were collected through face-to-face interviews with 139 women who identified themselves as transvestites, transgender or transsexual in a structured and multidimensional form with responses in multiple options, during July 2019 to August 2020, being interrupted due to COVID19 pandemic. The Chi-square hypothesis and logistic regression model tests were performed. Results demonstrate the prevalence of positive self-rated health (73.19%), where 26.81% considered it poor or fair. The prevalence of feeling healthy was 84.89% (95%CI=1.47-10.06; p: 0.006) where approximately 52% of the interviewees claimed to have better health when comparing them with other people of the same age (95%CI= 3.08 – 48.20; p<0.05), only 8.76% said they had worse health compared. **Conclusion:** The global prevalence of good, very good and excellent self-rated health was prevalent, being very close to the general Brazilian population, where we observed that this finding extends to transsexual populations also from other territories and countries. It is necessary to include gender diversity in censuses as well as the need for more epidemiological research on this population.

**Keywords:** Intersectionality. Transgender Person. Violence. Discrimination. Gender.

Race. Social Class. Self-Assessment.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1--	Estratégia de busca utilizada na revisão.....	43
Figura 1-	Fluxograma com a descrição das etapas de obtenção dos artigos revisados ....	45
Quadro 2-	Caracterização dos artigos recuperados .....	46
Figura 2-	Dendograma da CHD acerca revisão integrativa .....	50
Figura 3-	Análise de similitude acerca da revisão integrativa .....	51

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Variáveis sociodemográficas utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis....	63
Tabela 2-	Variáveis de violências utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis.....	64
Tabela 3-	Variáveis de traumas na infância utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis....	66
Tabela 4-	Variáveis de Ideação suicida, tentativa de suicídio e automutilação utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis .....	69
Tabela 5-	Associação bivariada da caracterização sociodemográfica da amostra.....	71
Tabela 6-	Associação bivariada da caracterização da avaliação de saúde da amostra.....	73
Tabela 7-	Caracterização da discriminação da amostra.....	74
Tabela 8-	Caracterização multivariada da amostra.....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHD	Classificação Hierárquica Descendente
EVAS	Estudo Sobre Violências E Autoavaliação De Saúde De Travestis E Mulheres Transexuais Do Rio De Janeiro
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBTQI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, + engloba todas as outras letras da sigla LGBTT2QQIAAP
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RDS	Respondent Driven Sampling
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	12
1	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
1.1	<b>A episteme do gênero enquanto categoria de análise</b> .....	18
1.1.1	<u>Identidades de gênero</u> .....	18
1.1.2	<u>Relações entre gênero e sexualidade</u> .....	21
1.2	<b>A negritude e a estruturação da sociedade brasileira</b> .....	23
1.2.1	<u>A negritude e o colorismo na estruturação da sociedade brasileira</u> .....	23
1.2.2	<u>Além dos aspectos teóricos</u> .....	26
1.3	<b>Interseccionalidade como evento disparador da violência</b> .....	31
1.3.1	<u>Discriminação como evento violento e naturalizado: etnocentrismo</u> .....	35
1.3.2	<u>Banheiros, injustiças e discriminações: elementos “normalizados”, mas que medeiam a qualidade de vida</u> .....	39
1.4	<b>O estado da arte sobre a produção de conhecimento das relações entre cor, classe e gênero no processo discriminatório</b> .....	41
1.4.1	<u>Método Revisão Integrativa</u> .....	42
1.4.2	<u>Crterios de Elegibilidade Revisão Integrativa</u> .....	44
1.4.3	<u>Resultados da Revisão Integrativa</u> .....	44
1.4.4	<u>Análise de dados da Revisão Integrativa</u> .....	50
1.4.5	<u>Análise Lexográfica da Revisão Integrativa</u> .....	50
1.4.6	<u>Discussão da Revisão Integrativa</u> .....	51
1.4.6.1	Categoria 1: Interseccionalidade como multiplicador de opressões: Tipificação da discriminação e a marginalização da população .....	51
1.4.6.2	Categoria 2:Dificuldade de acesso ao cuidado e a precarização da saúde .....	54

1.4.6.3	Categoria 3: Necessidade de Políticas Públicas Específicas e o enfrentamento da InJustiça .....	56
1.4.7	<u>Conclusão da Revisão Integrativa</u> .....	57
2	<b>METODOLOGIA</b> .....	58
2.1	Desenho do estudo.....	58
2.2	Cenário .....	58
2.3	População do estudo .....	59
2.4	Procedimento de coleta de dados .....	60
2.5	Instrumentos e variáveis do estudo .....	60
2.5.1	<u>Desfecho</u> .....	61
2.5.2	<u>Exposição de Interesse</u> .....	61
2.5.3	<u>Covariáveis</u> .....	62
2.6	Análise dos dados .....	69
2.7	Aspectos éticos .....	70
3	<b>RESULTADOS</b> .....	71
4	<b>DISCUSSÃO</b> .....	78
4.1	<b>Limitações do Estudo</b> .....	86
4.2	<b>Contribuições para a Enfermagem</b> .....	87
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	88
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	90
	<b>GLOSSÁRIO</b> .....	103
	<b>ANEXO A-</b> Instrumento de coleta de dados .....	107
	<b>ANEXO B-</b> Parecer consubstanciado de aprovação no Comitê de Ética .....	127
	<b>ANEXO C-</b> Termo de consentimento livre e esclarecido.....	131

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A discriminação, em suas diversas formas, sempre esteve presente na sociedade brasileira; e mesmo com o avançar da civilização, das tecnologias, da comunicação e do conhecimento, ainda se encontram arraigados na cultura tal prática, permeando não somente os indivíduos na sociedade, mas também o Estado, que muitas vezes exerce o biopoder sobre as minorias validando e violando direitos.

A Constituição Federal em seu 5º artigo garante a igualdade sem distinção de qualquer natureza entre os cidadãos, desta forma, a discriminação gera um grande impacto não somente nas questões referentes á respeito e dignidade humana, mas também aos direitos e as garantias individuais de cada cidadão, ferindo assim o Estado Democrático. (BRASIL, 1988.)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) a discriminação se enquadra como violência no cunho do abuso emocional, podendo causar grandes danos psicológicos aos afetados. Mesmo que por muitas vezes motivado pelo preconceito, a discriminação se diferencia por depender de uma conduta ou ato de ação ou omissão que resulta em violação dos direitos com base na raça, sexo, idade, estado civil, deficiência física ou mental, opção religiosa e outros, sendo ela mais abrangente podendo ser cometida não apenas por um indivíduo, mas também por instituições. (KRUG EG et al, 2002, p.127; ROMANELLI, BOECHAT, 2018 p.60)

Ao analisarmos os indivíduos e a sociedade no viés da discriminação, percebemos que muitas vezes eles permeiam as dimensões de raça, classe e gênero, onde um só indivíduo pode ser previamente julgado sobrepondo estes fatores, criando assim múltiplos níveis de injustiça social. Tal enquadramento deu luz ao termo interseccionalidade; mais amplamente disseminado na segunda metade dos anos 2000, ele foi utilizado pela primeira vez no texto da jurista afro-americana Kimberlé W. Crenshaw em 1989, se apoiando nas ideias do movimento *Black Feminism* datado do final dos anos de 1970; com o objetivo de designar as relações de poder entre raça, sexo e classe que excluía as mulheres negras do feminismo, protagonizando a mulher branca.(CRENSHAW, 2002. p.171; MORAES E SILVA, 2017 p.58)

As categorias mutuamente excludentes criam desigualdades nas mais diversas vertentes, além de dificultar a criação de estratégias de enfrentamento por esta população em específico. Pois homens não vivenciam o racismo da mesma forma que as mulheres, assim como mulheres

não negras não vivenciam o sexismo da mesma maneira que mulheres negras, assim como as mulheres cis negras vivem menos preconceito que as mulheres trans e negras, criando assim um efeito multiplicador de desigualdades e disparidades que ditam muito sobre a vida destes indivíduos triplamente discriminados. (CRENSHAW, 2002. p.171; HIRATA, 2014 p.61; MORAES E SILVA, 2017 p.58)

Apesar da legislação contrariar o racismo, ele ainda persiste, onde tais comportamentos racistas perduram ditando a desigualdade entre os indivíduos. Trazemos em nossa história o legado da escravidão, sendo o Brasil extremamente desigual racial e socialmente. Mesmo os negros representando apenas 9,3% da população brasileira, de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018, continuamos a ver o processo de aprofundamento da desigualdade racial nos indicadores de violência letal no Brasil. (IBGE, 2019; IPEA, 2019 p.49; SAFAZZONI, 2015 p 39)

Em 2017, 75,5% das vítimas de homicídios foram indivíduos negros, ao passo que a taxa de homicídios de não negros foi de 16,0%. Houve uma piora na desigualdade de letalidade racial no Brasil no período de uma década (2007 a 2017), a taxa de letalidade de negros cresceu 33,1% ao passo que a de não negros apresentou um crescimento de apenas 3,3%. O racismo é um processo social, histórico e político que está intimamente ligado á constituição da sociedade de classes, onde a divisão dos grupos na sociedade em torno da classe possui o racismo como condutor imperativo. Em 2018, com uma grande disparidade de violência experimentada por negros e não negros. Entre 2008 e 2018, as taxas de homicídio apresentaram um aumento de 11,5% para os negros, enquanto para os não negros houve uma diminuição de 12,9%. O mesmo processo foi identificado entre os homicídios femininos: a redução ocorrida entre 2017 e 2018 se concentrou mais fortemente entre as mulheres não negras. (ALMEIDA, 2018, p. 30; IPEA, 2019 p.49).

As diferenças entre as pessoas em termos de recursos financeiros moldam as oportunidades e as formas como as pessoas se portam e se tratam. Os recursos materiais moldam os recursos sociais e as oportunidades, onde se experimenta privilégios ou desvantagens e se apoiam sob os conceitos de trabalho, consumo e identidade. (LIMA, 2016)

A discriminação em relação á gênero pode acontecer á todas as mulheres, pelo simples fato de serem mulheres. Em nossa sociedade, que além de ser racista é sexista, foi necessário o surgimento do feminismo negro para trazer a tona tais diferenças Por muito tempo o feminismo foi eurocentrado nas ideias das sulfragistas, porém as mulheres não são todas iguais. O peso da

discriminação varia bastante visto que há diferenças em suas identidades sociais, onde a sobreposição de vulnerabilidades excludentes afeta desproporcionalmente apenas algumas mulheres, principalmente se forem acrescidos outros marcadores de gênero como orientação sexual e identidade de gênero. A exemplo o nascimento do Radfem, radicalismo feminista que acredita que a origem do patriarcado e do machismo são baseados no fator biológico, onde mulheres trans não possuem uma identidade verdadeira e os homens trans são associados a mulheres que não aceitaram seu papel como oprimidas e transformaram-se nas opressoras, se tornando assim um movimento transfóbico. (ASSIS, 2019 p 15; CARAVACA-MORERA, 2016, p 65; CRENSHAW, 2002, p.177)

A transexualidade e a travestilidade contradizem e desafiam as convenções sociais pautadas em ideais heterocispartriarcalistas. São concepções complexas pois envolvem questões referentes ao corpo, identidade, auto percepção, imagem, sexualidade e gênero. As categorias transexual e travesti implicam a identificação com o gênero oposto ao que lhe foi conferido socialmente ao nascer, sendo ainda possível transitar entre os gêneros feminino e masculino, negando o binarismo, sendo considerado patológico por décadas. A expressão corporal do gênero, identificado através de sua transformação, tem questionado as teorias que veem o gênero como unicamente atrelado ao binário, carregadas por normas e valores, sendo estas assim vistas e tratadas não apenas como diferentes, mas também como erradas e controversas. (BUTLER, 2010).

A interação entre estes diversos eixos de subordinação traz consequências. O racismo, a opressão de classe, o heterocispartriarcalismo, o falocentrismo e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas, onde a população de mulheres transexuais e travestis - aqui compreendidas pelo termo “mulheres trans” - sofre com a somatização de diversos preconceitos sociais, que segue estigmatizando e categorizando as pessoas transexuais. Tais situações discriminatórias são historicamente conhecidas, mesmo assim elas ainda se perpetuam e se revestem de novos artifícios com traços excludentes. (CARAVACA-MORERA, 2016, p 65; HERZOG, 2019 p.273; SANCHES et al, 2018 p. 39)

Neste contexto, avaliar a longevidade das mulheres trans não significa necessariamente atrelar a uma vida saudável, o que mostra que indicadores de mortalidade são insuficientes para caracterizar adequadamente o estado de saúde desta e de outras populações. A percepção individual do estado de saúde vem ganhando destaque pesquisas de saúde sendo amplamente utilizada para descrever o estado de saúde de uma população pela possibilidade de ser usada em

grandes inquéritos populacionais por ser uma medida de saúde válida, simples e confiável, com forte predição de morbidade, mortalidade e de utilização de serviços de saúde. Diversos estudos têm mostrado que a percepção ruim de saúde é um preditor importante da menor sobrevivência podendo ocorrer mesmo na ausência de diagnóstico de alguma doença, onde o nível de bem-estar de um indivíduo pode influenciar a sua qualidade de vida. Por isto a importância de se questionar sobre a autoavaliação de saúde das mulheres trans, visto que estas perpassam por diversos marcadores, diferentemente de outras populações menos marginalizadas. (LIMA-COSTA, CESAR CC, CHOR, PROIETTI et al 2012; MCFADDEN et al, 2008; MEIRELES et al, 2015; SZWARCOWALD et al, 2015)

Deste modo, tem-se como pergunta de estudo: quais são e como se estabelecem as relações cor/etnia, classe e gênero no processo de discriminação experimentado por travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro e como o processo de discriminação afeta a percepção de saúde desta população?

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

Analisar as relações entre a interseccionalidade das discriminações (por cor/etnia, classe e gênero) e a autoavaliação de saúde de travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar a prevalência e a tipificação das discriminações vividas por travestis e mulheres transexuais e suas relações.

Analisar os efeitos da discriminação (por cor/etnia, classe e gênero) sobre a autoavaliação de saúde de travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro

## JUSTIFICATIVA

Ao analisarmos a violência e suas conformações de prática, percebemos a discriminação de gênero, de classe, a homofobia e o racismo epistêmico estão evidenciados na maioria das formas de violência.

Neste íterim, podemos observar um crescente agravamento das violências e seu grau de crueldade contra a população de travestis e mulheres transexuais. Elas são discriminadas, negadas, violentadas e mortas perante a sociedade e tais experiências são obscurecidas pela marginalização e estigmatização perpetrada há tempos. Tal fato se reflete em suas baixíssimas expectativas de vida, chegando á cair mais que a metade em relação ás mulheres cisgênero.

O impacto da discriminação cruzada pode ser visto sob várias formas e em diversos locais, porém a somatória de fatores potencialmente discriminatórios tais como classe, cor, orientação sexual e de gênero, segrega esta população as tornando invisíveis perante a sociedade feita para “cidadãos adequados”.

Esta invisibilidade social ecoa no que tange a produção de dados e estatísticos oficiais. A saber que o IBGE não faz qualquer pergunta em seus censos sobre a orientação sexual, assim como nos registros de violência policial e nas declarações de óbito, desta forma, se criam barreiras nas pesquisas impossibilitando qualquer cálculo sobre mortalidade e agravos, como os tipos e abrangência de violências sofridas por este grupo. (ANTRA, 2019; IPEA, 2019 p.49)

A violência é um problema de saúde pública, desta forma, acender um debate sobre a discriminação cruzada não visa contribuir somente com a área da saúde coletiva, onde seu enfrentamento dentro das vertentes de proteção, promoção e recuperação são garantidas pela constituição; mas também implica em diversas outras vertentes nas áreas de antropologia, sociologia, bioética, direito e psicologia.

Este estudo pretende contribuir com discussão acerca da atual vulnerabilidade da população de travestis e mulheres transexuais, almejando que os resultados tragam subsídios para fomentar a oferta de cuidados a população em seus aspectos biopsicosocioculturais, desconstruindo a mulher universal e construindo espaços de cuidados específicos.

No que concerne ao ensino e a prática em saúde, esta investigação ajudará a trazer subsídios para o cuidado à esta população acendendo um debate sobre a discriminação cruzada. Além de trazer reflexões acerca da interseccionalidade no campo de epidemiologia, buscando proporcionar a aplicabilidade de intervenções que auxiliem no melhor enfrentamento das violências sofridas e das consequências desta.

Nas bases de dados não existem trabalhos acadêmicos brasileiros de cunho epidemiológico sobre este grupo com vistas interseccionalidade até o início desta dissertação.

Tal dado mostra a necessidade de suprir a grande lacuna que se tem referentes á pesquisas direcionadas á população transexual, o que irá contribuir para traçar diagnósticos para produzir políticas públicas que venham a mitigar ás violências sofridas por esta população.

Espera-se que os resultados da investigação contribuam para agregar conhecimentos sobre a resultância que a somativa de vulnerabilidades trazem é estas mulheres e que traga subsídios para fomentar discussões acerca da temática para além dos bancos acadêmicos. Destarte, possa também se comunicar para com toda sociedade, garantindo assim espaços para que este grupo, que antes nunca tiveram oportunidade de falar, sejam ouvidos e vistos como seres humanos, merecedores de dignidade e respeito. Esta é uma das maiores aspirações pessoais da perspectiva.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 A episteme do gênero enquanto categoria de análise

#### 1.1.1 Identities de gênero

Surpreendente como os corpos sempre são categorizados. Somos rotulados, precificados e julgados ordinariamente seguindo preceitos doutrinados. Com esta premissa, os convido a analisar o fenômeno da gênese da construção de gênero.

Antes mesmo de nascermos, somos separados e definidos em masculino e feminino, e a partir deste momento vivenciamos a construção do ser baseado em seu gênero. Basicamente binário aos olhos da sociedade, o gênero não é uma definição puramente biológica. O gênero é culturalmente construído, não sendo este fixo ao sexo dos corpos. O gênero é explicado por Butler (2018) como a união de significados culturais assumidos, não sendo possível significar as pessoas na linguagem sem a marca do gênero. O gênero não apenas designa a pessoa, mas também a qualifica. O supracitado autor fez a seguinte pergunta:

Sendo o gênero não baseado no sexo, de fato o que o sexo reflete? Este reflete a anatomia, os genes ou os hormônios?

Se a resposta fosse simples teríamos tais questões como afirmativas: No momento em que um “masculino” ingere hormônios antagônicos na busca por feminilização dos traços este se torna “feminino”? Ou na procura por hipertrofia muscular estética, ao ingerirem hormônios anabólicos mulheres se tornariam homens? Se baseando na anatomia, meninos com ginecomastia passariam a ser meninas? E homens que fizeram penectomia, um dos tratamentos para cancro avançado de pênis, seriam mulheres? Uma informação genética é capaz de definir como um indivíduo deve se comportar, qual tipo e cor de roupa devem usar ou seu comportamento social? Tais dinâmicas são simplórias e não refletem a realidade.

Ao explicar as opções binárias sugeridas em nossa cultura, vemos que elas poderiam ser uma construção de discurso científico ou político cultural. Onde até mesmo o sexo também pode

ser visto como uma construção do discurso cultural. Corroborando com este paradoxo, Connel refere que a corporificação é entendida como processo de absorção corporal das normas e práticas sociais sobre o corpo e seu uso. (BUTLER, 2018 p.26; CONNEL, 2016 p12)

Desta forma percebemos que o gênero é uma construção performática da cultura da sociedade, sendo um conjunto de atributos impostos e reproduzido pelas práticas mais aceitas e coerentes com determinado sexo. Os indivíduos são designados desde a fecundação, assim tomam aquela identidade constituinte para si. Nesse sentido, o gênero é sempre construído, ainda que não pelo próprio sujeito. Seguindo esta ideia, podemos considerar a relevância da afirmação de Nietzsche “não há ‘ser’ por trás do fazer, do realizar e do tornar-se; o ‘fazedor’ é uma mera ficção acrescentada à obra — a obra é tudo”. Complementando esta ideia, Butler afirma que “não há identidade de gênero por trás das expressões do gênero; essa identidade é performaticamente constituída, pelas próprias “expressões” tidas como seus resultados.” (BUTLER, 2018 p. 48; NIETZSCHE, 1998)

No desafio de repensar as categorias do gênero, inferimos que este é a incorporação de um conjunto de atos repetidos nas rotinas, a reprodução do que é aceito socialmente, onde atos regulados são rígidos para aparentar uma classe natural de ser. O sexo não é verdade interior da identidade, é uma significação performática. Porém a padronização binária do sexo e do gênero formam estruturas reguladoras que fortalecem regimes de opressão masculina e heterossexista. (BUTLER, 2018 p.40; CONNEL, 2016 p.13)

Como evidenciou o trabalho pioneiro da brasileira Heleieth Saffioti, onde a autora mostra que a análise de gênero lida com estruturas de grande escala. Claramente influenciada por Marx, ela traz que o capitalismo subdesenvolvido de nosso país visa a mulher como uma prova da distância entre a aparência e a essência na relação de dominação. (SAFFIOTI, 1976)

Saffioti (1976) e Beauvoir (1967 P.20) ainda atribuem a Freud um discurso que inferioriza as mulheres, onde o mesmo traz conceitos rígidos para definir a sexualidade feminina a partir do estudo da sexualidade do homem. Freud teria negado o libido próprio da mulher e o referenciado a soberania do pai que levaria à inveja do pênis. Inclusive para Saffioti, a violência de gênero é uma forma específica de violência que atua no propósito da preservação da organização social de gênero que se fundamenta na hierarquia, nas desigualdades sociais e sexuais.

Porem na visão de Foucault o corpo é determinado num discurso de ideia de sexo natural ou essencial, onde só se ganha significado no contexto das relações de poder. Historicamente a sexualidade reflete as relações de poder, sendo mascarado por um conceito artificial. Até o século XVIII, pela visão científica, a mulher era compreendida como um homem invertido e inferior, onde o homem era o sexo dominante e sua anatomia seria capaz de realizar todas as potencialidades. Esta estrutura de dominação se iniciou no Brasil colonial, onde se perpetua até nossos dias no nível econômico neoliberal e epistêmico, particularmente nos discursos sobre gênero e / ou sexualidade. (CARAVACA-MORERA & PADILHA, 2018; CONNEL, 2016 p.13; LAQUEUR, 2001, p.45; FOUCAULT, 1988 p.29)

Hoje o conceito de masculinidade representa, mesmo que inconscientemente, um modo de viver e pensar que se difunde como elemento de controle. Desde a infância os homens são controladores, e estes padrões de masculinidades se dão por meio de um processo histórico com dimensões globais, atravessados pela classe, raça, diferenças nacionais, regionais e geracionais. Tais comportamentos se fundamentalizam simploriamente e cabalmente em suas genitálias. (BUTLER, 2018; CARAVACA-MORERA & PADILHA, 2018; CONNEL, 2016 p.94)

Desde a infância crianças são instruídas a cumprir seus papéis sociais pré doutrinados. Meninas são instruídas a brincar de boneca e meninos de briguinha. Há um preparo da criança ao desfecho de dona de casa, mãe e esposa, onde há uma lei simbólica que perpetua a maternidade nas meninas, com sua participação exclusivamente nas tarefas domésticas. Espelho disso é que sem qualquer tipo de preparação formal, são responsabilizadas – e se responsabilizam – pela execução cotidiana e permanente de atividades como cozinhar, lavar e passar roupas, limpar a casa e cuidar de crianças, idosos e doentes. (CONNEL, 2016 p.94, FONTE, 2017 p.12; IPEA, 2019 p. 1)

Tradicionalmente nossa formação é marcada por diversas proibições, de todos os lados. Somos embargados se falamos de determinado jeito, se nos portarmos de tal jeito, que nos vestimos e sentamos de outro jeito. O menino não pode chorar, não pode ser sensível, não pode conversar sobre seus sentimentos, não pode buscar por ajuda, não pode mostrar fragilidade, podendo apenas competir e transpor rancor e violência. Como esse fato irá se manifestar em sua vida adulta? O mito da virilidade se tornará o homem violentado. De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2019 há uma super representação masculina dentre os agressores, onde 85,5% dos casos de estupro foi praticado por pessoas do sexo masculino.

### 1.1.2 Relações entre gênero e sexualidades

O patriarcado ainda é penetrante na sociedade, assim a noção de gênero deve ser reformulada, deve se repensar essa assimetria de gêneros. De acordo com Connel as instituições ainda hoje segregam e juntavam os homens. Locais estes onde ainda controlam coletivamente os instrumentos de coerção e os meios de violência. Regimes de gênero por meio do Estado, divisões de trabalho entre servidores públicos e sobre a cultura organizacional. (CONNEL, 2016 p.94)

A América Latina perpetua de alguma forma o legado das forças coloniais e patriarcais que silenciaram outras etnias, outros modelos sociais e outras possibilidades de viver o corpo, gênero e / ou sexualidade. Surgindo assim uma sociedade baseada em uma estrutura social discriminatória, que leva á práticas pré-determinadas. Seguindo este conceito, homens só idolatram outros homens, marginalizando a mulher a um simples posto de reprodução. Mulher não é um símbolo de idolatria, respeito e conquista. E assim surge a heterossexualidade predatória. (CONNEL, 2016 p.13)

Quando voltamos nossos olhos para a sexualidade, vemos que as articulações (cis) normativas converteu-se em uma justificativa natural dos diferentes comportamentos e relações sociais entre os homens e mulheres. Lévi-Strauss mostra que a distinção sexo/gênero, onde o fato de haver um feminino natural ou biológico tornou a mulher um ser socialmente subordinado, “com a consequência de que o “sexo” está para a natureza ou a “matéria-prima” assim como o gênero está para a cultura ou o “fabricado”. As diferenças sexuais biológicas converteram-se na explicação dos diferentes papéis sociais de mulheres e homens. O feminino é significação da falta, sendo repudiado e excluído do sistema. No oriente a opressão de gênero é explicada como sintomática de um barbarismo intrínseco e não ocidental. (BUTLER, 2018 p.; CONNEL, 2016 p.13)

Podemos perceber que a sexualidade e o poder são coexistivos, pois o sistema de heterossexualidade compulsória é uma forma de opressão de gênero. Ele restringe a identidade, pois a sexualidade genitalmente organizada subjetiva a mulher, a marcando pela função reprodutiva. Este regime de sexualidade, que busca regular a experiência sexual conclui que a

pessoa é um gênero. A heterossexualização do desejo requer e institui a produção de oposições discriminadas e assimétricas entre “feminino” e “masculino”, macho e fêmea. (BUTLER, 2018 p.; CONNEL, 2016 p.13)

Enquanto Freud defende a superioridade da sexualidade genital, paradigma naturalista que estabelece uma continuidade causal entre sexo, gênero e desejo, para Foucault, se impõe uma relação binária artificial entre os sexos, bem como uma coerência interna artificial em cada termo desse sistema binário. (BUTLER, 2018 p.70; CONNEL, 2016 p.13; FOUCAULT, 1988 p.29)

Nesta premissa surge assim, segundo Butler, os gêneros “inteligíveis”. Aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo, pois a identidade (de gênero) pode ser vista como característica descritiva da experiência. A heterossexualidade institucional vê o gênero “incoerente” ou “descontínuo” como os que não se conformam às normas de gênero da inteligibilidade cultural pelas quais as pessoas são definidas. O gay é para o hétero não uma cópia, mas sim, uma cópia da cópia. Segundo Lacan, esta seria uma sexualidade excluída, ela contesta as pretensões autorreferentes do sujeito, bem como suas afirmações de conhecer a fonte e o objeto de seu desejo. Foucault ainda reforça que todos os comportamentos sexuais antagonistas passaram a ser estudados pois se apresentavam diante da sociedade como uma ameaça aos costumes morais. (BUTLER, 2018 p.88; FOUCAULT, 1988 p.41)

Assim, vão se fortalecendo as ideias de misoginia, transfobia, discriminação, machismo, violência baseada no gênero e a falocracia, que continuam vigentes em nossa sociedade.

O suposto caráter patológico da orientação homossexual só deixou de ser considerado um distúrbio em 1985 pelo Conselho Federal de Medicina e em 1990 pela Organização Mundial da Saúde com a retirada de uso do CID 302.0 e em apenas junho deste 2019, a transexualidade não está mais na lista de doenças da OMS, onde a transexualidade passa a integrar como “incongruência de gênero” a categoria denominada “condições relativas à saúde sexual”. Reafirmando isto, a Resolução 1/1999 do Conselho Federal de Psicologia passou a considerar antiéticas as chamadas ‘terapias de reversão do homossexualismo’. A nova Constituição brasileira de 1988 não incluiu orientação sexual entre os atributos pessoais que não poderiam motivar atos discriminatórios, assim, apenas em 2019 o STF equipararia legalmente a discriminação baseada em orientação sexual e identidade de gênero ao crime de racismo, onde

podemos perceber o descaso com que estes indivíduos são tratados. (BRASIL,1988; CARRARA, 2019 p.450; OMS, 2019)

## 1.2 A negritude e a estruturação da sociedade brasileira

### 1.2.1 A negritude e o colorismo na estruturação da sociedade brasileira

O racismo na atualidade se baseia principalmente na ideia de que as desigualdades entre os seres humanos estariam fundadas nas diferenças biológicas. O nariz, os cabelos, o tom de pele e os lábios seriam os primeiros traços a serem notados nos indivíduos, enfim, o fenótipo seria a primeira e mais predominante impressão causada.

As desigualdades são impostas pelos costumes europeus, originários do desequilíbrio social, constituído a partir da exploração econômica e racial, que sempre se valeu do preconceito para difundir a discriminação como cultura, o que se reflete até hoje em nossa sociedade. (ROMANELLI, BOECHAT, 2018 p.60; SAFAZZONI, 2015 p 39)

Para entendermos os efeitos das hierarquias raciais de inferioridade versus superioridade branca, devemos olhar no contexto histórico do Brasil.

Com a abolição, a política de imigração para a mão-de-obra assalariada não inclui a população negra, o que gerou a institucionalização da desigualdade racial na estrutura política de vários países. O legislativo naturalizou em diversos países políticas segregacionistas, estimulando a criação de comunidades precárias e o genocídio da população negra, algo que se reflete ainda hoje. Ocorreram cerca de 10 mil assassinatos, entre os anos 1865 e 1895 gerados pelo racismo. Como exemplos o Apartheid, regime de segregação racial implementado na África do Sul que perdurou até 1994, o KU KLUX KLAN - organização norte-americana conhecida por realizar atos violentos contra a população como: atacar negros/as nas ruas, violentar, invadir moradias, estuprar, promover espancamentos e homicídios, com auge em 1920 que perdurou por longos 80 anos, e, mais recentemente, em 2017 os protestos realizados por supremacistas brancos em Charlottesville. (DAVIS, 2016 p. 189 e 197; De LLANO, 2017)

No final do século 19, haviam no Brasil 17 milhões de habitantes, onde mais da metade era formada por ex escravos e seus descendentes. E como se não bastasse, com o fim da

escravidão, a elite intelectual do país ainda lançou mão da pseudociência racista - a eugenia. Nascida na Europa, foi entre os professores das primeiras faculdades de medicina do Brasil, políticos e sociólogos que ela cresceu. Eles defendiam que a miséria, as doenças e o alcoolismo eram características inatas, e que para eliminá-la era necessários que os brancos ricos deixassem mais descendentes que os pobres. Com isto, foi criada uma lei que facilitava a entrada de imigrantes brancos no país, ao mesmo que havia leis que proibiam a entrada de “indivíduos humanos das raças da cor preta”. Havia um plano de embranquecimento massivo, com projeções para que no ano de 2012 não existisse população negra e nem mestiça. (FRANCISCO, 2018 p.102)

A partir daí a construção da identidade nacional se baseou na negação do racismo epistêmico, porém até os dias de hoje ele está presente no discurso político contemporâneo brasileiro, em todas as esferas políticas e sufoca a importância da discussão sobre o colorismo e suas especificidades. (FRANCISCO, 2018 p 106; SOUZA, 2012 p.3)

O termo colorismo ou pigmentocracia traz consigo valores hierárquicos com implicações sociais, econômicas e políticas, se baseando na cor da pele, onde negros mais escuros são ligados a feiura e geralmente considerados de menor valor. Os padrões europeus de beleza dominam a sociedade, sendo muito comum em países que sofreram a colonização europeia e em países pós-escravocratas. A sociedade branca aceita mais os negros que têm menos traços de negro, onde o abandono da estética branca pode significar a intensificação da exclusão social. O primeiro degrau na escala da branquitude sistemática do povo brasileiro. (HARRIS, 2008, p.32; NASCIMENTO, 2016, p.87)

O colorismo traz, de uma certa forma, as diferentes dinâmicas e pluralismo dos negros. Ele fala dos contrastes e diferenciação que o tom de negritude forma de hierarquização social, onde o estereótipo eurocêntrico seria o ápice de idealidade. Idealidade de beleza, de aceitabilidade, inteligência e valorização. Quanto mais claro, mais perfeito. Quanto mais escuro, mais discriminado, franco processo de massacre da identidade negra.

Desde os tempos da escravidão houve manipulação da identidade do negro, onde os de pele clara estavam em um estágio mais avançado de ideal estético e com isso com cargos de maior proximidade aos brancos. Este, o designado mulato - termo que se originou do prefixo mula – na época da escravidão, era o capitão do mato, a escrava pessoal da sinhá, e, mais recentemente, símbolo de nossa democracia racial. (FRANCISCO, 2020; MESSIAS & AMORIM, 2019; RODRIGUES, 2020; SILVA, 2017; SCHUCMAN, 2012)

Apesar dos negros serem oriundos de diversas populações de diversos territórios da África com diversos fenótipos e diversas culturas distintas, uma das características do racismo é o estereótipo fixo e pré conceituado do povo negro, com fenótipos bem definidos, ao tempo que os brancos são representados em sua diversidade em publicidades, por exemplo.

O estigma da negritude. Ser mais claro, um tom de pele a menos, cabelos mais lisos herdados de um ancestral europeu são suficientes para fazer alguém descendente de negros ser “promovido” á pardo ou branco. (CARNEIRO, 2003)

A subjugação da mulher negra também é histórica, onde sua erotização se vinculava a sua escravização e subalternação. Ao viés que mulheres brancas detinham o auge da beleza, se portando e sendo tratadas de forma mais sensível, se tornando assim a mulher ideal ao matrimônio. Porém esta violência foi romantizada ao tratarem a ideia de miscigenação como algo bom, surgindo desta a democracia racial. A afetividade não poderia ser expressa, visto que elas não tinham o direito de escolher com quem gostariam de se relacionar, mas deveriam estar sempre à disposição de seu senhor banco. (CARNEIRO, 2003).

Tais resquícios históricos podem ser vistos ainda hoje, onde o tratamento masculino dado às mulheres brancas e negras é diferenciado. Com o ideal de colorismo posto á prova, tanto mulheres retintas quanto as negras embranquecidas são constantemente expostas à rejeição e a solidão. A mulher negra de pele clara será vista como segunda opção em relação a uma mulher branca enquanto a negra de pele escura não será nem mesmo uma opção. Em relação aos homens negros, quando estes se envolvem com mulheres brancas, estes adquirem um objeto de ostentação social. (MESSIAS & AMORIM, 2019 p29).

É nesse sentido que se passa à análise das relações afetivas vivenciadas por mulheres negras, em que elas são subjugadas por serem consideradas meros objetos sexuais e vivem solitárias. Não é mais novidade que os arranjos familiares no Brasil se formam a partir da miscigenação, o que tem despertado curiosidade é que isso tem se dado muito mais pela preferência de homens negros por parceiras brancas, enquanto mulheres negras são relegadas à solidão, constituindo famílias monoparentais. Essa situação tem herança na percepção social ainda presente sobre a mulher negra e que se constitui como mais uma forma de violência.” (CARNEIRO, 2003 apud MESSIAS & AMORIM, 2019 p26).

Portanto quando não olhamos as subjetividades de cada mulher, privilegamos apenas um tipo de mulher. A vivência da mulher negra é marcada por violências estruturais, o que as

impede de serem ouvidas e vistas, local onde não conseguem acessar outros espaços. Mulheres negras estão na base da pirâmide, triplamente vulnerabilizadas. Por estarem neste local, compartilham experiências coletivas de segregação, onde geralmente estão no topo de diversos rankings que envolvem opressão e violência. A feminilização da pobreza é um dos resultados deste fenômeno. Um ciclo que se inicia no casamento de mulheres muito jovens, sem condições financeiras e/ou estudos, onde elas constituem família muito cedo e perpetuam a pobreza por não conseguirem quebrar o ciclo. Em números absolutos, o Brasil ocupa a quarta posição no ranking internacional de casos de casamento infantil, mais de 554 mil meninas de 10 a 17 anos, sendo que mais de 65 mil delas se casam entre 10 e 14 anos de idade. (PLAN INTERNATIONAL, 2019 p 25; RIBEIRO, 2017 p.13)

Ribeiro traz a importância de se dar o lugar de fala á estas mulheres. Não só elas, mas também de toda população silenciada. Dar o lugar de fala é desnaturalizar o patriarcado privilegiado e negra vulnerabilizada, questionar a origem das desigualdades, questionar o porquê a maioria brasileira (negros e pardos) é minoria nos locais de evidência. Há uma necessidade de se romper com o silencio institucional, romper a naturalização do assassinato dos corpos negros, das desigualdades, romper com a violência. As vozes devem ser respeitadas, deve-se entender e deve significar o que estes indivíduos dizem. Uma escuta verdadeira, com vontade de se desconstruir. Por vezes quando os vulnerabilizados falam, são silenciados ou hierarquizados, pois existe um discurso autorizado de quem pode falar, aquela voz que fala mais alto, a dos homens brancos que são privilegiados pela opressão sofrida por estas mulheres. Todos são responsáveis por isso, e enquanto não houver uma sociedade justa, ninguém deve se conformar. Não precisa ser negro nem mulher pra falar sobre racismo e violência de gênero. É necessário coexistir nesses espaços, não impedindo que os que não representam esses sujeitos não falem, mais sim estimulando que outras vozes falem por todos, transcendendo silêncios seculares. Sem incomodo não se provoca mudanças. (RIBEIRO, 2017 p.50)

### 1.2.2 Além dos aspectos teóricos

As desigualdades étnico-raciais históricas levam a severas desvantagens em relação à população branca nas mais diversas dimensões, como mercado de trabalho, distribuição de rendimento e condições de moradia, educação, violência e representação política. Mesmo

havendo melhora com o decorrer dos anos, as desigualdades permanecem consideráveis. Em relação à educação, a população negra é menor em relação à branca nos bancos escolares, o que se agrava no decorrer do percurso escolar, atingindo o ápice no ensino superior. Ademais, independentemente do nível de instrução, os negros ainda enfrentam discriminações no que concerne os indicadores de trabalho; ainda estão entre os trabalhadores com menores remunerações e são menos representadas nos cargos gerenciais, sobretudo nas instituições de mais altos níveis, isto quando empregados, visto que a proporção de trabalhadores sem vínculos formais e a subutilização do trabalho atingem mais fortemente a população negra. (IBGE, 2019 p.6)

Ao lançarmos o olhar sobre as condições sociais vemos que esta população reside em domicílios com piores condições de moradia e com menos acesso a bens e serviços, sendo a maioria abaixo das linhas de pobreza. No campo da violência, a desigualdade racial também permanece bastante acentuada. (IBGE, 2019 p. 9)

Corroborando com Foucault e Achille Mbembe, Almeida traz a ideia de que o bipoder integrou o racismo classificando os sujeitos de acordo com o fenótipo, onde negros, pobres, moradores de periferia, trabalhadores e minorias sexuais são vítimas de fome, de epidemias e são eliminados violentamente pelo Estado. (ALMEIDA, 2018, p. 30; FOUCAULT, 1988; MBEMBE, 2018 p.10)

Uma pessoa preta ou parda tem 2,7 vezes mais chances de ser vítima de homicídio intencional do que uma pessoa branca. Sempre houve profundas discrepâncias observadas entre a taxa de homicídio da população branca e a da população preta ou parda no Brasil e no mundo. A violência por sua vez se constitui de outra dimensão em que a desigualdade se manifesta de forma grave, com efeitos de curto e longo prazos sobre os indivíduos e a sociedade em que estão inseridos. A taxa de homicídio é um indicador amplamente utilizado para medir a incidência de violência em sua forma mais extrema. (ALMEIDA, 2018, p. 30; IBGE, 2019 p.6)

Tais especificidades de patriarcado e supremacia branca da época escravista se perpetuam até hoje. Além de terem os piores indicadores, a população negra experimenta a hipersexualização e subjetivação dos corpos; que se mostra evidente em um ditado que ficou amplamente conhecido no Brasil por meio dos escritos de Gilberto Freyre no livro Casa grande e senzala de 1933, considerado um dos mais importantes pensadores sociais brasileiro, dizia: “Branca para casar, mulata para foder e negra para trabalhar”. Nesta premissa, Butler afirma que o corpo feminino é ostensivamente sexualizado, porém ao evidenciarmos o corpo da mulher negra vemos discursos de estupro dos homens brancos, tanto durante como após a abolição.

Homens que se intitulam “vítimas da sedução do corpo negro”; justificando-se nas pseudociências, e nas literaturas de cunho meramente racista. (BUTLER, 2018; DAVIS, 2016 p31.)

Tais afirmações são corroboradas por diversos dados. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021, 86,9% das vítimas de estupro no Brasil são do sexo feminino e 50,7% são negras. Em levantamento de 2019 que escutou a opinião de 3.625 pessoas em 217 cidades de todas as regiões do Brasil dados alarmantes foram apreciados. Uma a cada três pessoas concordam com a afirmação de que “mulheres que se dão ao respeito não são estupradas”, onde entre os homens a taxa aumentou para 42%. A frase “a mulher que usa roupas ‘provocantes’ não pode reclamar se for estuprada” foi reverenciada por 30% dos entrevistados, mostrando a forte cultura de estupro na sociedade. (FBSP, 2019 e 2021)

Atualmente a taxa de feminicídio no Brasil é registrada como a 5ª mais alta do mundo, onde mulheres negras representam 61,8% das vítimas. O ápice da mortalidade se dá aos 30 anos, em onde 88,8% dos casos o autor foi o companheiro ou ex-companheiro. Em relação a violência doméstica, há 1 registro a cada 2 minutos, onde foram registrados 263.067 casos de lesão corporal dolosa. Dados mais atualizados contabilizando os números das Secretarias de Segurança Pública dos estados, mostra que o número de mulheres assassinadas por crime de gênero aumentou 7,3% em 2019 e 0,7 em 2020 em relação aos anos anteriores, apesar da pandemia de COVID-19. (FBSP, 2019, 2021)

Dados do Dossiê Mulher 2019 denunciam que a cada 5 dias uma mulher é vítima de Feminicídio, enquanto a cada 48h uma pessoa trans é assassinada no Brasil (BENEVIDES & NOGUEIRA, 2019 p 35).

Ao englobarmos as mulheres trans, vemos que o Brasil é o país com o maior índice de violência contra pessoas transgênero, totalizando 868 assassinatos de 2008 a junho de 2016 de acordo com a organização Transgender Europe em seu relatório Trans Murder Monitoring de 2016. O México, segundo colocado, reportou 257. Apesar de constituírem um grupo de alta vulnerabilidade, apenas 10 dos 26 estados e Distrito Federal (cerca de 38% deles) apresentaram dados referentes a registros de homicídios dolosos contra população LGBTI+, mostrando o grave descaso nas subnotificações de dados referentes á violência contra esta população. (FBSP, 2019)

Apesar de não haver poucos estudos sistemáticos sobre a expectativa de vida das mulheres trans no Brasil, a IACHR (2014) e a ANTRA (2018) afirmam que esta gira em torno dos 30/35 anos, próxima àquela dos brasileiros não escravizados em 1880.. Ao passo que a da população brasileira em geral é de 74,9 anos, sendo a maioria dos assassinatos concentradas da região do Nordeste. Dentre as vítimas, 97,7% dos assassinatos foram contra pessoas trans do gênero feminino, 67,9% tinham entre 16 e 29 anos, mostrando progressiva queda com o aumento da idade, 82% foram identificadas como negras ou pardas, 85% foram apresentados com requintes de crueldade. Houve aumento nos casos que envolviam uso excessivo de violência de 2017 á 2019, como apedrejamento e uso de arma branca. 52% dos assassinatos por espancamento apresentaram associação com outros métodos cruzados durante o homicídio, como tiros, afogamento, tortura, violência sexual, onde 64% deles acontecendo nas ruas. Dentre os assassinatos, 70% foram direcionados aquelas que são profissionais do sexo. (IBGE, 2013)

Além de serem estarem em constante risco de uma morte violenta e prematura no Brasil, as mulheres trans também se encontram em grande vulnerabilidade social, sendo que a grande parte da população é analfabeta ou semianalfabeta. Cerca de 0,02% estão na universidade, 72% não possuem o ensino médio e 56% o ensino fundamental. Em relação á empregabilidade, estima se que 90% da população de Travestis e Transexuais utilizam a prostituição como fonte de renda, devido a dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho causados pelo preconceito e transfobia, baixa escolaridade e evasão escolar involuntária e marginalização pela exclusão social e familiar, onde vemos que a idade média expulsão de casa é de 13 anos. (ALMEIDA E VASCONCELLOS, 2018 p 304; BENEVIDES & NOGUEIRA, 2017 p.18)

O trauma na tenra idade produz diversas consequências. Pesquisas sugerem que indivíduos expostos a traumas precoces apresentam alterações na estrutura cerebral , nas funções cognitivas e déficits no funcionamento psicológico em geral, onde estas terão mais risco para o desenvolvimento de condições clínicas como transtornos do humor, transtornos psicóticos, transtorno de estresse pós traumático, comportamentos suicidas, violência conjugal, maus tratos à crianças, e transtornos de personalidade (AAS et al., 2012; BRESLAU et al., 2014; CATALAN et al., 2017; CONCEIÇÃO et al, 2015; FIGUEIREDO et al, 2013; GRASSI-OLIVEIRA et al, 2008; HOY et al, 2012; ISVORANU et al., 2017; JONAS et al., 2011; KRISTENSEN et al, 2006; READ et al; 2005; ROUSTIT et al., 2009; WAIKAMP & SERRALTA, 2018; WAXMAN et al, 2014; ZAVASCHI et al., 2006)

No Brasil, os maus tratos infantis têm sido uma preocupação crescente, na qual um quarto de todos os adultos relatam ter sofrido abusos físicos quando crianças - uma em cada cinco mulheres e um em cada treze homens foram abusados sexualmente na infância) onde na maioria dos casos, os agressores foram identificados como os pais ou familiares, além de amigos e vizinhos (BRASIL, 2012; WAIKAMP & SERRALTA, 2018)

Relatórios divulgados por ONGs têm documentado o elevado risco de suicídio e comportamento autoinfligido pela população de transexuais. Em estudo nos Estados Unidos foi evidenciado 41% de prevalência de tentativas de suicídio entre transexuais, sendo cerca de quatro vezes maior que a observada em lésbicas, gays, bissexuais e população geral Outro achado na literatura evidenciou ser maiores as chances de relato de ideação suicida em adultos transgêneros que vivenciavam integralmente a sua identidade de gênero (OR=2,68,  $p<0,01$ ), com histórico de violência física e sexual (OR=5,44;  $p<0,001$ ), e experienciaram uma (OR=2,09,  $p<0,05$ ) ou duas situações discriminatórias (OR=2,86,  $p<0,05$ ) além de se observar maiores chances de tentativa de suicídio ao longo da vida nos sujeitos com maiores níveis de transfobia internalizada (OR=1,18; IC95%=1,04-1,33). Neste interim a população de mulheres trans encontram-se em maior risco de morte por suicídio do que a população geral, devido à sua exposição à eventos estressores associados ao preconceito e aos traumas sofridos. (HAAS et al, 2014; MEREISH et al, 2014; PEREZ-BRUMER et al, 2015; SILVA et al, 2020)

A violência de gênero atinge centenas de mulheres diariamente de diversas formas. E ela se perpetua na sociedade e constrói um mundo cada vez mais perigoso para o gênero feminino. Se juntando a isto, a prática da discriminação racial e de identidade de gênero, que são fundamentadas nas relações de poder que determinados grupos, se manifestando nos espaços econômicos, políticos e institucionais. Tais violências se refletem nos dados de indicadores sociais que interferem diretamente em sua qualidade e expectativa de vida.

Em relação à racialização, a sociedade ainda é marcada por tal característica, onde a grande massa de empregadas domésticas e cuidadoras no país ainda é formada por mulheres negras.

Em pesquisa do Ipea realizada em 2019, constatou-se que mais de 6 milhões de brasileiros dedicam-se ao trabalho doméstico, desse total, 92% são mulheres, em sua maioria negras, de baixa escolaridade e oriundas de famílias de baixa renda, sendo esta uma atividade precária, com baixos rendimentos, de baixa proteção social, com altos índices de discriminação e até assédio. (IPEA, 2019 p.)

Um exemplo disto está no tocante aos rendimentos do trabalho. Em 2018, o rendimento médio mensal das pessoas brancas foi 73,9% superior ao das pretas ou pardas, padrão que se repete ano após ano em todas as regiões do país. Porém ao compararmos com as mulheres, estas receberam 78,7% do valor dos rendimentos dos homens pretos ou pardos e apenas 57,5% dos brancos. Mulheres pretas ou pardas recebem menos da metade do que os homens brancos (44,4%). Tais dados são o reflexo do racismo institucional, onde há menores remunerações em ocupações semelhantes e menores oportunidades educacionais e de trabalho. Infelizmente a relativa desvantagem da negras também se verifica em outros temas, como condições de moradia, taxa de conclusão do ensino médio, e a representação política. (IBGE, 2019 p.4-7)

### 1.3 Interseccionalidade como categoria de análise das violências

Ao examinarmos os processos de diferenciação orquestrados pela discriminação e patologização, percebemos as mesmas ideologias embutidas em estruturas de dominação que ditam as normas e padrões sociais.

A teoria da interseccionalidade afirma que várias opressões se criam e se constituem mutuamente para sustentar uma matriz complexa de poder que está enraizada e ativamente mantida por estruturas sociais e sistemas institucionais na sociedade. Elucidando como as estruturas de dominação se manifestam por meio de "processos de diferenciação", que criam categorias de hierarquização das identidades, sendo estas diminuídas pelo grupo dominante. (CRENSHAW, 2002, p.177)

Tal pensamento se originou dos vários movimentos de resistência do feminismo negro do Séculos 19 e 20, incluindo nomes como os das abolicionistas Maria Stewart e Sojourner Truth, a organização feminista negra Combahee River Collective, assim como a luta de uma das primeiras feministas indígenas, a Zitkala-Sa no final dos anos 1800. (CRENSHAW, 2002)

Crenshaw utilizou pela primeira vez o termo “interseccionalidade” em 1989 ao falar sobre a complexidade da opressão, onde enfatizou uma mudança no pensamento analítico sobre as relações entre e dentro das categorias sociais de raça e gênero. Sua crítica se voltou contra o feminismo branco de classe média dentro dos marcos da luta feminista, se apoiando nas dimensões de raça e gênero, fature que se sobrepõem, criando múltiplos níveis de injustiça social. Esta se propôs analisar na época as contradições entre as políticas de identidade de

gênero e de justiça social contextualizando a indiferença á estes sujeitos. Uma indiferença que excluía as mulheres negras do feminismo, protagonizando a mulher branca, principalmente as de classe média. Nesta vertente, o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades nas mais diversas vertentes, além de dificultar a criação de estratégias de enfrentamento por esta população em específico. (CRENSHAW, 2002, p.177)

Para Collins (2018) , outra grande militante feminista negra, a interseccionalidade é uma "matriz de dominação", onde o poder não pode ser reduzido a apenas uma estrutura opressora ou um grupo dominante, mas em vez disso funciona como uma "entidade intangível que circula dentro de uma matriz particular" de opressões que se cruzam. Já para Akotirene (2018 p.14 e 20), a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado, onde o termo ainda agrega as discriminações geracionais; das quais são as mulheres de mais baixa classe social, negras e idosas são impostas pelo próprio mercado de trabalho. Por muitas vezes estas não possuem a seguridade social por nunca terem empregos formais, onde as brancas, pela marcação de classe, irão sempre manter se na condição de patroas.

As condições estruturais do racismo, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, e na base da pirâmide discriminatória se encontram as mulheres transexuais negras. Sua marginalização, baixa expectativa e qualidade de vida refletem diretamente esta realidade.

Somos atravessados por diversos marcadores sociais que nos categorizam e nos colocam em diversificadas posições sociais. Nossa cor, religião, posição social, gênero e escolha sexual nos hierarquiza perante a sociedade. A interseccionalidade visa diagnosticar as relações entre as opressões vivenciadas por estas populações, o somatório destes marcadores sociais, onde a interação entre marcadores sociais “desfavoráveis” gera somatização das subordinações, trazendo assim diversas consequências. (CRENSHAW, 2002, p.177; MORAES & SILVA, 2017 p 59)

O racismo é um processo social, histórico e político que está intimamente ligado á constituição da sociedade de classes, onde a divisão dos grupos na sociedade em torno da classe possui o racismo como condutor imperativo. (ALMEIDA, 2018, p. 30).

A discriminação baseada classe social influencia em diversos aspectos individuais, desde o alimento que ela consome até as escolhas de relações que a mesma mantém, e, de uma forma mais abrangente, a sua expectativa de vida. Assim, a classe se constitui como uma das formas

mais poderosas de classificação e estratificação do homem, moldando a identidade das pessoas e da sociedade. (LIMA, 2016)

As diferenças entre as pessoas em termos de recursos financeiros moldam as oportunidades e as formas como as pessoas se portam e se tratam. Os recursos materiais moldam os recursos sociais e as oportunidades, onde se experimenta privilégios ou desvantagens e se apoiam sob os conceitos de trabalho, consumo e identidade. (LIMA, 2016)

Segundo Sanches et al (2018 p.39) a vulnerabilidade social leva á uma maior desproteção, debilidade e desfavorecimento em relação á outros indivíduos e grupos. Considerando a condição de cada um, e sobretudo a influência dos condicionantes sociais e do cotidiano de suas vidas, estes são afetados diretamente por circunstâncias desfavoráveis e excludentes, como a pobreza, falta de educação, as dificuldades geográficas, as doenças crônicas e a violência por condições puramente socioeconômicas. Tais pessoas possuem poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes à proteção de seus próprios interesses.

Diversos estudos mostram que pessoas em menores classes sociais apresentam menores níveis de satisfação com a vida, menores pontuações em testes padronizados de conhecimento, piores níveis de saúde e maiores taxas de mortalidade. A questão social também influencia em questões de justiça e o acesso legal, onde a percepção de sua culpabilidade leva a penas mais longas á pessoas de classe mais pobres, além da atribuição adjetivos negativos (como preguiçoso, estúpido, sujo e criminoso) ao passo que adjetivos positivos (feliz e voltado para a família) eram atribuídos as pessoas de classe média. (HOWELL E HOWELL, PEREZ et al, 1993; 2008; SACKS, 2004; WEISSMAN, 2002)

Marx e Engels defendiam que a divisão de classes era uma distinção entre aqueles que controlam as forças de produção e os que trabalham dentro dessas forças. Por mais que alguns estudiosos defendam que a classe dependa diretamente de 3 fatores interligados: educação, cargo e renda (KRAUS et al., 2012; RIDGEWAY E FISK, 2012) percebemos que a remuneração, independente da educação, irá predizer muito mais sobre sua classe.

A discriminação em relação ao gênero se espelha na célebre frase de Simone de Beauvoir “Não se nasce mulher, torna-se mulher”, que se refere à relação entre gêneros, doutrinando o ser, que passa de humano, a ser rotulado em um papel social pré-determinado. Assim como uma pessoa não nasce negra, ela se torna ao ser ligada á sentidos coletivamente compartilhados. O peso da discriminação varia bastante visto que há diferenças em suas identidades sociais,

criando assim subgrupos dentro deste, onde a sobreposição de vulnerabilidades excludentes afeta desproporcionalmente apenas algumas mulheres. Muito antes de mulheres brancas conquistarem espaço para trabalhar, mulheres negras já tinham sua força de trabalho massivamente explorada. Ao passo que mulheres brancas lutavam pelo direito ao voto, escravas negras reivindicavam ainda por direito á dignidade. (ALMEIDA, 2018, p. 30; ASSIS, 2019 p 15; CARAVACA-MORERA, 2016, p 65; CRENSHAW, 2002, p.177)

O patriarcalismo, o falocentrismo, o racismo, a distinção de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades estruturais básicas, criando assim múltiplos níveis de injustiça social a uma população específica. As lutas contra a dominação e a exploração de um sistema colonial escravista, patriarcal e patrimonialista surgiram há gerações, na qual mulheres negras lutaram tanto por igualdade em relação aos homens quanto em relação às mulheres brancas. Por volta de 1840 as feministas brancas aderiram ao movimento antiescravagista negro “Sociedade Antiescravagista Feminina da Filadélfia” fundado em 1833 para dar visibilidade ao feminismo, o que posteriormente se tornou um marco feminista. Porém as causas das mulheres negras ficaram subsumidas, enfraquecendo o feminismo negro, até o alcance dos desígnios das brancas. Somente em meados dos anos 1980 o feminismo negro ressurgiu aliando militância e academia, introduzindo a questão da interseccionalidade reorganizando e agregando as somatórias gênero, raça, classe e outros marcadores sociais, como sexualidade, geração, religião e territorialidade. (CRENSHAW, 2002, p.177; DAVIS, 2016 p.15; MORAES & SILVA, 2017 p 59)

Em memorável discurso “Não sou eu uma mulher?”, de Sojourner Truth, feito de improviso na Convenção das Mulheres de 1851, é especialmente eloquente nesse sentido:

Bem, minha gente, quando existe tamanha algazarra é que alguma coisa deve estar fora da ordem. Penso que espremidos entre os negros do sul e as mulheres do norte, todos eles falando sobre direitos, os homens brancos, muito em breve, ficarão em apuros. Mas em torno de que é toda essa falação? Aquele homem ali diz que é preciso ajudar as mulheres a subir numa carruagem, é preciso carregar elas quando atravessam um lamaçal e elas devem ocupar sempre os melhores lugares. Nunca ninguém me ajuda a subir numa carruagem, a passar por cima da lama ou me cede o melhor lugar! E não sou uma mulher? Olhem para mim! Olhem para meu braço! Eu capinei, eu plantei, juntei palha nos celeiros e homem nenhum conseguiu me superar! E não sou uma mulher? Eu consegui trabalhar e comer tanto quanto um homem – quando tinha o que comer – e também agüentei as chicotadas! E não sou uma mulher? Pari cinco filhos e a maioria deles foi vendida como escravos. Quando manifestei minha dor de mãe, ninguém, a não ser Jesus, me ouviu! E não sou uma mulher? E daí eles falam sobre

aquela coisa que tem na cabeça, como é mesmo que chamam? (uma pessoa da plateia murmura: “intelecto”). É isto aí, meu bem. O que é que isto tem a ver com os direitos das mulheres ou os direitos dos negros? Se minha caneca não está cheia nem pela metade e se sua caneca está quase toda cheia, não seria mesquinho de sua parte não completar minha medida? Então aquele homenzinho vestido de preto diz que as mulheres não podem ter tantos direitos quanto os homens porque Cristo não era mulher! Mas de onde é que vem seu Cristo? De onde foi que Cristo veio? De Deus e de uma mulher! O homem não teve nada a ver com Ele. Se a primeira mulher que Deus criou foi suficientemente forte para sozinha, virar o mundo de cabeça para baixo, então todas as mulheres, juntas, conseguirão mudar a situação e pôr novamente o mundo de cabeça para cima! E agora elas estão pedindo para fazer isto. É melhor que os homens não se metam. Obrigada por me ouvir e agora a velha Sojourner não tem muito mais coisas para dizer. (RIBEIRO, 2017 p.13)

Historicamente os negros são marcados por estereótipos negativos, hiper sexualizados, taxados de infratores, subalternizados, a raça sendo investida de bestialidade. Porém, por vezes os estudos sobre escravidão não visibilizavam as mulheres. No trabalho escravo as mulheres negras experimentaram a igualdade com os homens, servindo como força de trabalho nos serviços pesados nas lavouras e plantações, nas mutilações pelo açoite onde a única distinção era dada aos episódios de estupros no trabalho. (DAVIS, 2016 p. 97-99). Ao engravidarem, as escravas eram classificadas como “reprodutoras”, e não como “mães”, pois as crianças negras eram vistas como bem, podendo estas serem vendidas visando o lucro ou como mais um escravo na mão de obra.

Partindo desta premissa, percebemos que a discriminação e o preconceito se datam desde os primórdios da história da sociedade brasileira, passando por fases evolutivas desde o descobrimento do país, onde a submissão e a distinção eram principalmente motivadas por cunho racial.

O racismo no Brasil muitas vezes se mostra velado, despercebido pela maioria dos brancos que vivem em bolhas sociais que não os deixam enxergar que os mesmos são a engrenagem principal do problema, graças aos discursos de democracia racial, mitificando as claras discrepâncias entre brancos e negros. Fica evidente que a superação das desigualdades raciais, em suas variadas dimensões, permanece um desafio.

### 1.3.1 Discriminação como evento violento e naturalizado: etnocentrismo

Antigamente as violências praticadas baseadas no racismo se manifestavam abertamente, pois encontravam apoio na lei, nos costumes e nos preceitos morais, que se justificavam em atitudes discriminatórias para serem preservados. Porém nos dias de hoje, em muitas ocasiões, crimes por desigualdade, discriminação e preconceito são imprescritíveis e inafiançáveis, sujeitos à pena de reclusão. Pelo menos no papel. (ROMANELLI, BOECHAT, 2018 p.60; SAFAZZONI, 2015 p 39)

Em 1948 a declaração Universal dos Direitos Humanos acordou diversas resoluções sobre a questão racial. Logo após no Brasil, em 1951, a Lei Afonso Arinos tornou contravenção à prática da discriminação racial, porém apenas em 1988 com a aprovação da Constituição, o racismo passa a ser considerado crime inafiançável e imprescritível. Foram necessários séculos para a criminalização do racismo, serão necessários quanto tempo para o real fim das discriminações no Brasil? (ALMEIDA, 2018, p. 30).

Mesmo a existência de raça tendo sido descomprovada, a mesma continua sendo utilizada para categorizar e hierarquizar os seres humanos baseando se em características biológicas e geográficas, onde o homem se torna objeto. A prática da discriminação racial é fundamentada nas relações de poder que determinados grupos, se manifestando nos espaços econômicos, políticos e institucionais ainda hoje. (ALMEIDA, 2018, p. 30)

Em sua tese, Silva traz reflexão acerca o modo com que os mesmos crimes praticados por negros e brancos possuem uma classificação gramatical diferenciada. Os termos: jovens, jovem de classe média e estudantes designavam sujeitos brancos, e palavras como: traficantes, bandidos e meliantes para indivíduos de pele negra. Cabe aqui ressaltar que todos os jovens cometeram os mesmos delitos. Concluindo assim que há parcialidade da mídia brasileira ao se tratar da criminalização dos povos negros ao construir pautas tendenciosas. (SILVA, 2018 apud FRANCISCO, 2018)

Almeida (2018) filósofo e estudioso do racismo, classifica este em 3 vertentes. O racismo individual, considerado uma visão frágil e limitada, o racismo institucional é o resultado das instituições que concedem privilégios a determinados grupos de acordo com a raça, a exemplo deste está a majoritariedade de homens brancos em papéis de destaque em diversas vertentes, e o racismo estrutural, que surge em decorrência da estrutura da sociedade que normaliza e concebe como verdade padrões e regras baseadas em princípios discriminatórios. (ALMEIDA, 2018, p. 30).

Tais definições também são compartilhadas pela ativista e médica Jurema Werneck (2016), que afirma que as três dimensões do racismo (pessoal, institucional e interpessoal) atuam de modo concomitante, produzindo efeitos sobre os indivíduos, grupos e processos e políticas institucionais. Apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos deletérios, o racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível. Ela ainda traz que a saúde da mulher negra não é uma área de conhecimento ou um campo relevante nas ciências da saúde, sendo ignorada, onde na verdade parte das formulações conceituais de diretrizes e estratégias e da atuação em saúde da população negra teve origem fora do sistema de saúde, a partir da atuação dos sujeitos negros organizados, porém as instituições e órgãos de gestão do SUS permaneceram ausentes na maior parte desse processo e ainda necessitam de atuação mais consistente. (WERNECK, 2016)

Nesta premissa, a branquitude é uma construção socio-histórica produzida pela ideia hegemônica de superioridade branca, onde na sociedade hierárquica desigual e racista onde é garantindo aos brancos posições mais altas na hierarquia social. Como uma forma de impedir o embranquecimento histórico do país, a lei 10.639/2003 introduziu a obrigatoriedade do estudo da história e cultura afro-brasileira e africana no currículo escolar da educação básica, o que de fato contribui a ruptura do modelo eurocêntrico no ensino e a construção de uma educação multicultural nas escolas do país assim como a introdução do sistema de cotas nas universidades e, a lei 12.288/2010 que cria o Estatuto da Igualdade Racial. (FERNANDES, 2005 p.3; SCHUCMAN, 2012;)

Tais construções são claramente etnocentristas. O etnocentrismo se origina da heterofobia e consiste em privilegiar apenas um universo representativo, ignorando e diminuindo o diferente, se retratando por meio de violências “simbólicas” e físicas, dividindo as culturas em hegemônicas e subalternas. Tais “culturas subalternas” devem ser eliminadas por se constituírem perigosas. Lévi-Strauss traz a distinção entre dois tipos de sociedade, as que praticam a antropofagia por meio da absorção de certos indivíduos diferentes como o único meio de neutralizá-los e as que praticam a antropoemia que veem como solução a expulsão e definitivo isolamento Carvalho (1997) cita P. A. Taguieff mostrando quatro formas de etnocentrismo. Na antropofagia dialógica se ameniza no discurso persuasivo; na antropofagia digestiva há a aculturação; na antropoemia genocida há a destruição do outro, na antropoemia da tolerância em aparência, respeita-se o outro, porém na realidade o isola. (CARVALHO, 1997; LÉVI-STRAUSS, 1965)

Em virtude do etnocentrismo, grande parte das mulheres trans sofre os mais diversos tipos de violências. Assim que começam a demonstrar suas identidades de gênero, estas são hostilizadas e discriminadas, as levando a evasão involuntária dos espaços escolares e de trabalho, trazendo consequências para toda a vida. Andrade (2012 p.248) cita que as principais causas das evasões é o impedimento de acesso ao banheiro feminino e o não reconhecimento do nome feminino da travesti no momento da frequência e mesmo no cotidiano escolar. Em 2016 o Decreto n. 8.727 se mostrou uma grande vitória na luta da população trans. Esta dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional foi aprovado e assinado pela presidente, porém em pouco tempo parlamentares contrários a essa norma apresentaram projeto de lei para suspendê-la (BRASIL, 2016)

A história mostra como as culturas de origem Europeia exerceram o etnocentrismo patriarcal em outras culturas. A história da transgêneridade é tão antiga quanto a cisgeneralidade. Retornando á 1930 na Dinamarca, temos o caso da pintora Lili Elme, primeiro caso de redesignamento na Europa. Nos séculos XVII e XVIII na Africa nasceu a mitologia do orixá Oxumaré, uma divindade ligada à transformação das coisas e à passagem do tempo, assumindo formas de natureza feminina e masculina. Nos séculos XV e XVI no norte da América, todas as tribos indígenas tinham um entendimento de no mínimo 3 a 5 gêneros. Antes da colonização europeia, eles utilizavam dois espíritos para nomear pessoas que apresentavam características tanto masculinas quanto femininas, essas pessoas não sofriam discriminação onde as famílias que possuíam um membro assim eram consideradas de muita sorte pois se considerava uma dádiva. Os Navajo se referem como *nádleehí* (que significa “aquele que se transformou”); os Lakota existem os *winkté*; os Ojibwa usam o termo *niizh manidoowag* (significa “dois espíritos”), os Cheyenne usavam o *hemaneh* (metade homem, metade mulher). A aceitação cultural dessa população também foi registrada no México. Há evidências de que monges católicos espanhóis destruíram muitos códices astecas com o objetivo de erradicar os relatos e as crenças tradicionais, entre elas a dos dois espíritos. (ELLWOOD, 2007).

Através de toda uma série de esforços e violências, os europeus cristãos forçaram os indígenas norte-americanos a atuar de acordo com os papéis de gênero designados por eles. Nos séculos XII e XIII durante as cruzadas na Europa, os cavaleiros templários cultuavam Bafomé, bode metade homem, metade mulher, metade sagrado, metade profano. Há 5 mil anos as divindades da mitologia da Índia tem representantes que representam o feminino e o masculino. Ardhanarishvara é a fusão de Shiva com Parvati, divindade que significa metade, assim,

Ardhanarishvara é o Senhor que é metade mulher e metade homem, sendo assim representada em imagens e ilustrações, assim como Lakshmi narayana, a fusão de divindade homem e mulher. (ELLWOOD, 2007).

A meritocracia expressada em nossa sociedade vem sendo uma desculpa para alicerçar as discriminações. Pobres são, em geral, são injustamente culpabilizados como preguiçosos e de baixa inteligência, (KLUEGEL & SMITH, 1986; LIMA, 2016 p. 45) onde a privação do acesso material e as péssimas condições de vida são suas responsabilidades que não tiveram competência e mérito suficiente para alcançar. (ALMEIDA, 2018, p. 30). Pessoas trans são geralmente ligadas á marginalidade e prostituição e negros á criminalidade e incapacidade em geral.

A discriminação sistemática leva os acometidos á marginalização, local onde se tornam sujeitos invisíveis. A invisibilidade mata, o que Foucault chama de “deixar viver ou deixar morrer. Este biopoder está inscrito em todos os Estados modernos, onde a possibilidade de matar o outro é vista como elemento constitutivo do poder do Estado na modernidade. Certas vidas são precarizadas e possuem valor menor, vidas simplesmente matáveis ou que podem ser deixadas para morrer. A escravidão é uma das primeiras manifestações da experimentação biopolítica. sendo mantido vivo em um “estado de injúria”, tornando-se uma vida mediada por processos de crueldade e profanidade, que obedecem a um fim econômico. A violência do estado de exceção supostamente opera a serviço da civilização. (MBEMBE, 2011)

Segundo Arendt (1999) o mal não se esconde atrás de monstros e outras evocações sobrenaturais que nossa imaginação possa criar, mas sim no mais banal dos indivíduos. O mal está nas pessoas, sendo este algo casual, podendo estar na mais medíocre criatura, pois o mal se relaciona com a liberdade de escolha do indivíduo. O homem se torna indiferente ao sofrimento alheio, mostrando frieza e incapacidade de comiseração, chegando a cometer crimes em circunstâncias que tornam praticamente impossível para ele saber ou sentir que está agindo de modo errado. Tanto que a autora considera uma das principais atrocidades cometidas pelo regime nazista a tentativa de tirar a humanidade do indivíduo.

### 1.3.2 Banheiros, injustiças e discriminações: elementos “normalizados”, mas que medeiam a qualidade de vida

O heterocispatriarcado permeia todas as instituições no Brasil, conferindo privilégios àqueles classificados como cisgênero, enquanto penaliza e patologiza as populações transgênero. Liderando os rankings mundiais de assassinato de transgêneros, nossa sociedade vê a transgeneridade como um erro. Afirmamos a todo o momento que seus corpos não são bem vindos e não pertencem a lugar algum, nem mesmo nos banheiros públicos. Aliás, muito menos nos banheiros públicos.

Se já não bastasse tantos direitos serem negados, até o acesso aos banheiros públicos lhe são recusados. Ao entrarem nos banheiros femininos, há o risco de expulsão e humilhação, e no masculino, há o risco de serem violentadas. Assim como ideias de banheiros públicos destinados á pessoas trans, no século IXX, foi o banheiro destinados apenas para pessoas negras.

De acordo com Preciado (2019), banheiros públicos são instituições burguesas generalizadas, sendo mais úteis a reafirmação dos gêneros do que para qualquer outro propósito. Sua arquitetura opera de forma silenciosa, mas certa como um tipo de tecnologia de gênero. O banheiro confirma e prescreve como cada gênero deve se portar, quem deve ficar de pé, quem deve permanecer sentado, quem vigia pelo espelho, quem precisa ir acompanhado, quem deve se esconder nas cabines. O banheiro também opera como tecnologia de classe, onde banheiros de empregada são sempre escondidos, menores, mais sucateados. Uma senzala moderna.

É justo tamanha crueldade? As mulheres trans apresentam algum tipo de risco? Quando pensamos em agressões a mulheres cisgênero, não são pessoas trans que as agrirem, mas sim, na grande maioria dos casos, seus companheiros, cisgênero, os quais elas escolheram para compartilhar a vida. (ABSP, 2019)

Quando falamos de justo e injusto vemos que a teoria da injustiça estrutural fornece uma compreensão de como os processos sociais injustos se tornaram o status quo e criam e mantêm desigualdades sociais. Ela postula que os indivíduos agem de acordo com as leis, regras e outras práticas aceitas da sociedade que operam em conjunto como a "norma" para beneficiar diretamente alguns, enquanto indireta ou diretamente prejudicam outros. Sendo o próprio status quo um veículo opressor de poder, as leis e regras sociais implícitas criadas pelas organizações ou simplesmente pela natureza do hábito, criam vantagens aos pertencentes do ápice da pirâmide social e iniquidades sociais e em saúde aos da base. (GREEN, EVANS & SUBRAMANIAN, 2017; YOUNG, 2011)

Ao entendemos a injustiça como estrutural, resultando de vários sistemas institucionais e processos socioestruturais dos quais participamos, isso nos leva, moralmente, a abordar nossa responsabilidade coletiva pela justiça. Tal responsabilidade deve ser individual, mesmo que a culpa não seja. A responsabilidade deve ocorrer por meio de ações que visam transformar instituições e processos inter-relacionados para torná-los mais justos. Mesmo não sendo possível tal ato ser realizado individualmente, deve se encorajar muitas pessoas em uma ampla variedade de posições dentro das instituições e da sociedade a assumir a responsabilidade coletiva de problematizar, analisar e romper as estruturas da injustiça. (GREEN et al, 2017; YOUNG, 2011)

Com a crescente onda de injustiças e eventos violentos contra a população de mulheres trans, é necessário trazer estes eventos a tona, inclusive por meio de pesquisas para avaliar a saúde destas. Antigamente estudos para estabelecer o estado de saúde de uma população eram baseados em indicadores de mortalidade, porém, como analisamos anteriormente, uma vida longa não significa necessariamente uma vida saudável, tornando assim os indicadores de mortalidade insuficientes. Assim a autoavaliação da saúde ganha destaque por ser simples, robusta, barata, confiável e válida para prever morbidade, mortalidade e a utilização de serviços de saúde. Fatores individuais podem influenciar a classificação da saúde dos indivíduos, estendendo-se às dimensões do ambiente físico e social, sendo assim um construto multidimensional, abrangendo: sociodemográfico, estilos de vida, saúde psicológica e saúde física. (LIMA-COSTA et al 2012; MCFADDEN et al, 2008; MEIRELES et al, 2015; SZWARCOWALD et al, 2015)

Pesquisas demonstram que a percepção individual da saúde concorda, frequentemente, com a avaliação feita por médico e autoavaliações ruins estão ligadas a maiores riscos de morte prematura e menor sobrevivência. Há dois pilares da saúde urbana que auxiliam no entendimento da influência do ambiente na autoavaliação da saúde, são eles: o papel do ambiente físico e social como modelador da saúde das pessoas e a necessidade de aferir os fenômenos tendo como objeto as desigualdades injustas e evitáveis do ambiente e em saúde. (LIMA-COSTA et al 2012; MCFADDEN et al, 2008; MEIRELES et al, 2015; SZWARCOWALD et al, 2015)

#### **1.4 O estado da arte sobre a produção de conhecimento das relações entre cor, classe e gênero no processo discriminatório**

Afim de se realizar levantamentos de estudo descritivo da trajetória e distribuição da produção científica sobre a população de mulheres transexuais e estabelecer relações contextuais com a interseccionalidade, optou se por se realizar o estado da arte destes temas.

Nesse tipo de estudo são analisadas as produções bibliográficas evidenciando novas ideias, métodos e subtemas que recebem maior ou menor ênfase na literatura selecionada. (NORONHA; FERREIRA, 2000, p. 191 apud VOSGERAU, ROMANOWSKI, 2014 p. 171).

Nesta premissa, a presente revisão sistemática tem o objetivo de analisar e discutir as relações entre as discriminações cruzadas (por etnia/cor, classe e gênero) vividas pela população de travestis e mulheres transexuais presentes na literatura acadêmica e estabelecer relações contextuais com a interseccionalidade. Contando com a seguinte pergunta de estudo: quais são e como se estabelecem as relações etnia/cor e classe no processo de discriminação experimentado por travestis e mulheres transexuais?

#### 1.4.1 Método da Revisão Integrativa

Esta revisão integrativa foi conduzida conforme a metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA) e conta com artigos oriundos de buscas em cinco bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cochrane Library, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Pubmed. (PAGE et al, 2021)

A revisão sistemática é um tipo de investigação com questão bem definida visando identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis, perpassando pelas etapas: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) seleção dos artigos; (4) extração dos dados; (5) avaliação da qualidade metodológica; (6) síntese dos dados (metanálise); (7) avaliação da qualidade das evidências; e (8) redação e publicação dos resultados. (GALVAO & PEREIRA, 2014)

A busca exploratória decorreu no mês de Abril de 2021, utilizando combinação de descritores controlados contidos nos vocabulários estruturados Descritores em Ciências da Saúde (DECs) e no Medical Subject Headings (MeSH) bem como seus respectivos descritores em espanhol. A palavra “intersectionality”, mesmo não contendo no MeSH foi utilizada para

melhor aproveitamento e refinamento da pesquisa. Os descritores foram cruzados utilizando o formulário avançado para busca e empregando o operador booleano AND e OR e o uso do truncador (\*) no fim dos termos trans para recuperar mais resultados por permutado de forma a garantir a inclusão de todos os artigos relativos à temática.

Foi escolhido manter apenas o termo “pessoas transgênero” ao termo “travestilidade” pelo fato deste conter tanto no DECs quanto no MeSH, sendo baseado desta forma nas literaturas norte americanas. No quadro 1 se encontra descrito a estratégia de busca nas bases de dados.

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada na revisão:

Base de Dados	Estratégia de busca
PubMed	(“Interseccionalidad) OR (Intersectionality) OR (interseccionalidade”)) [MeSH Terms\Temos Decs]  <b>AND</b>  (“Persona Trans ) OR (Transgender Person) OR (Pessoa transgênero”)) [MeSH Terms\Temos Decs]
BVS	(Interseccionalidad) OR (Intersectionality) OR (interseccionalidade) AND [MeSH Terms\Temos Decs]  <b>AND</b>  (Persona Trans ) OR (Transgender Person) OR (Pessoa transgênero) [MeSH Terms\Temos Decs]
Scielo	(Interseccionalidad) OR (Intersectionality) OR (interseccionalidade) AND [MeSH Terms\Temos Decs]  <b>AND</b>  (Persona Trans ) OR (Transgender Person) OR (Pessoa transgênero) [MeSH Terms\Temos Decs]
Cochrane	(“Transgender Person “) [MeSH Terms\Temos Decs]
CINAHL	(“trans* “)/ (“Interseccional* “)/ (“Transgender Person “) [MeSH Terms\Temos Decs]

#### 1.4.2 Critérios de Elegibilidade

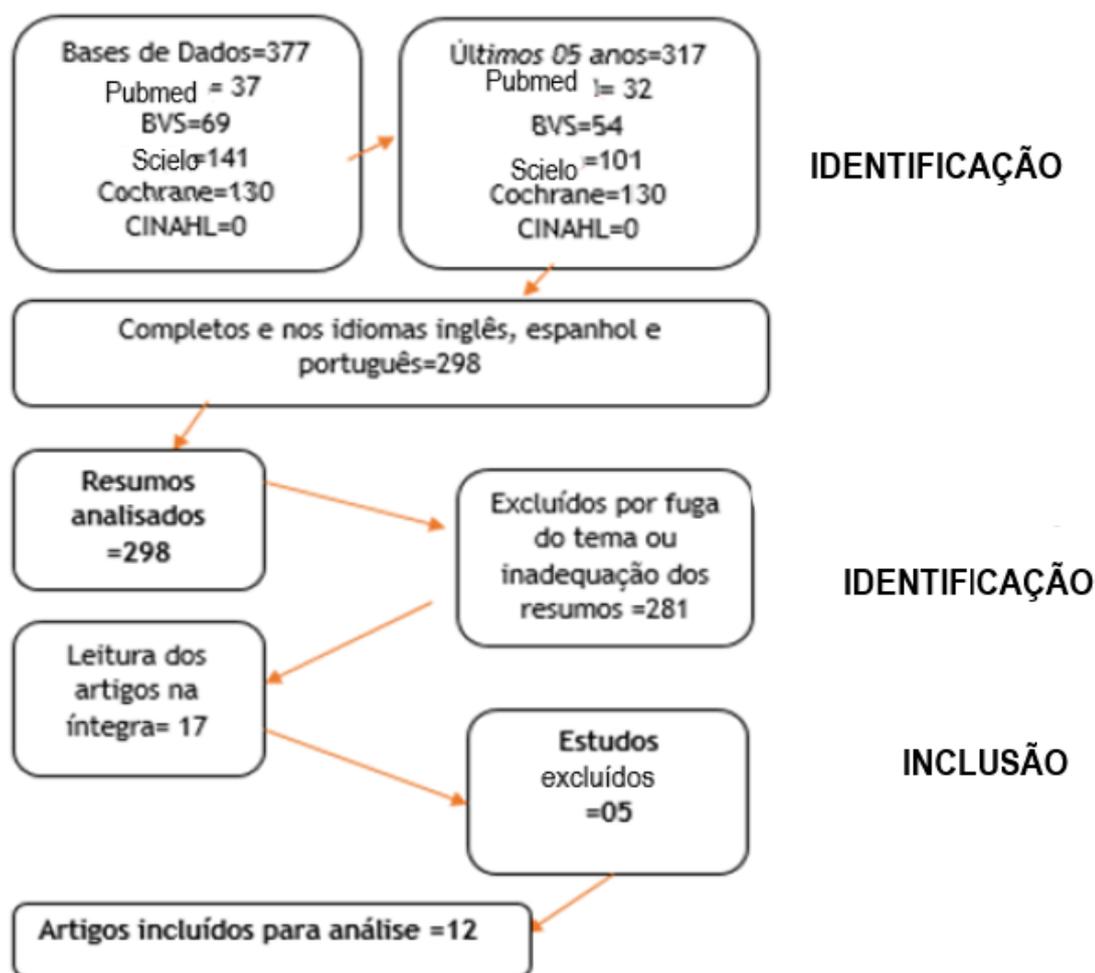
Para ser elegível, os estudos tinham que cumprir os seguintes critérios: avaliar a exposição (interseccionalidade) e o desfecho (discriminação) á população de mulheres transexuais e/ou travestis. A variável de exposição foi a interseccionalidade, conforme definido por Crenshaw (2002). Estudos observacionais, de intervenção e revisões publicados em forma de artigo completo, disponível nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados nos referidos bancos de dados, com recorte temporal de 5 anos.

Estabeleceram se os seguintes critérios de exclusão: indisponibilidade de acesso, publicações duplas, resumos, textos na forma de projetos, editoriais, cartas ao editor, em outros idiomas ou fora do recorte temporal definido e os artigos não articulados à temática.

#### 1.4.3 Resultados da Revisão Integrativa

Foram identificados na busca 377 resumos e após serem analisados selecionaram-se 12 para compor a revisão pois se articulavam à temática. O processo completo de obtenção dos artigos foi realizado conforme descrito na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma com a descrição das etapas de obtenção dos artigos revisados:



#### 1.4.4 Análise dos dados da Revisão Integrativa

Os artigos selecionados foram analisados e desses foram extraídos os seguintes dados: país e ano de publicação, desenho do estudo, população do estudo, métodos e instrumentos utilizados para medir as variáveis de exposição e desfecho, variáveis utilizadas para controle de confundimento, objetivo, resultados e conclusões.

A qualidade geral e metodológica dos estudos, incluindo avaliação do viés, foi avaliada de acordo com a Declaração STROBE (Fortalecimento do Relatório de Estudos Observacionais em Epidemiologia) com pontuação máxima de 22 para os estudos observacionais e PRISMA para as revisões, com pontuação máxima de 27. No quadro 2 se encontram discriminados a síntese dos artigos e suas características. (PAGE et al, 2021; VON ELM E et al, 2008)

Quadro 2 - Caracterização dos artigos recuperados:

Nº,AUTOR,ANO, PAÍS	DESENHO E PONTUAÇÃO O STROBE	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
1.Vazquez, Claudia Lazcano; Toneli, Maria Juracy Filgueiras; Oliveira, João Manuel De., (2019) Brasil	Qualitativo Descritivo	Argumentar a necessidade de considerar a perspectiva intersectorial na formulação e implementação de políticas sociais que, no Brasil, busquem garantir a cidadania às pessoas trans	Há um crescente número de assassinatos de pessoas trans bem como a lgbtfobia estrutural e o descaso do Estado em enfrentá-los.	No Brasil a transnecrobiopolítica se distingue por operar por meio de transfobia institucional e indiferença governamental à morte de pessoas trans. É necessário focar em um campo de discussão que as torna visível.
2.Poteat T, German D, Flynn C. (2016) EUA	Coorte Strobe:21	Comparar os fatores sociais e comportamentais que aumentam a vulnerabilidade ao hiv entre homens que fazem sexo com homens (hsm) e mulheres trans (mt).	Dentre os 645 hsh e 89 mt, as mt eram mais jovens, negras com ensino médio ou menos. Para ambos, o mais forte preditor de positividade para o hiv foi a raça negra, com prevalência ligeiramente maior entre mt.	A disparidade racial significativa no hiv sugere que as experiências de raça e racismo se cruzam com a homofobia e a transfobia para agravar as disparidades existentes.
3. Hatchel, T., & Marx, R., (2018) California	Transversal Strobe:21	Usando dados do califórnia healthy kids survey, o estudo emprega modelagem de equação estrutural para explorar as relações entre pertencer à escola, vitimização de colegas e uso de drogas por jovens transgêneros.	O pertencimento à escola medeia o caminho entre a vitimização de pares e o uso de drogas por jovens transgêneros e que, embora os jovens negros vivenciem uma maior vitimização, eles não se envolvem mais com drogas do que seus pares transgêneros brancos.	Aqueles que se preocupam com o futuro saudável dos jovens transgêneros deveriam advogar por climas escolares mais abertos e afirmativos que gerassem um sentimento de pertencimento e tratassem os jovens transgêneros com dignidade e justiça.
4. Wolford-Clevenger, C., Frantell, K., Smith, P. N., Flores, L. Y., & Stuart, G. L. (2018) EUA	Revisão sistemática PRISMA:25	Resumir e descrever como os correlatos diferem entre os resultados separados de ideação suicida, tentativas, e mortes, de acordo com o atual paradigma de ideação-suicidologia.	Dois revisores independentes pesquisaram três bases de dados, resultando em 45 artigos escritos de janeiro de 1991 a julho de 2017 sobre correlatos de ideação suicida, tentativas e mortes entre pessoas trans para revisão.	Há necessidade de investigar estruturas de ideação com atenção às fontes de dor psicológica, conexão social e capacidade de suicídio exclusivas dessa população, além de compreender a interseccionalidade e seus efeitos sobre o risco de suicídio.
5. Turner, C. M., Ahern, J., Santos, G. M., Arayasirikul, S., & Wilson, E. C. (2019). EUA	Coorte Strobe: 20	Examinar se as respostas dos pais / cuidadores à identidade de gênero estavam associadas ao envolvimento em comportamentos sexuais de risco relacionados ao hiv para mulheres trans, e se essa associação variava por identidade racial / étnica ou idade.	37% se envolveram em relação sexual anal sem preservativo; 12% tiveram renda do trabalho sexual no último mês. Se afastar da família e amigos pela identidade de gênero foi associado a relações sexuais anais sem preservativo (RP ajustada = 1,44, ic 95% = 1,08-1,92, p = 0,01) e trabalho sexual (rp = 2,07, ic 95% = 1,14-3,75, p = 0,02). Receber tratamento ruim de pais / cuidadores	Exposições negativas de pais / cuidadores relacionadas às identidades de gênero foram associadas a comportamentos sexuais de risco relacionados ao hiv aumentados, enquanto a aceitação foi protetora contra relações sexuais anais sem preservativo. Há uma necessidade de

			por causa da identidade de gênero foi associado ao trabalho sexual (rp = 3,47, ic 95% = 1,52-7,95, p <0,01). A maior aceitação dos pais / cuidadores foi associada a uma menor prevalência ajustada de sexo anal sem preservativo.	estudos adicionais que informem as intervenções para mulheres trans jovens com foco nas relações pais / cuidadores para prevenir comportamentos de risco relacionados ao hiv.
6. Maccarthy S, Izenberg M, Barreras JL, Brooks RA, Gonzalez A, Linnemayr S (2020) EUA	Misto: quase experimental e coorte STROBE:16	Entender como COVID-19 afetou os homens das minorias sexuais Latinos(n=36) e mulheres trans latinas(n=16).	Os participantes relataram aumentos no conflito físico ou discussões verbais com parceiro (13,5%) ou outro adulto (19,2%), aumento do consumo de álcool (23,1%), problemas com sono (67,3%) e saúde mental (78,4%), com interrupções no acesso à Prep, menos atenção médica do que o normal (34,6%), e atrasos em hormônios/procedimentos de afirmação de gênero, perda de emprego (50,0%) e preocupações financeiras.	Embora nenhuma infecção por COVID-19 tenha sido observada, esta impactou dramaticamente outros aspectos da saúde e do bem-estar geral. As respostas de saúde pública devem abordar os estressores e o impacto no bem-estar.
7. Agénor, M., Murchison, G. R., Najarro, J., Grimshaw, A., Cottrill, A. A., Janiak, E., Gordon, A. R., & Charlton, B. M. (2021). EUA	Revisão de escopo Prisma:26	Mapear a extensão, o alcance e a natureza da literatura de pesquisa científica sobre a saúde reprodutiva (rh) de transgêneros	2.197 resumos foram identificados e avaliados por dois avaliadores independentes, selecionando 37 artigos de 2000 há 2018 para a revisão em 08 base de dados.	Com literatura limitada, é necessário pesquisas que inclua pessoas transgênero e de gênero diverso do sul global e subpopulações multiplamente marginalizadas orientados pela interseccionalidade, além da implementação de programas, práticas e políticas que diminuam as barreiras em seus vários níveis.
8. Wilson, E. C., Dhakal, M., Sharma, S., Rai, A., Lama, R., Chettri, S., Turner, C. M., Xie, H., Arayasirikul, S., Lin, J., & Banik, S. (2021). Nepal	Transversal Strobe: 20	Determinar a prevalência de HIV em mulheres trans e examinar a relação entre o estigma anti-trans e o risco de HIV, com uma estimativa pontual de HIV por amostragem baseada na população (RDS) para mulheres trans.	As mulheres trans participantes (n = 200) tinham idade média de 33 anos (dp = 10,96) com prevalência de hiv ponderada de 11,3% (ic 95% 6 · 82% - 18 · 13) depressão e ansiedade (apr 0,81; ic 95% 0,67-0,97; p = 0,02) trabalho sexual (apr 1,31; ic 95% 1,01-1,71; p = 0,046) foram significativamente associados com maior prevalência de relações sexuais anais receptivas sem preservativo. O estigma experimentado foi significativamente associado com menor prevalência de depressão e ansiedade (apr 0,42; ic 95% 0,20-0,87; p = 0,02). Sentir-se inaceitável na sociedade e acreditar que as pessoas pensavam que eram criminosos por sua identidade trans foi significativamente associado à maior prevalência de trabalho sexual atual (apr 1,36; ic 95% 1,03-1,78; p = 0,03; apr 1,45; ic 95% 1,03-2,07; p = 0,04). Cada medida de estigma experiente avaliada foi	Mulheres trans são altamente estigmatizadas no Nepal, levando a fatores individuais e sistêmicos que impactam seu risco de hiv. São necessárias intervenções que apoiem o bem-estar econômico e mental das mulheres trans para prevenir seu elevado risco de estigma contra o hiv.

			significativamente associada com maior prevalência de envolvimento atual no trabalho sexual.	
9. Posso, Jeanny Lucero, & Furcia, Ange La. (2016). Colombia	Pesquisa etnográfica exploratória	Analisar as imbricações de gênero, classe, etnia e sexualidade nas trajetórias de trabalho de um grupo transfeminino de estilistas em Santiago de Cali e na ilha de San Andrés, na Colômbia.	As distâncias sociais construídas entre diversos atores criam significados específicos a respeito do trabalho em salões de cabeleireiro e suas fronteiras confusas com a prostituição.	O efeito da dominação de classe e cisgênero impede a ascensão social das mulheres trans, calças e o tabu heterossexista do sistema étnico proíbe e nega as feminilidades trans como parte da identidade raiz.
10. Malfrán, Yárlenis Mestre, & Oliveira, João Manuel De. (2020). Cuba	Qualitativo Descritivo	Discute a configuração da cidadania trans em Cuba a partir do cruzamento de várias fontes; com foco nos usos e efeitos das políticas.	O foco se dá na análise à Resolução 126 de 2008 do Ministério da Saúde Pública para ou atenção a transexuais, ou o relato de um informante e produções acadêmicas nacionais que debatem sobre o assunto.	Uma política pública para o cidadão trans em Cuba precisa incorporar gênero desde uma perspectiva interseccional, como garantia de uma agenda inclusiva e transformadora de vulnerabilidades interseccionais que limitam suas vidas.
11- Galvan FH, Chen YT, Contreras R, O'Connell B. (2019) EUA	Transversal STROBE:20	Examinar a violência infligida a transgêneros latinos com HIV por parceiros primários, parceiros sexuais e conhecidos / estranhos.	(n=150) As taxas de violência foram de 47-50%. Para violência por parceiros primários, o apoio de pessoas cisgênero foi associado a uma menor probabilidade de violência (AOR 0,56; IC 0,32, 0,98; p <0,05). Para violência por parceiros sexuais, história de abuso sexual na infância foi associada a uma maior probabilidade de violência (AOR 2,64; IC 1,10, 6,34; p <0,05). Para a violência a discriminação foi associada a uma maior probabilidade de violência (AOR 2,84; IC 1,16, 6,94; p <0,05) e apoio social de pessoas cisgênero com menor probabilidade (AOR 0,58; IC 0,37, 0,92; p < 0,05).	São necessárias intervenções nos níveis individual, institucional e sistêmico para erradicar essa violência.
12. Lacombe-Duncan A. (2016) Canadá	Qualitativo Descritivo	Descrever a interseccionalidade como uma abordagem teórica e explorar como os sistemas de opressão	Os sistemas de opressão se cruzam, incluindo estigma relacionado ao HIV, cisnormatividade, sexismo / transmisoginia, estigma de inconformidade de gênero, classismo, trabalho sexual e estigma do uso de substâncias e racismo	O HIV é uma epidemia social que afeta desproporcionalmente pessoas em situação de exclusão social. A abordagem interseccional possibilita melhorar a saúde e o bem-estar super-representada e pouco pesquisada.

Dentre os 12 artigos selecionados, seis são de cunho epidemiológicos (50%), quatro qualitativo (33%) e dois revisões de literatura (17%); dentre estes, três eram transversais (25%), não podendo assim fazer inferências causais sobre as conclusões.

Metade destes abordou o tema HIV (50%), sete abordaram a patologias mentais (58%), quatro perpassaram pela temática droga e trabalho sexual (ambos 33%) e cinco sobre violência (42%) onde podemos perceber a predominância e importância destes assuntos, onde se evidenciou que as violências são algo rotineiro na vida das mulheres trans, sendo perpetradas por seus parceiros íntimos (e outros atores sociais) e podendo ser agravada pela estética apresentada por estas e que dentre as estratégias de enfrentamento adotadas pelas mulheres trans às discriminações temos a busca de apoio social e o uso de drogas como forma de lidar com os estressores; um dos textos abordava as consequências da pandemia de COVID-19 (8%).

Apenas uma das publicações retratava a população de mulheres trans brasileiras (8%) e dois da população da América Latina (17%), onde, apesar do contexto precário em que as mulheres trans vivem no Brasil, percebemos a pequena quantidade de estudos, sendo necessário que os pesquisadores voltem o olhar a esta população.

Dos estudos, 11 (92%) mostraram que se torna necessário pensar em políticas públicas dirigidas a esta população, onde se vê a necessidade de traçar uma relação entre o campo das políticas públicas e da perspectiva intersetorial, buscamos reformular o bases para enfrentar o emaranhado de formas de opressão enfrentadas por esta população e enfrentar as insuficiências das políticas sociais de promoção da sua cidadania, problematizar as estratégias necrobiopolíticas nos espaços institucionais, como em hospitais, ambulatórios e faculdades, conferindo o amplo acesso das pessoas trans a uma assistência que responda as suas demandas e apoiar organizações sociais que trabalhem em prol destas.

Todos os artigos abordaram a interseccionalidade no que diz respeito à discriminação (100%), onde foi evidenciado que posições sociais marginalizadas eram estruturalmente produzidas nas interseções de cor, etnia, cidadania, gênero, sexualidade, idade, deficiência e classe, onde se notou relações claras da interseccionalidade com piora dos marcadores de discriminação em geral, trazendo graves prejuízos em suas vidas em diversas áreas.

Em relação à qualidade dos estudos selecionados, os scores médios corresponderam a 19,6 pontos para os estudos observacionais (n =seis), avaliados usando a Declaração STROBE e 25,5

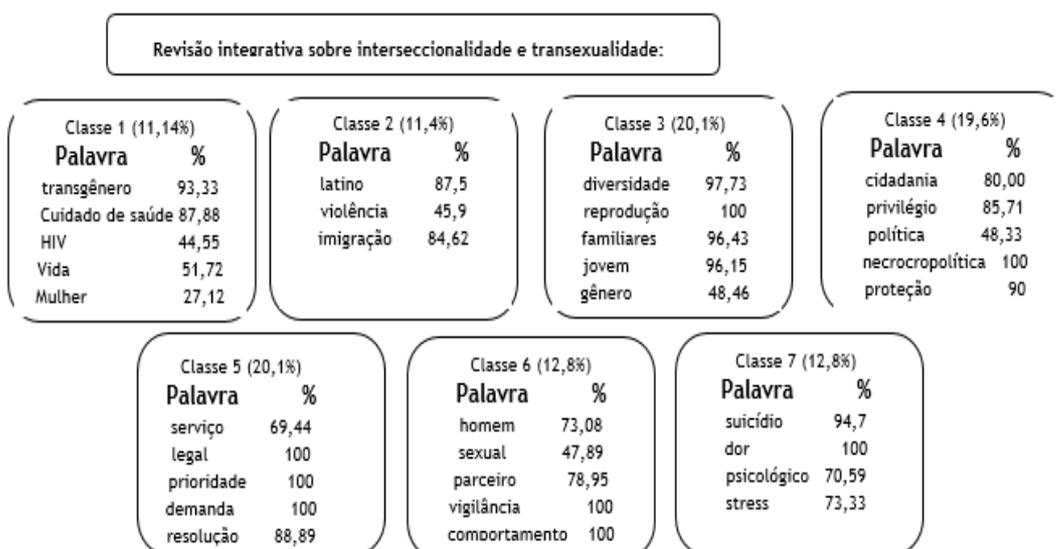
pontos para as revisões (n =dois), avaliados usando a Declaração PRISMA.(PAGE et al, 2020; VON ELM et al, 2008)

#### 1.4.5 Análise lexicográfica da Revisão Integrativa

Os textos analisados também foram submetidos à análise lexicográfica para construção dos segmentos de texto na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) na análise de similitude das classes com auxílio do software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ) como métodos de tratamento dos dados, permitindo identificar as conexidades entre as palavras. (CAMARGO & JUSTO, 2018)

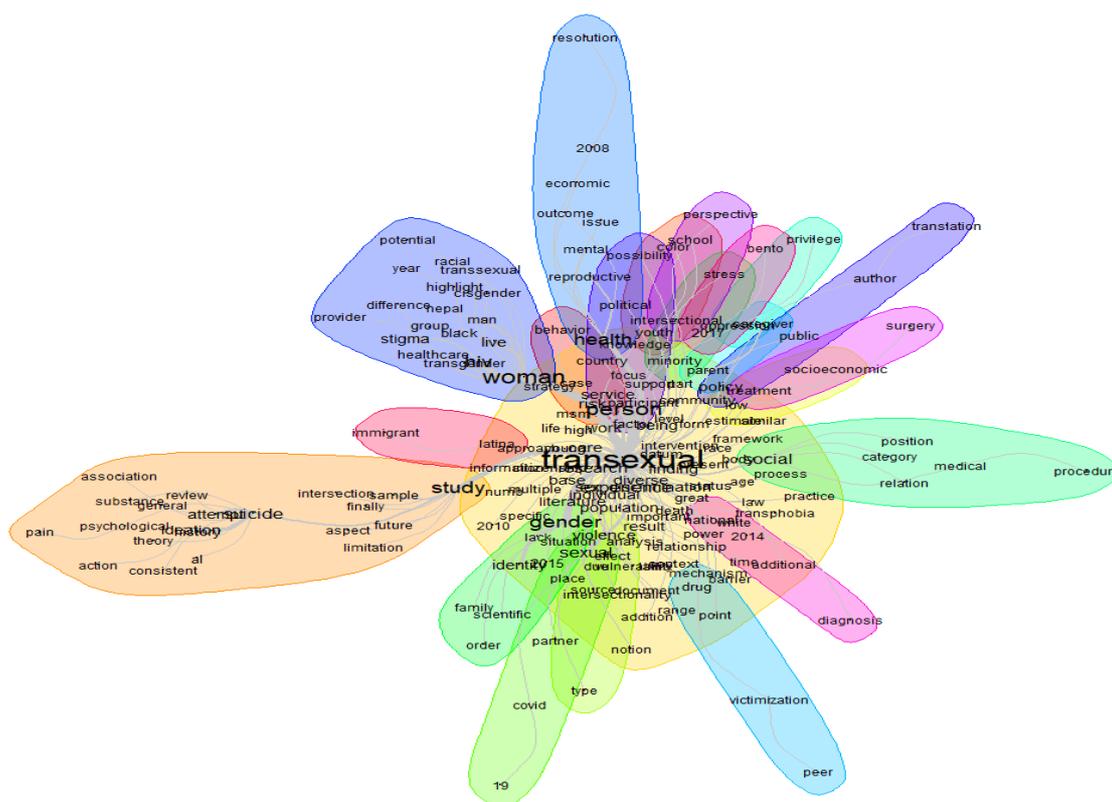
Para a análise lexicográfica o corpus textual foi composto por 25.040 palavras, com aproveitamento de 89,00% dos textos pela CHD. O corpus textual foi repartido em sete classes, sendo as classes mais representativas no discurso as que versam sobre sexualidade e cidadania, onde percebemos que tais categorias apresentam os aspectos mais frequentes nos textos e conseqüentemente mais. O sistema obteve classes formadas por palavras que são significativamente associadas com aquela classe, onde a significância começa com o quiquadrado igual á 2. (Figura 2)

Figura 2 - Dendograma da CHD acerca revisão integrativa:



A análise de similitude permite compreender as semelhanças entre todas as classes. Denota-se claramente uma grande repercussão nas palavras transexual, mulher, gênero, pessoa, saúde e estudo, onde todos os grupos se interseccionam.

Figura 3 - Análise de similitude acerca da revisão integrativa:



#### 1.4.6 Discussão da Revisão Integrativa

##### 1.4.6.1 Categoria 1: Interseccionalidade como multiplicador de opressões: Tipificação da discriminação e a marginalização da população

Mulheres trans em todo o mundo experimentam formas cruzadas de discriminação devido a suas posições sociais marginalizadas, estruturalmente produzidas nas interseções de cor, etnia, cidadania, gênero, sexualidade, idade, deficiência e classe. (AGÉNOR et al, 2021; GALVAN et al, 2019; HATCHEL, & MARX; WOLFORD-CLEVINGER et al, 2018; LACOMBE-DUNCAN, 2016; MACCARTHY, IZENBERG & BARRERAS, 2020; MALFRAN & OLIVEIRA et al, 2020; POSSO & FURCIA, 2016; POTEAT T, GERMAN & FLYNN 2016; TUENER et al, 2019; VAZQUES, TONELI, & OLIVEIRA, 2019, WILSON et al, 2021)

Com o Brasil liderando o ranking mundial de assassinatos de pessoas trans, em 2019 houve aumento de 54% dos homicídios das mulheres trans negras em comparação com a diminuição de 9,8% nas mulheres trans brancas, com um assassinato ocorrendo a cada 48 horas. (ANTRA, 2019)

As discriminações podem ocorrer pelos mais diversos motivos, porém a não conformidade de gênero e identidade sexual auto reconhecida são os mais presentes. Percebemos aí o quanto que a estética transexual decide sobre a sua aceitabilidade. Aproximadamente 75% a 95% das mulheres transexuais nos EUA (Estados Unidos da América) utilizam a terapia hormonal de afirmação de gênero, sendo uma prioridade visto que ao expressar seu gênero, elas experimentam maior risco de violência ou discriminação. (LACOMBE-DUNCAN, 2016)

As violências ocorrem em uma variedade de locais, incluindo a própria residência, o trabalho (salões de beleza, ruas, bordéis) e até estabelecimentos de saúde, podendo assumir muitas formas escalonando de assédio verbal até ataques físicos reais, por vezes resultando em homicídios. Em pesquisa realizada em 2015 nos EUA com 27.715 homens e mulheres transgêneros, 46% relataram ter sido assediados verbalmente, 9% foram agredidos fisicamente e 10% sofreram violência sexual no ano anterior. Todas as categorias de violência foram mais altas para a população de pessoas transgênero. Estimativas mostram que mulheres transgênero negras e latinas representam quase 93% de todas as vítimas de homicídio transgênero nos EUA, onde estas também são assediadas regularmente até pela polícia. (GALVAN et al, 2019; WILSON et al, 2021)

De antemão, em pesquisa de 2016 envolvendo 89 mulheres transgênero e 645 homens que tem relações sexuais com outros homens, as experiências de discriminação e violência foram generalizadas. Quando questionados diretamente sobre experiências de discriminação, 71% dos entrevistados relataram ter sido assediados verbalmente, 60% relataram problemas para conseguir um emprego e 54% relataram perder o emprego por causa de seu gênero; 39% de todos os participantes relataram que foram abusados sexualmente e 29% foram agredidos fisicamente ou espancados. (POTEAT T, GERMAN & FLYNN 2016)

Os perpetradores incluem parceiros íntimos primários, parceiros sexuais ou estranhos. Em um estudo com 157 mulheres transexuais se constatou que o mais comum eram os parceiros íntimos, ocorrendo agressões sexuais forçadas, recusa de práticas sexuais seguras, intimidação e violência física. O abuso primário do parceiro contra mulheres transexuais também pode

assumir formas únicas não encontradas entre as populações cisgênero. Incluindo ameaça a revelação da identidade de gênero e controle do uso de hormônios. (GALVAN et al, 2019)

Em estudo com transexuais estadunidense com idade entre 13 e 17 anos, 50,9% dos relataram que sua escola os proibia de usar seus nomes e pronomes corretos, 90% relataram ouvir calúnias anti-LGBTQ, 87% assédio verbal, 53% assédio físico e 26% agressão física e em outra pesquisa, 12% relataram agressão sexual. Não é surpreendente que muitos jovens trans desistam da escola para evitar o assédio que relatam ter experimentado. (HATCHEL, & MARX; WOLFORD-CLEVINGER et al, 2018;)

Estudos que analisaram as mulheres transgêneros com HIV constataram que estas são mais propensas do que as pessoas cisgêneros com HIV a experimentar a marginalização socioeconômica e discriminação, onde a baixa renda e a falta de moradia representam uma desvantagem para o acesso à saúde relacionada ao HIV. (GALVAN et al, 2019; LACOMBE-DUNCAN, 2016; POTEAT T, GERMAN & FLYNN 2016)

A violência de qualquer origem vivida por pessoas trans coloca estresse adicional em uma população que já enfrenta fardos sociais, psicológicos e de saúde significativos. Assédio, negação ao emprego ou moradia, tratamento desigual, ocultação forçada de sua identificação de gênero, recusa de atendimento médico, encarceramento devido à sua identidade ou expressão de gênero, abuso sexual na infância também estão entre as violências mais sofridas por esta população. Não obstante, mulheres transexuais negras lideram as taxas de trabalho sexual, infecção por HIV, vulnerabilidade econômica e encarceramento fazendo que na atualidade exista um crescimento superlativo das pessoas trans em situação de rua. (ASSIS, 2019; GALVAN et al, 2019; TURNER et al, 2019)

A etnofobia anti-negro sistêmica, o heterocispatriarcado e a transfobia operam dentro de uma economia capitalista para produzir segregação habitacional, encarceramento em massa, empregos precários e extrema vulnerabilidade à violência para esta população, bem como como essas estruturas perpetuam a objetificação e criminalização da feminilidade negra. (GALVAN et al, 2019; LACOMBE-DUNCAN, 2016; MALFRAN & OLIVEIRA et al, 2020; POSSO & FURCIA, 2016;)

Mulheres transexuais negras tem mais risco de contrair HIV por realizarem sexo anal receptivo sem camisinha, tem menos estudo, sofrem mais injurias raciais, são mais vulneráveis á

falta de moradia na infância, encarceramento e a se tornarem trabalhadoras do sexo. (LACOMBE-DUNCAN, 2016)

Em estudo sobre mulheres transgênero auto identificadas de cor negra, descobriu que elas enfrentavam normas sociais e expectativas sobre feminilidade moldadas por racismo e sexismo, o que levou a experiências de objetificação, vitimização e ameaça de identidade. Destas, 24% relataram discriminação relacionada a identidade de gênero no ano anterior e 30% das entrevistadas empregadas relataram discriminação relacionada ao trabalho, onde as negras relataram taxas ainda mais altas. As diferenças raciais nas narrativas de discriminação são notáveis, onde estão mais próximas da prática da prostituição. Além da pouca acessibilidade aos serviços das pessoas jurídicas que tratam situações de discriminação. (GALVAN et al, 2019; LACOMBE-DUNCAN, 2016; MALFRAN & OLIVEIRA et al, 2020; POSSO & FURCIA, 2016)

As famílias são mais propensas a rejeitar as crianças transexuais do que crianças gays. A rejeição familiar com a concomitante perda de apoio emocional e financeiro leva muitas mulheres transexuais ao trabalho sexual. O trabalho sexual é capaz de fornecer dinheiro para o sustento e também fundos para intervenções de afirmação de gênero, como terapia hormonal. Como profissionais do sexo, estas são vulneráveis á infecção por HIV e ao encarceramento por causa de uma complexa interação de discriminação e violência sistêmica, interpessoal, individual e sofrem abuso sexual. (GALVAN et al, 2019; MACCARTHY, IZENBERG & BARRERAS, 2020; MALFRAN & OLIVEIRA et al, 2020; POSSO & FURCIA, 2016; POTEAT T, GERMAN & FLYNN, 2016)

#### 1.4.6.2 Categoria 2: Dificuldade de acesso ao cuidado e a precarização da saúde

Ao pesquisarmos sobre a saúde da população transgênero e suas particularidades, necessitamos investigar sobre as relações entre as camadas de marginalização, discriminação e iniquidades em saúde. Apesar de uma saúde mais precária, as mulheres transsexuais enfrentam barreiras significativas no acesso a cuidados de saúde devido à discriminação, assédio e recusa de cuidados de saúde. (POSSO & FURCIA, 2016; WILSON et al, 2021)

Pessoas trans destacam experiências de estigma transfóbico e discriminação dentro dos próprios serviços de saúde, onde o acesso aos cuidados de saúde relacionados às pessoas com

HIV é experimentado de forma diferente na interseção das várias formas de discriminação, pois além da transfobia, ainda há a estigmatização da pessoa com HIV e a ainda marcante presunção da prostituição. (LACOMBE-DUNCAN, 2016; POSSO & FURCIA, 2016; WILSON et al, 2021)

Em todo o mundo a infecção pelo HIV é mais recorrente entre mulheres transexuais em comparação aos adultos em idade reprodutiva, e as negras apresentam uma carga desproporcionalmente maior. Há disparidades nos cuidados relacionados á interseccionalidade, o que se torna uma barreira para a prevenção e o cuidado precoce e eficaz do HIV. Estudos mostram que mulheres trans são menos propensas a aderir à terapia antirretroviral ou a alcançar supressão durável da carga viral do HIV enfrentando risco elevado de mortalidade. (LACOMBE-DUNCAN, 2016; POTEAT T, GERMAN & FLYNN 2016)

Alguns estudos estadunidenses mostram que as mulheres trans apresentaram a mesma taxa de ISTs do que homens que tem relações sexuais com outros homens, sendo as mulheres trans eram as que mais utilizavam preservativos. No modelo de regressão logística multivariável que incluiu raça, idade, identidade de gênero e orientação sexual, a identidade transgênero não foi significativamente associada ao status de HIV, porém a raça foi o preditor mais forte de infecção pelo HIV [IC: 6,3, 17,0, p = 0,0001], onde os negros tinham 10 vezes mais chances de estarem infectados. (HACHEL, & MARX; WOLFORD-CLEVENGER et al, 2018; MACCARTHY, IZENBERG & BARRERAS, 2020; POTEAT T, GERMAN & FLYNN 2016)

Em relação à dimensão mental as populações transgênero também enfrentam iniquidades significativas. Em comparação com população não transgêneros, as pessoas trans tiveram prevalência desproporcionalmente maior de tentativas de suicídio, depressão e uso de substâncias, com taxas ainda mais elevadas entre os negros e os deficientes. Em metanálise de 29 estudos evidenciou que 26,7% destes usavam drogas ilícitas e 43,7% abusavam de álcool, porém em outro estudo as descobertas sobre diferenças raciais / étnicas na ideação e tentativas de suicídio foram inconsistentes. (POTEAT T, GERMAN & FLYNN 2016; POSSO & FURCIA, 2016; TUENER et al, 2019)

Como recurso para a melhoria da saúde mental, mulheres trans comumente utilizam a terapia hormonal de afirmação de gênero visando o alinhamento do corpo com a identidade de gênero, porém este aumenta os riscos de doenças cardiovasculares. Mulheres transexuais negras são mais propensas a terem problemas relacionados ao âmbito psicológico e doenças cardiovasculares. (POTEAT T, GERMAN & FLYNN 2016; TUENER et al, 2019)

Mulheres trans com história de cirurgia de reafirmação sexual e no tórax relataram menor ideação suicida, onde indivíduos atribuídos ao sexo feminino no nascimento relataram maior ideação do que indivíduos atribuídos ao sexo masculino no nascimento. As atitudes da família em relação à religião não foram associadas à história atual ou ao longo da vida de ideação suicida. Vale ressaltar que o sofrimento mental é um conhecido fator de envolvimento em comportamentos sexuais de risco relacionados ao HIV entre mulheres trans. (POSSO & FURCIA, 2016; POTEAT T, GERMAN & FLYNN 2016; TUENER et al, 2019)

O estigma e a discriminação generalizados em vários níveis atuam como estressores psicossociais e moldam as disparidades de saúde para essa população, que se acumulam às altas taxas de pobreza e insegurança habitacional criando assim barreiras que prejudicam fundamentalmente a saúde e o bem-estar desta população, que enfrentaram barreiras para alcançar suas intenções e desejos de fertilidade devido à falta de cuidados que atendam às suas necessidades únicas e específicas e os altos custos. (LACOMBE-DUNCAN, 2016; WILSON et al, 2021)

#### 1.4.6.3 Categoria 3: Necessidade de Políticas Públicas Específicas e o enfrentamento da InJustiça.

As desigualdades sociais e a distribuição dos determinantes sociais da saúde não são aleatórias ou acidentais, mas sim injustiças, desnecessárias e evitáveis que foram sistematicamente produzidas ao longo do tempo por meio de estruturas de poder ativamente mantidas. (AGÉNOR et al, 2021; GALVAN et al, 2019; HATCHEL, & MARX; WOLFORD-CLEVENGER et al, 2018; LACOMBE-DUNCAN, 2016; MACCARTHY, IZENBERG & BARRERAS, 2020; MALFRAN & OLIVEIRA et al, 2020; POSSO & FURCIA, 2016; POTEAT T, GERMAN & FLYNN 2016; TUENER et al, 2019; VAZQUES, TONELI, & OLIVEIRA, 2019, WILSON et al, 2021)

No nível individual, as estratégias de enfrentamento adotadas pelas mulheres trans vão desde o uso de drogas até a busca de apoio social. (GALVAN et al, 2019; LACOMBE-DUNCAN, 2016)

Jovens trans que têm apoio social foram associadas a resultados positivos de saúde mental, onde mesmo durante a idade adulta, os pais e responsáveis continuam a influenciar os

comportamentos de saúde de seus filhos lésbicas, gays e bissexuais. (HATCHEL, & MARX; WOLFORD-CLEVINGER et al, 2018; MACCARTHY, IZENBERG & BARRERAS, 2020), porém estudo evidencia que menos de 3% destas viviam com seus pais (WILSON et al, 2021) onde fastar-se da família/amigos foi associado tanto à relação anal sem preservativo quanto ao trabalho sexual. (HATCHEL, & MARX; WOLFORD-CLEVINGER et al, 2018; MACCARTHY, IZENBERG & BARRERAS, 2020)

Neste interim, é necessário melhorar as estratégias no campo de saúde pública com enfoque nas políticas específicas que garantam a permanência no sistema educativo, emprego digno, apoio jurídico, saúde; afinal, direito a cidadania. (GALVAN et al, 2019)

Em relação a pandemia de COVID-19, as respostas devem abordar além dos estressores observados em outros estudos com a população em geral, pois a mesma exacerba as disparidades já existentes. (AGÉNOR et al, 2021)

#### 1.4.7 Conclusão da Revisão Integrativa

Pesquisas adicionais são necessárias para identificar os fatores que podem estar associados à violência contra a população de mulheres trans pois tais informações levam a melhores intervenções nos campos de saúde pública e justiça social.

É fundamental criar mecanismos de proteção para amenizar as desigualdades sociais reconhecendo as formas complexas como o poder opera para criar iniquidades nos resultados de saúde. O papel do Estado e das organizações da sociedade civil é fundamental para o desenvolvendo de políticas públicas que possam fornecer políticas de compensação capazes de melhorar a vida desta população que se encontra em desvantagem social, econômica e política.

A meritocracia expressada em nossa sociedade vem sendo uma desculpa para alicerçar as discriminações, condições estruturais do racismo, etnofobia, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, e na base da pirâmide discriminatória se encontram as mulheres transexuais negras. Sua marginalização, baixa expectativa e qualidade de vida refletem diretamente esta realidade.

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 Desenho do estudo

Estudo observacional do tipo transversal através da pesquisa intitulada “EVAS: estudo sobre violências e autoavaliação de saúde de travestis e mulheres transexuais do Rio de Janeiro”, coordenada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), com participação do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (INI/FIOCRUZ) e da Universidade da Califórnia (UC).

### 2.2 Cenário

O local da coleta de dados foi o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), criado em 2010, localizado no campus de Manguinhos da Fiocruz. Originado do Hospital de Manguinhos, criado em 1912 com objetivo de modernizar os hospitais de isolamento da Diretoria Geral de Saúde Pública. Paralelamente às pesquisas em pacientes com doença de Chagas, desde o início foram atendidos doentes com outras enfermidades, como parasitoses intestinais, malária, boubá, sífilis, leishmanioses, tuberculose, febre tifoide, pneumonia e elefantíase. Recebeu o nome de Hospital Evandro Chagas em homenagem ao filho de Carlos Chagas após sua morte enquanto estudante de medicina da instituição. (COC, Decreto N. 9.346, 24/01/12; GUIMARÃES, S.D.)

Em 1986, o Hospital Evandro Chagas recebeu o primeiro caso de HIV/AIDS, doença que se tornou notória por atingir grupos reconhecidos pela homossexualidade. Em 1987 é realizado um convênio entre a Fiocruz e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para a realização de pesquisas em HIV/AIDS e desde então tem se consolidado como Unidade da Fiocruz voltada para a pesquisa clínica, ensino, serviços de referência e assistência em doenças infecciosas. Integrando a Rede de Pesquisa Clínica da Fundação

Oswaldo Cruz As atividades no Hospital seriam retomadas aos poucos após grande crise nacional na década 1990, se tornando um grande centro de pesquisas e atendimentos em doenças infecciosas com reconhecimento internacional. (COC, Decreto N. 9.346, 24/01/12; GUIMARÃES, S.D.)

Por se referência em tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, o INI recebe uma grande quantidade de mulheres trans, onde estas são acolhidas por equipe multidisciplinar capacitada, sendo um espaço de cuidado e convívio mutuo.

O INI/FIOCRUZ fica localizado no município do Rio de Janeiro, sendo este o mais populoso do Estado do Rio de Janeiro e o 2º mais populoso do país, com aproximadamente 6,5 milhões de habitantes e apresenta uma área geográfica de 1.200.177 km<sup>2</sup>, sendo a quinta maior cidade do Estado (dentre os 92 municípios). Não foi possível encontrar dados sociodemográficos oficiais que contemplassem todas as categorias da população transexual. Entretanto, a DPU (Defensoria Pública da União) enviou recomendação ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para que incluía em seu próximo Censo questionamentos acerca da identidade de gênero e da orientação sexual dos entrevistados. (IBGE, 2010; 2017)

### 2.3 População do estudo

Na medida em que se pretendeu analisar as formas de discriminação cruzada vivenciadas por uma população de difícil acesso e suas relações com a autoavaliação em saúde, optou-se por se realizar uma amostragem não probabilística por conveniência de um universo de 300 mulheres trans que faziam acompanhamento pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Elas eram abordadas na sala de espera e caso aceitassem e estivesse dentro dos critérios de inclusão, eram encaminhadas a um local reservado para o início da pesquisa. A amostra final contou com a participação de 139 participantes.

A presente proposta utilizou os seguintes critérios de inclusão: autoidentificação como mulheres trans (transexuais e travestis) e com 18 anos de idade ou mais. E como critérios de exclusão: sua participação em pesquisas que não permitissem sua inclusão em outros projetos e

participantes que apresentassem transtornos mentais e comportamentais com condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas a angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global.

#### **2.4 Procedimentos de coleta de dados**

Este projeto é uma análise primária do banco previamente construído pela equipe do Projeto EVAS, onde a coleta dos dados ocorreu entre os meses de julho de 2019 e março de 2020, por meio de entrevistas face-a-face, com respostas contendo múltiplas opções e que melhor atendiam a situação, condição ou pensamento das entrevistadas no instante da pesquisa. A coleta foi interrompida em março de 2020 em decorrência da pandemia de Covid-19, uma vez que o fenômeno das violências sofreu mudanças.

Os registros dos dados ocorreram em um notebook com senha. Um servidor na nuvem manteve estes dados registrados de modo online. Alunos de iniciação científica e de pós-graduação stricto sensu (mestrado e doutorado) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, da Fundação Oswaldo Cruz e da Universidade Estácio de Sá participaram como assistentes de pesquisa do projeto após treinamento permanecendo a todo momento sob supervisão dos membros da pesquisa.

Este treinamento foi realizado juntamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ para a melhor abordagem da população trans onde os assistentes de pesquisa contaram com aplicação de instrumentos para a padronização das entrevistas e reuniões com representantes do público-alvo (travestis e mulheres transexuais) para adaptação deste instrumento e do processo de realização das entrevistas à cultura do grupo.

#### **2.5 Instrumento e variáveis do estudo**

O estudo de base contou com um instrumento multidimensional (ANEXO A) que aferiu os seguintes fenômenos: violência autoprovocada, autoavaliação de saúde, maus-tratos sofridos

na infância / traumas na infância, violência comunitária, experiências com a violência, estratégias de evitação e proteção da violência, discriminação, violência entre parceiros íntimos, características sociodemográficas, características de acesso à saúde e doenças e condições referidas. Este estudo terá como desfecho a autoavaliação de saúde, como exposições de interesse as discriminações vividas pelas participantes, dentre outras covariáveis que serão descritas a seguir.

### 2.5.1 Desfecho

A variável desfecho deste estudo será a autoavaliação de saúde, mensurada a partir do item “Em geral, como você avalia a sua saúde?”, e tendo como categorias de resposta as opções “excelente”, “muito boa”, “boa”, “razoável” e “ruim”, conforme recomendado pela literatura sobre o tema (HUNT, et al, 1980; MILUMPALO et al, 1997). Estas serão dicotomizadas em “excelente/ muito boa/ boa” e “razoável/ruim” para apresentar amostra significativa na análise. Este item tem sido utilizado como forma de aferir a saúde global, ou seja, o estado de saúde percebido pelas pessoas, tendo boas capacidades de reprodutibilidade e concordância com o estado de saúde aferido por profissionais (avaliação média). Este item tradicionalmente é utilizado em trabalhos nacionais e internacionais (AQUINO et al, 2009; ILDER et al, 1997, HUNT, et al, 1980; MILUMPALO et al, 1997), incluindo a Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. (IBGE, 2013)

### 2.5.2 Exposição de interesse

Considerando que a exposição de interesse desta investigação é o processo discriminatório vivenciado pela população de estudo, será utilizado um conjunto de variáveis que mapearam as discriminações por idade, cor, gênero, classe, religião, presentes no instrumento do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania – CESEC (MUSUMECI et al, 2011). Este instrumental, que tem sido utilizado tradicionalmente em jovens, aborda módulos

sobre as violências comunitárias, experiências com a polícia e processos discriminatórios e de preconceito.

Como itens selecionados para esta dissertação, tem-se: “Eu gostaria que você me dissesse se você já se sentiu rejeitada ou discriminada por causa de algum desses motivos”: “pela sua aparência”, “por ser jovem”, “por ser mais velha” (acrescentado pelos autores), “por sua condição financeira”, “pelo seu local de moradia”, “pela sua cor ou raça”, “pela sua religião”, “pela sua identidade de gênero” (acrescentado pelos autores), “pela sua orientação sexual” (acrescentado pelos autores), “por outro motivo; qual”. Como categorias de respostas para cada item mapeado esteve presente as seguintes possibilidades: “uma vez”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “nunca” e “não sabe/não respondeu”.

As categorias “não sabe” e “não respondeu” serão consideradas como dados faltantes (“*missing data*”). Já a positividade de experiência discriminatória será considerada quando ao menos um dos itens anteriores apresentar alguma resposta positiva, ou seja: “uma vez”, “algumas vezes” e “muitas vezes”. Portanto, será considerado como discriminação ausente quando a categoria “nunca” foi respondida em todas as formas mapeadas, sendo dicotomizadas as variáveis: cor como “branca” e “não branca”, escolaridade “menos de oito anos de estudo” “mais de oito anos de estudo”; a variável possui alguma doença? e já sofreu alguma discriminação onde foram cruzadas todas as variáveis contendo doenças e discriminações, sendo dicotomizadas em sim/não, para melhor avaliação do fenômeno. As seguintes variáveis foram modificadas: renda mensal em “menos de 500 reais” “entre 500 reais e um salário mínimo” “mais de um salário mínimo”, idade em: “de 18 a 29 anos” “de 30 a 35 anos” “Acima 35 anos” para melhor avaliação do fenômeno.

Além disso, as discriminações por cor/etnia, renda, identidade de gênero e orientação sexual também serão tratadas em separado, visando aferir individualmente os efeitos do racismo e da discriminação por gênero e orientação sexual sobre o desfecho, onde foi criada nova variável cruzando as discriminações de cor/etnia e renda para melhor análise.

### 2.5.3 Covariáveis

São covariáveis a serem tratadas como variáveis de confundimento e/ou modificadoras de efeito durante as análises:

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis. (continua)

<b>Variável Sociodemográfica</b>	<b>Pergunta No Questionário</b>	<b>Tratamento Da Variável</b>
Idade	“Quantos anos você tem?”	Criação de faixa etária
Etnia/Cor	“Como você classifica a sua cor/etnia?”	Agrupada em: “(1) Branca; (2) Preta; (3) Amarela; (4) Parda; (5) Indígena”
Escolaridade	“Qual a sua escolaridade? “	Agrupada em: “(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.”
Situação Conjugal	“Qual a sua situação conjugal?”	Agrupada em: “(1) Solteira; (2) Namorando; (3) União consensual/Amigada; (4) Casada”
	Caso Resposta for “solteira”: “Mas você já teve parceiro fixo, namorou, “juntou” ou se casou alguma vez?”	Agrupada em: “(0) Não; (1) Sim”
Se Possui Filhos	“Você tem filhos biológicos?”	Agrupada em: “(1) Sim; (2) Não”
Núcleo De Moradia	“Contando com você, quantas pessoas moram nesta casa?”	Criação de intervalos de valores
Condição De Moradia	“Quantos cômodos têm na sua casa incluindo a cozinha e o banheiro e sem contar com a varanda ou a área?”	Criação de intervalos de valores  Agrupada em: “(1) Madeira ou tijolo; (0) Outros materiais.”
	“De que material é construída a maior parte da sua casa? “	Agrupada em: “(1) Cimento, madeira tratada, tacos, cerâmicos ou ladrilhos; (0) Madeira bruta, barro, terra, areia, etc.”
	“De que material é feito a maior parte do chão da sua casa? “	Agrupada em: “(0) Não; (1) Sim”
	“Sua casa tem luz elétrica da LIGHT?”	Agrupada em: “(2) Rede geral de esgoto; (1) Fossa; (0) Vala aberta”
	“Para onde vai o esgoto da sua casa?”	Agrupada em: “(2) É recolhido
	“Aonde você joga o lixo? “	

	em casa pelo lixeiro; (1) Na caçamba;(0) Em local aberto ou terreno baldio.”
--	--

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis. (conclusão)

Orientação Sexual	“Qual sua orientação sexual?”	Agrupada em: “(1) Heterossexual; (2) Homossexual; (3) Bissexual”
Identidade de Gênero	“Como você se identifica? Como mulher trans (1) ou como travesti (2)”	Agrupada em: “Como mulher trans (1) ou como travesti (2)”
Ocupação	“Como você considera a sua ocupação de trabalho? ”  Caso trabalhe: Mas qual é essa ocupação?	Agrupada em: “(1) Trabalho formal com carteira assinada; (2) Trabalho informal sem carteira assinada; (3) Não trabalho”  Citação aberta á ideia da entrevistada
Religião	“Qual sua religião?”	Agrupada em: “ (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”
Situação Financeira	“Qual sua renda média domiciliar?”	Agrupada em: “(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”

Tabela 2 - Variáveis de violências utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis. (continua)

<b>Variáveis De Violência</b>	<b>Pergunta No Questionário</b>	<b>Tratamen to Da Variável</b>
Violência Comunitária	“Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família presenciou alguma dessas situações acontecendo no seu bairro ou comunidade...”:	Agrupadas em: “(1) sim, uma

“pessoas andando com arma de fogo na rua que não fossem policiais em serviço?”	vez”,
--	-------

Tabela 2 - Variáveis de violências utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis. (continua)

	<p>“pessoas cobrando dinheiro para dar segurança?”</p> <p>“pessoas roubando ou furtando?”</p> <p>“pessoas brigando, agredindo-se fisicamente?”</p> <p>“pessoas sendo assaltadas nas ruas da vizinhança?”</p> <p>“policiais recebendo dinheiro de pessoas na vizinhança?”</p> <p>“policiais intimidando ou agredindo pessoas na vizinhança?”</p> <p>“pessoas quebrando janelas, pichando muros, fazendo arruaça ou destruindo equipamentos coletivos como orelhões, postes de luz, lixeira?”</p> <p>“pessoas consumindo ou vendendo drogas ilegais na rua?”</p>	<p>(2) sim, algumas vezes, (3) sim, muitas vezes, (0) não, (99) não sabe/não lembra/nã O respondeu”</p>
Violência Pessoal	<p>“Alguma vez na vida você sofreu alguma das coisas que eu vou ler?”:</p> <p>“alguém feriu você com arma de fogo?”</p> <p>“alguém lhe ofereceu drogas?”</p> <p>“você sentiu necessidade de andar arma</p> <p>“você ou algum(a) parente próximo foi ameaçada de morte?”</p> <p>“algum desconhecido a agrediu fisicamente (tapa, soco, etc)?”</p> <p>“algum amigo(a) ou colega a agrediu fisicamente?”</p> <p>“algum membro da família a agrediu fisicamente?”</p> <p>“você já sofreu atentado de morte nos últimos doze meses?”</p> <p>“você já sofreu atentado de morte alguma vez na vida?”</p>	<p>Agrupadas em: “(1) sim, uma vez”,(2) sim, algumas vezes, (3) sim muitas vezes, (0) não, (99) não sabe/não lembra/não respondeu”, muitas</p>
Enfrentamento da Violência	<p>“Você faz alguma(s) dessas coisas para se proteger da violência ou sentir-se mais segura?”:</p> <p>“evita andar sozinha”</p> <p>“não usa certa(s) linha(s) de ônibus”</p> <p>“deixa de sair de casa à noite”</p>	<p>Agrupada em: “(1) Sim; (2) Não”</p>

“deixa de ir à escola ou faculdade”
-------------------------------------

Tabela 2 - Variáveis de violências utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis. (conclusão)

“deixa de ir festas, bares ou boates” “não sai na comunidade/bairro” “deixa de frequentar um grupo de amigos(as) ou colegas” “não volta para casa de madrugada” “anda de táxi” “não passa em áreas onde há pessoas armadas” “não passa perto da polícia” “anda com arma branca, tipo faca ou canivete, para se defender” “anda com arma de fogo para se defender”
---

Tabela 3 - Variáveis de traumas na infância utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis. (continua)

<b>Variável</b>	<b>Pergunta No Questionário</b>	<b>Tratamen</b>
<b>Trauma Na</b>		<b>to Da</b>
<b>Infância</b>		<b>Variável</b>
Traumas na infância	“Enquanto eu crescia...” “Eu não tive o suficiente para comer” “Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger”	Agrupadas em: “(1) uma vez”, (2) algumas

<p>“As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido</p> <p>(a)”, “preguiçosa” ou “feia””</p> <p>“Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da</p> <p>família”</p> <p>“Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou</p> <p>importante”</p> <p>“Eu tive que usar roupas sujas”</p> <p>“Eu me senti amada”</p> <p>“Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido”</p> <p>“Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou</p> <p>consultar um médico”</p> <p>“Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família”</p> <p>“Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados</p> <p>roxos”</p> <p>“Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram”</p> <p>“As pessoas da minha família cuidavam umas das outras”</p> <p>“Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam”</p> <p>“Eu acredito que fui maltratada fisicamente” “Eu tive uma ótima infância”</p> <p>“Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar”</p> <p>“Eu senti que alguém da minha família me odiava”</p> <p>“As pessoas da minha família se sentiam unidas”</p> <p>“Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira</p>	<p>vezes”, (3) muitas</p> <p>vezes”, (0) nunca”, (99) não sabe/não respondeu</p>
--	--

sexual”	“Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse
---------	---

Tabela 3 - Variáveis de traumas na infância utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis. (conclusão)

	<p>algo sexual.”</p> <p>“Eu tive a melhor família do mundo”</p> <p>“Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo”</p> <p>“Alguém me molestou”</p> <p>“Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente”</p> <p>“Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei”</p> <p>“Eu acredito que fui abusada sexualmente”</p> <p>“Minha família foi uma fonte de força e apoio”</p> <p>“Enquanto eu crescia pessoas da minha família forçaram o sexo com meninas para corrigir a minha sexualidade ou a minha forma de agir”</p>	
	<p>“Eu fui expulsa de casa por conta da minha identidade de gênero”</p> <p>“Eu fui expulsa de casa por conta da minha orientação sexual”</p> <p>“Eu fui expulsa de casa por outros motivos”</p> <p>“A minha família sempre me acolheu, mesmo depois que eu apresentei a minha identidade de gênero”</p>	<p>Agrupadas em: “(1) Sim; (2) Não”</p>

Tabela 4 - Variáveis de Ideação suicida, tentativa de suicídio e automutilação utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis. (continua)

Variáveis	Pergunta No Questionário	Tratamento Da Variável
Ideação suicida	“Nos últimos 12 meses você pensou em se	Agrupadas em: (0) Não;

	matar?”	(1) Sim “
	Caso sim:	

Tabela 4 - Variáveis de Ideação suicida, tentativa de suicídio e automutilação utilizadas, suas respectivas perguntas no questionário e os tratamentos das variáveis. (conclusão)

	“Você já falou isso para algum profissional de saúde?”	Se sim: Criação de intervalos de valores
Caso portadora de HIV e resposta sim na questão anterior:	“Essa frequência aumentou após o diagnóstico de HIV?” “Você já tentou se matar após o diagnóstico de HIV?”	Agrupadas em: (0) Não; (1) Sim “
Automutilação	“Nos últimos 12 meses você tentou se cortou, aranhou, se perfurou, ou seja, se mutilou propositalmente?”  Se resposta não for “nunca”:	Agrupadas em: “(5) sempre, (4) quase sempre, (3) algumas vezes, (2) poucas vezes, (1) raramente, (0) nunca”
	“Quantas vezes você fez isso nos últimos 12 meses?”	Criação de intervalos de valores
	“Você já falou isso para algum profissional de saúde?”	Agrupadas em: “(0) Não; (1) Sim “
Caso portadora de HIV e resposta sim na questão anterior:	“Essa vontade de automutilação começou após o diagnóstico de HIV?”	Agrupadas em: (0) Não; (1) Sim “

## 2.6 Análise de dados

O banco de dados, originalmente construído no software R programm, será transformado em arquivo de extensão “.dta” para leitura e processamento no software Stata SE 15, onde também serão realizadas as análises estatísticas. Serão estimadas as prevalências dos eventos de interesse (variáveis desfecho e de exposição) e seus respectivos Intervalos de Confiança a 95%. As análises bivariadas serão calculadas por meio de medida de associação, a saber: Razão de Odds; aplicando-se os testes de hipótese Chi-quadrado e Exato de Fisher, e tendo erro alfa <

0.05. Para a avaliação dos efeitos das discriminações e considerando que o desfecho é uma variável ordinal, será construído modelo de regressão ordinal (ABREU, SIQUEIRA & CAIAFFA, 2009), observados os pressupostos estatísticos (HOSMER & LEMESHOW, 2000). Neste caso, a composição do modelo inicial será mediante as variáveis com p-valor  $\leq 0.20$  nas análises bivariadas, forçando-se a entrada das variáveis que não apresentarem o ponto de corte estimado, mas que guardam relação teórica pré-estabelecida com o fenômeno.

## 2.7 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, esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Infectologia de Evandro Chagas – FIOCRUZ. (ANEXO 2) por meio do parecer n. 3.182.376.

Todas as voluntárias foram convidadas a participar da pesquisa e passaram por consentimento informado, onde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3). Todas as etapas da pesquisa foram realizadas apenas após a assinatura do TCLE. Por tratar de um conjunto condições estigmatizantes e geradoras de sofrimento psíquico, existiu um risco potencial para as participantes. Tais riscos foram minimizados por meio de aconselhamento pré e pós aplicação dos procedimentos de pesquisa, e com acompanhamento e encaminhamento, quando se fez 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 imediatamente interrompidas e as participantes encaminhadas para acompanhamento ambulatorial no Instituto.

Como forma de garantia da privacidade e confiabilidade, as entrevistas ocorreram em ambiente privativo, 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 (Eg.: RM001). O notebook foi protegido por senha, sendo acessados somente pelos assistentes de pesquisa e coordenadores do projeto, assim como os dados que foram criptografados e bloqueados após a conclusão dos procedimentos de coleta.

### 3 RESULTADOS

Das Tabelas 5 á 7 foram investigadas nas análises bivariadas as relações entre as características da amostra e a autoavaliação em saúde.

A Tabela 5 demonstra as características sociodemográficas da amostra. Observa-se a média de idade 35,51 anos, onde 51,08% (n=71) tem idade acima de 35 anos, e que 79,14% (n=110) se autodeclararam como “não brancas”, ou seja, 28,7% (n=40) como pretas; 0,71% (n=01) como amarela, 45,3% (n=63) pardas, 0,2% (n=04) indígenas e 0,14 (n=02) outras etnias. Ainda que todas as mulheres fossem travestis ou mulheres transexuais neste estudo, a forma de identificação autorrelatada foi de 26,6% (n=37) como travestis, 61,1% (n=85) como mulheres transexuais, 0,86% (n=12) como mulheres e 0,35% (n=05) como outras identidades. Em relação a escolaridade, 64,03% (n=89) tem mais de oito anos de estudo, onde 9,35% (n=13) possuem da 1a a 4a série; 26,62% (n=37) da 5a a 8a série; 53,96% (n=75) o ano do ensino médio; 7,19% (n=10) o ensino superior incompleto e 2,88% (n=4) o ensino superior completo. Ademais, a amostra está predominantemente caracterizada por mulheres com renda mensal acima de um salário mínimo 63,31% (n=88), que moram na cidade do Rio de Janeiro 83,38% (n=102), que não possuem religião 63,77% (n=88) e possuem trabalho informal 50,36% (n=70).

Tabela 5 - Associação bivariada da caracterização sociodemográfica da amostra:

<b>VARIÁVEIS</b>	Regular/Ruim n (%)	Excelente/Muito boa / Boa n (%)	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Faixa etária</b>				
De 18 a 29 anos	12 (25,53)	35 (74,47)		
De 30 a 34 anos	2 (9,52)	19 (90,48)	3.25 (0.65 - 16.09)	0.147
Acima de 35 anos	23 (32,86)	47 (67,14)	0.70 (0.30 - 1.59)	0.397
<b>Cor/ etnia</b>	<b>Regular/Ruim n (%)</b>	<b>Excelente/Muito boa / Boa n (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
Branças	4 (14,29)	24 (85,71)		
Não brancas	33 (30,00)	77 (70,00)	0.38 (0.12 -1.20)	0.103

<b>Cor e renda</b>				
Branca com renda acima 1 salário mínimo	1 (6,67)	14 (93,33)		
Branca com renda abaixo 1 salário mínimo	3 (23,08)	10 (76,92)	0,23 (0,021- 2,63)	0,242
Não branca com renda acima 1 salário mínimo	20 (27,40)	53 (72,60)	0,20 (0,02 -1,53)	0,119
Não branca com renda abaixo 1 salário mínimo	13 (35,14)	24 (64,86)	0,13 (0,01- 1,11)	0,063
<b>Identidade de Gênero</b>	Regular/Ruim n (%)	Excelente/Muito boa / Boa n (%)	OR (IC 95%)	p-valor
Travesti	12 (33,33)	24 (66,67)		
Mulher Transexual	19 (22,35)	66 (77,65)	1.73 (0.73 - 4.10)	0.209
Mulher	4 (33,33)	8 (66,67)	1 (0.25 - 3.99)	1.000
Outros	2 (40,00)	3 (60,00)	0,75 (0.11 - 5.10)	0.769
<b>Orientação sexual</b>	Regular/Ruim n (%)	Excelente/Muito boa / Boa n (%)	OR (IC 95%)	p-valor
Heterossexual	35 (26,72)	96 (73,28)		
Homossexual	2 (40,00)	3 (60,00)	0.54 (.087 - 3.41)	0.518
Bissexual	0 (0)	1 (100)	-	-
<b>Escolaridade</b>	Regular/Ruim n (%)	Excelente/Muito boa / Boa n (%)	OR (IC 95%)	p-valor
Até 8 anos de estudo	19 (38,00)	31 (62,00)		
Mais que 8 anos de estudo	18 (20,45)	70 (79,55)	2.38 (1.10- 5.15)	0.027
<b>Renda Mensal</b>	Regular/Ruim n (%)	Excelente/Muito boa / Boa n (%)	OR (IC 95%)	p-valor
Menos de 500 reais	8 (38,10)	13 (61,90)		
Entre 501 reais e um salário mínimo	8 (27,59)	21 (72,41)	1.61 (0.48 - 5.36)	0.433
Acima de um salário mínimo	21 (23,86)	67 (76,14)	1.96 (0.71 - 5.37)	0.190
	Regular/Ruim n	Excelente/Muito	OR (IC 95%)	p-valor

<b>Trabalho</b>	<b>(%)</b>	<b>boa / Boa n (%)</b>		
Formal com carteira assinada	2 (14,29)	12 (85,71)	2.75 (0.55 - 13.69)	0.21
Informal sem carteira assinada	18 (25,71)	52 (74,29)	1.32 (0.60 - 2.91)	0.480
Não trabalha	17 (31.48)	37 (68,52)		

<b>Religião</b>	<b>Regular/Ruim n (%)</b>	<b>Excelente/Muito boa / Boa n (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
Possui alguma religião	23 (26,44)	24 (73,56)		
Não possui religião/ outros	13 (26,00)	37 (74,00)	0.97 (0.44 - 2.15)	0.955

<b>Local de residência</b>	<b>Regular/Ruim n (%)</b>	<b>Excelente/Muito boa / Boa n (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
Cidade do Rio de Janeiro	25 (24,75)	24 (75,25)	1.45 (0.64 - 3.32)	0.36
Outras cidades	12 (32,43)	25 (67,57)		

A Tabela 6 demonstra a caracterização da avaliação de saúde da amostra. Observa-se que 73,19 (n=101) tem uma autoavaliação de saúde positiva, onde 22,46% (n=31) consideram sua saúde excelente, 14,49% (n=20) a consideram muito boa, 36,23% (n=50) a consideram boa; 24,64% (n=34) a consideram razoável e 2,17% (n=3) a consideram ruim. Destas, 80,58% (n=112) possuem alguma doença, onde 15,94% (n=22) possuem hipertensão arterial, 2,88% (n=4) possuem diabetes mellitus, 57,58 % (n=76) possuem HIV, 9,09% (n=8) possuem tuberculose; nenhuma possui hanseníase (n=0), 7,46% (n=10) possuem hepatite B, 4,44% (n=6) possuem hepatite C, 48,20% (n=67) possuem outras infecções sexualmente transmissíveis e 23,02% (n=32) outras doenças. A maioria não teve dificuldades no tratamento dessas doenças 87,77% (n=122), porém 18,71% (n=26) enfrentaram dificuldades para iniciar o tratamento e 16,55% (n=23) para dar continuidade ao tratamento.

Tabela 6 - Associação bivariada da caracterização da avaliação de saúde da amostra:

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Regular/Ruim n (%)</b>	<b>Excelente/Muito boa / Boa n (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Autoavaliação de Saúde</b>				
Regular/Ruim	37	26,81		
Excelente/Muito boa/Boa	101	73,19		
<b>Você se sente saudável?</b>				
Me sinto saudável	11 (52,38)	10 (47,62)	3,85 (1.47-10.06)	0.006

Não me sinto saudável 26 (22,22) 91 (77,78)

**Como percebe sua saúde comparada a de outras pessoas da sua idade?**

Pior	8 (66,67)	4 (33,33)		
Igual	18 (33,33)	36 (66,67)	4 (1.06 – 15.07)	0.04
Melhor	10 (14,08)	61 (85,92)	12.2 (3.08 – 48.20)	0.0

**Possui alguma doença?**

Sim	31 (27,93)	80 (72,07)		
Não	6 (22,22)	21 (77,78)	0.73 (0.27-1.99)	0.549

<b>Você tratou ou está em tratamento para alguma doença?</b>	<b>Regular/Ruim n (%)</b>	<b>Excelente/Muito boa / Boa n (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
Sim	27 (30,34)	62(69,66)	1.14 (0.31 - 4.13)	0.833
Não	4 (33,33)	8(66,67)		

<b>Alguma dificuldade no tratamento?</b>	<b>Regular/Ruim n (%)</b>	<b>Excelente/Muito boa / Boa n (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
Não	29(23,97)	92(76,03)		
Sim	8 (47,06)	9(52,94)	0.35 (0.12 - 1.003)	0.051

<b>Possui plano de saúde?</b>	<b>Regular/Ruim n (%)</b>	<b>Excelente/Muito boa / Boa n (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
Possui	3 (23,08)	10(76,92)	1.23 (0.32 - 4.77)	0.759
Não possui	33 (23,08)	89(72,95)		

A Tabela 7 demonstra as características relacionadas as diversas formas de discriminação. Observa-se que todas as participantes já sofreram algum tipo de discriminação (n=139), onde a situação em que mais sofreram discriminação foi ao procurar emprego 71,22% (n=99) e a discriminação mais relatada foi relacionado gênero 76,26% (n=106).

Tabela 7- Caracterização da discriminação da amostra:

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>Regular/Ruim n (%)</b>	<b>Excelente/Muito boa / Boa n (%)</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Locais de discriminação:</b>				
<b>Casa dos familiares</b>				
Sim	25 (27,47)	66(72,53)	0.90 (0.40- 2.01)	0.807
Não	12 (25,53)	35(74,47)		
<b>Trabalho</b>				
Sim	17 (28,81)	42(71,19)	0.83 (0.39- 1.78)	0.647
Não	20 (25,32)	59(74,68)		
<b>Local Público</b>				
Sim	25(32,89)	51(67,11)	0.48 (0.22 - 1.08)	0.077
Não	12 (19,35)	50(80,65)		
<b>Ao procurar emprego</b>				
Sim	29 (29,59)	69(70,41)	0.59 (0.24 - 1.44)	0.251
Não	8 (20,00)	32(80,00)		
<b>Unidade de Saúde</b>				
Sim	17 (26,98)	46(73,02)	0.98 (0.46 - 2.09)	0.967
Não	20 (26,67)	55(73,33)		
<b>Outros locais</b>				
Sim	11 (29,73)	26(70,27)	0.81 (0.35 - 1.88)	0.640
Não	26 (25,74)	75(74,26)		
<b>Passabilidade</b>				
De modo algum	6 (46,15)	7 (53,85)		
Não muito	6 (42,86)	8 (57,14)	1.14 (0.25 - 5.22)	0.863
Um pouco	16 (25,00)	48 (75,00)	2.57 (0.75 - 8.78)	0.132
Muito	9 (20,00)	36 (80,00)	3.42 (0.92 - 12.7)	0.066
<b>Discriminação por Orientação Sexual</b>				
Sim	27 (30,00)	63(70,00)	0.61 (0.26 - 1.40)	0.249
Não	10(20,83)	38(79,17)		
<b>Discriminação por identidade de gênero</b>				
Sim	25 (23,58)	81(76,42)	1.94 (0.83 - 4.52)	0.123
Não	12 (97,50)	20(62,50)		
<b>Discriminação pela religião</b>				
Sim	20 (37,74)	33(62,26)	0.41 (0.19 - 0.88)	0.024
Não	17(20,00)	68(80,00)		

<b>Discriminação pela cor</b>				
Sim	13 (38,25)	21(61,76)	0.48 (0.21 - 1.10)	0.087
Não	24 (23,08)	80(76,92)		
<b>Discriminação pela aparência</b>				
Sim	28(28,87)	69(71,13)	0.69 (0.29 - 1.63)	0.403
Não	9 (21,95)	32(78,05)		

Na tabela 8, para a avaliação dos efeitos das discriminações interseccionadas nos pressupostos estatísticos para as análises multivariadas, a composição desta foi mediante apenas as variáveis significativas nas avaliações bivariadas.

Tabela 8 - Caracterização multivariada da amostra:

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>OR (IC 95%)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Cor e renda</b>		
Branca com renda abaixo 1 salário mínimo	0.32 (0.02-4.74)	0,41
Não branca com renda acima 1 salário mínimo	0.32 (0.034 -2.94)	0,31
Não branca com renda abaixo 1 salário mínimo	0,16 (0.171 - 1.59)	0,11
<b>Escolaridade</b>		
Mais que 8 anos de estudo	1,88 (0.75 - 4.67)	0,17
<b>Dificuldades no tratamento</b>	0,49 (0.14 - 1.66)	0,25
<b>Discriminação em local público</b>	0,43 (0.17 - 1.10)	0,07
<b>Passabilidade</b>		
Não muito	1.31 (0.23 - 7.37)	0.75
Um pouco	3.83 (0.91 - 16.08)	0.06
Muito	3.53 (0.77 - 16.23)	0.10
<b>Discriminação de gênero</b>	3.10 (1.04 - 9.23)	0.04
<b>Discriminação Religiosa</b>	0.42 (0.15 - 1.15)	0.09
<b>Discriminação por cor</b>	0.66 (0.23 - 1.89)	0.44

Foram forçadas a entradas de todas as variáveis significativas com valor de  $p < 0,20$ , onde foram observados associação entre autoavaliação de saúde e discriminação de gênero e discriminação pela religião.

Embora não tenha apresentado significância estatística, nota-se um importante efeito redutor sobre a percepção dos níveis de excelência da autoavaliação das mulheres não brancas de baixa renda (IC95%: 0.171 - 1.59;  $p: 0,11$ ).

#### 4 DISCUSSÃO

Os principais resultados da presente pesquisa demonstram a prevalência da autoavaliação de saúde positiva, onde apenas 26,81% a consideraram ruim ou regular. A prevalência de se sentir saudável foi de 84,89% (IC95% = 1.47-10.06; p: 0.006) onde a maioria das entrevistadas alegou ter melhor saúde ao compará-la com a de outras pessoas da mesma idade (IC95% = 3.08 – 48.20; p<0,05), pequena porção afirmou ter pior saúde se comparada. Tais achados são consistentes com diversos estudos realizados no mundo. De acordo com a PNS de 2019, no Brasil, 66,1% da população geral autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa, percentual similar ao referido também em 2013 (66,2%). Já 28,1% avaliaram, em 2019, seu estado de saúde como regular, e 5,8%, como ruim ou muito ruim. (IBGE, 2019) No mesmo período, no continente da Europa, 68.6 % da população acima de 16 anos considerou sua saúde boa ou muito boa. (EUROSTAT, 2020). Em estudo suíço que analisou a 699 transexuais, 51% relatou boa saúde e 18% relatou saúde ruim. (ZELUF et al, 2016). Não foram encontrados estudos brasileiros acerca da autoavaliação de saúde da mulher transexual, porém partindo da premissa que a autoavaliação de saúde se refere, sobretudo, as consequências sociais e psicológicas além da presença da enfermidade, englobando tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos e aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida, este estudo também traz dados semelhantes a artigo que analisou o bem estar psicológico de 602 travestis e mulheres transexuais em São Paulo. Este concluiu que, de maneira geral, melhores condições de moradia, trabalho e maior escolaridade são preditores de maior bem-estar psicológico. (ZUCCHI et al, 2019)

Dentre as mais jovens, grande parte considera sua saúde excelente, boa ou muito boa, melhorando o parâmetro com a vida adulta (90,48%; IC95% = 0.65 - 16.09) e retornando a retroceder com o avançar da idade (67,14%; IC95% = 0.30 - 1.59), corroborando com a PNS (2019), que observou quanto maior a faixa etária menor o percentual de pessoas que avaliavam sua saúde como boa ou muito boa: decrescendo de 80,7%, para aqueles de 18 a 29 anos de idade, a 41,1%, para as pessoas de 75 anos ou mais de idade. Observamos que esta realidade não se distancia da realidade da população em geral.

Sendo uma população negligenciada na maioria dos estudos representativos no Brasil e no mundo, poucos estudos identificam a proporção da diversidade de gêneros na população em

geral com base no autorrelato. Dentre as entrevistadas, apesar da maioria se auto identificar como mulher transexual, houve relato de outros gêneros (mulheres, travesti e outros) em anuência com outras pesquisas que mostram diversidade nas respostas em relação à identidade de gênero, já que as identidades trans podem assumir muitas formas e podem ser melhor concebidas como múltiplas, incluindo desde aqueles que passam de uma categoria de gênero para outra, aqueles que existem além do binarismo e aqueles que se movem livremente entre gêneros. (FERREIRA et al, 2019; HATCHEL, & MARX, 2018; IACHR, 2014; KRUGER et al, 2018; ROCHA et al, 2020; TORRES et al, 2021, TURNER et al, 2017) Dados de recente pesquisa brasileira evidenciou que aproximadamente 2% (2.970.400 indivíduos) da população adulta brasileira é composta por indivíduos identificados como transgêneros ou não-binários (0,69%, IC 95% = 0,48 a 0,90), sendo 0,33% homens e 0,33% mulheres. (SPIZZIRRI et al, 2021) Em análise retrospectiva estadunidense avaliou 222 transexuais e não binários concluiu que adultos transgêneros não conformes de gênero, em comparação com adultos transgêneros binários de gênero, eram mais propensos a relatar saúde ruim ou regular (30,3%; 20,2%; OR = 2.29; 95% CI = 1.31–4.01) (STREED et al, 2018)

Apesar de poucos estudos explorarem a orientação sexual das mulheres transexuais, Wilson et al (2021), com 94.05% da população de estudo heterossexual e Turner et al (2019) com 31%; se assemelham a este estudo, onde 95.65% se autodeclara heterossexual. Pouco explorado, esse dado se torna importante para investigações acerca desta população, pois, de acordo com Poteat et al (2016) e Crenshaw (2002), as discriminações se cruzam e se somam com a homofobia e a transfobia, agravando as disparidades existentes. Porém, em contramão ao apresentado acima, o modelo final de regressão do presente estudo mostra que quem já sofreu discriminação por gênero tem 3.1 vezes mais chances de ter uma boa auto avaliação em saúde (IC95% = 1.04 - 9.23; p: 0.04). Neste íterim podemos inferir que as que mais sofrem discriminações por gênero são as que mais procuram artifícios para melhorar a passabilidade, procurando assim unidades de saúde com suporte para tal. Perpassando pelo sistema único de saúde, esta se ampara nas doutrinas sendo integralmente acompanhada, além da expressão de resiliência, resultado de um aprendizado de resistência e enfrentamento a estas condições do ponto de vista psicossocial.

Corroborando para tal afirmativa, este estudo não mostrou relevância significativa na auto avaliação em saúde entre aquelas que possuem plano de saúde. O que mostra que mesmo realizando todo o acompanhamento pelo sistema único de saúde, estas se sentem saudáveis da mesma maneira, afirmando que as políticas de integralidade e equidade do SUS são presentes e

resolutivas na vida destas, mostrando a importância de profissionais e serviços capacitados para o acolhimento e cuidado desta população. (23%, IC95% = 0.32 - 4.77; p: 0.759).

Diversos autores expõem que as mulheres transexuais são constantemente estigmatizadas e vivenciam dificuldades em sua inserção em diferentes instituições e contextos, incluindo serviços de saúde. No Brasil, diferentes modalidades de discriminação e preconceito, como a transfobia, colocam essa população em maior risco. Estudo realizado em 2016 com mulheres transgênero no Rio de Janeiro identificou diferença entre a prevalência de HIV relatada e confirmada (24,2% e 31,2%, respectivamente), sugerindo que parte da população não conhecia seu estado sorológico ou não tinha acesso ao teste prévio de HIV. Além disso, a prevalência da infecção pelo HIV em mulheres transgêneros não é documentada de forma sistemática pelos serviços de saúde, nem pela maioria dos sistemas de vigilância. (AGÉNOR et al, 2021; LACOMBE-DUNCAN, 2016; MACCARTHY et al, 2020; POTEAT et al, 2016; ROCHA et al, 2020; TURNER et al, 2019)

Em revisão estadunidense, os pesquisadores descobriram que as pessoas transgênero e de gênero diverso enfrentaram barreiras notáveis em relação a saúde reprodutiva e rastreamento do câncer do colo do útero devido à falta de acesso aos serviços, incluindo custo, falta de conhecimento dos profissionais de saúde, ambientes e práticas clínicas não inclusivas, discriminação, assédio e recusa de cuidados de saúde. Além da auto medicação, já que o início da hormonização/bloqueio com acompanhamento só pode ser iniciada tardiamente, o que aumenta mais ainda as chances de câncer. (AGÉNOR et al, 2021; DEBEL et al, 2017, LACOMBE-DUNCAN, 2016)

Em relação a cor/etnia a maioria das participantes se autodeclararam como “não brancas”, porém apenas 28,7% se autodeclararam como negras. Notamos assim a persistência da cultura de não reconhecimento e identificação da origem negra. Esse ato, que por muito tempo foi a realidade no Brasil, evidencia o desejo de tornar-se branco, que juntamente com a situação do branco etnocêntrico que rejeita a constituição negra do país, formam a ideologia do embranquecimento e colorismo. Esta situação por muito tempo se materializou pela rejeição da identidade racial por parte dos negros e, conseqüentemente, também pelo enaltecimento da brancura e todos os elementos que a compõe, contribuindo para o enfraquecimento da identidade racial e consolidação do racismo estrutural. Com a esclarecimento do racismo e suas nuances e a conscientização das origens étnicas, tal comportamento vem se maculando. De acordo com o IBGE (2019), na comparação com 2012, a população autodeclarada preta teve um

crescimento de 36%, enquanto a parda aumentou em 10%. Com isso, o número de brancos encolheu 3% no período. Em comparação aos estudos de Silva et al (2016) e Magno Dourado & Silva (2018) este se assemelha, onde 90% e 79% das entrevistadas, respectivamente, são não brancas. No entanto, os dados divergem dos estudos nacionais de Kruger et al (2019) e Rocha et al (2020), contando com os negros como minoria da população estudada (17.3% e 15.91% respectivamente) que mantêm o padrão de maioria branca, como em estudos internacionais. Em revisão de escopo com 37 estudos datados entre 2000 e 2018 sobre saúde reprodutiva de transgêneros em 06 países, Agénor et al (2021) mostra que a maioria da população de transgêneros estudados é de cor/etnia branca (62%), e Turner et al (2019) que buscou identificar entre mulheres estadunidenses transexuais jovens comportamentos sexuais de risco, contou com 39,9% da população de brancas.

Em relação a autoavaliação de saúde, em estimativas obtidas na PNS 2019, as autoavaliações em relação cor/etnia foram distintas, 71,0% da população branca avaliava sua saúde como boa ou muito boa, já entre a população parda esse percentual era de 62,1%; dados similares a este estudo, onde 86% das brancas consideram a sua saúde favorável, enquanto a da população de não brancas gira em torno de 70%.

Convergindo com estudos atuais sobre a expectativa de vida de travestis e mulheres transexuais no Brasil, (BENEVIDES & NOGUEIRA 2018; IACHR, 2014) que afirmam que gira em torno dos 30/35 anos, observa-se que a maioria das participantes têm idade acima de 35 anos. As mais jovens, com idades entre 18 e 29 anos representam 33,81% da amostra e 15,11% têm entre 30 e 34 anos, sendo a média de idade deste estudo de 35,51 anos. A mais jovem possui 18 anos e a mais velha 65 anos.

Tais resultados encontrados podem se dar por esta ser uma amostragem por conveniência de um universo limitado em um espaço de saúde, ou até mesmo ser uma nova realidade não estimada em outros estudos epidemiológicos previamente publicados, visto a precariedade destes estudos no meio acadêmico. Contudo, Análises preliminares realizadas por Spizzirri (2021) mostraram que os indivíduos transgêneros eram, em média, mais jovens ( $32,8 \pm 14,2$  anos, IC95% = 28,5–37,1), comparados aos cisgêneros ( $42,2 \pm 15,9$ , IC95% = 42,5–42,8) e não binários ( $42,1 \pm 16,5$  anos, IC95 % = 38,3–46,5).

Apesar da maioria as entrevistadas possuírem mais de oito anos de estudo, grande parte destas estavam desempregadas e metade possui trabalho informal. Majoritariamente, a profissão mais relatada foi a prostituição, representando 18,62% (n=27), seguida de cabelereira com 15%

(n=23). Apenas 2% (n=3) estavam aposentadas. Infelizmente tais desfechos alarmantes são encontrados em diversos estudos que predizem que a prostituição é utilizada como fonte de renda devido a dificuldade de inserção no mercado formal de trabalho causados pelo preconceito, transfobia, baixa escolaridade pela evasão escolar involuntária e marginalização pela exclusão social e familiar. (ALMEIDA E VASCONCELLOS, 2018; BENEVIDES & NOGUEIRA, 2017; GALVAN, 2019; LACOMBE-DUNCAN, 2016; POSSO, LUCERO & FURCIA, 2016; TURNER et al, 2019)

Posso, Lucero & Furcia (2016) e Silva (2016) afirmam que a principal ocupação laboral das interlocutoras são cabelereiras e garotas de programa. Onde a prostituição se mostra como alternativa que alguns consideram emergencial e outros como profissão permanente. Desde 2017 a ANTRA estima que 90% da população de travestis e mulheres transexuais utilizam a prostituição como fonte primária de renda

Em levantamento da ANTRA (2021) se observou aumento de pessoas em situação de vulnerabilidade social, precipitado pela crise econômica mundial acarretada pela pandemia da covid-19, onde a estimativa atual é de que apenas 4% da população trans feminina se encontra em empregos formais, com possibilidade de promoção e progressão de carreira. Com o crescente dos casos de desemprego e consequente aumento dos subempregos, 88% das pessoas acreditam que as empresas não estão preparadas para contratar ou garantir a permanência de pessoas trans em seus quadros, 96% acredita que pessoas trans brancas e com leitura social cisgênera (passabilidade) têm mais oportunidades de serem contratadas para o mercado formal e 94% acredita que o mercado formal de trabalho não está realmente aberto e comprometido com a contratação de pessoas trans, onde estas tendem a estar em classes sociais mais baixas e com menor escolaridade. (SPIZZIRRI; 2021) Vale salientar que no modelo bivariado, compreende-se que as com mais de 8 anos de estudo tem 2.38 vezes mais chances de ter uma boa auto avaliação em saúde (79,55%, IC95% = 1,19–5,15 p:0,027), se mostrando bem similar com a PNS de 2019, onde conforme maior o grau de instrução, maior o percentual daqueles que consideraram sua saúde boa ou muito boa. Entre as pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto, o percentual foi de 47,9%, enquanto para aquelas com superior completo foi de 84,4%.

O aumento da prevalência de autoavaliação da saúde ruim foi observado com a diminuição de renda, proporcionalmente. As participantes que ganhavam menos de 500 reais mensais, são a maioria afirmando ter saúde ruim/regular ao passo onde as que ganham mais de um salário são a maioria ao afirmar ter saúde boa/muito boa/excelente (38,10%; 76,14%), fato

que se repete em relação às mulheres com trabalho formal com carteira assinada (85,71% saúde boa/muito boa/excelente) e as desempregadas (31,48% ruim/regular).

Importante ressaltar que embora não tenha apresentado significância estatística a variável agrupada cor/renda na análise multivariada, talvez muito provavelmente pelo tamanho amostral do estudo, nota-se um importante efeito redutor sobre a percepção dos níveis de excelência da autoavaliação das mulheres não brancas de baixa renda (OR 95%: 0.171 - 1.59; p: 0,11). É importante se considerar novos estudos acerca deste fenômeno nesta categoria visto tal efeito esses fatores geram na sociedade. De acordo com as estimativas obtidas na PNS 2019, as condições de trabalho e renda parecem ter alguma relação com a avaliação de saúde do próprio indivíduo. Entre as pessoas fora da força de trabalho, apenas 51,3% avaliaram sua saúde como boa ou muito boa. Entre as pessoas ocupadas, esse percentual foi 73,8%. O percentual de pessoas que autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa também aumenta conforme a renda desse conjunto de indivíduos se torna mais alta: entre população residente no Brasil sem rendimento ou até 1/4 do salário mínimo, em 2019, 55,5% consideravam sua saúde como boa ou muito boa, ao passo que no grupo de rendimento per capita mais elevado da distribuição apresentada 86,4% daquele contingente tinham a mesma percepção.

Dessa forma, as travestis e transexuais têm sido consideradas, no Brasil, como os principais alvos de violência na rua que, aliado à baixa qualificação e falta de oportunidade no mercado formal, encontram na prostituição um meio de renda, tornando-se alvo de mortes por fatores externos, onde 98% dos transexuais vítimas de assassinatos no mundo são as gênero feminino. Estudo estadunidense comprovou que indivíduos transexuais apresentam menor nível socioeconômico, apesar de possuírem níveis de escolaridade mais elevados. No entanto, um estudo recente descobriu que o nível de escolaridade do grupo é inferior ao de seus colegas cisgêneros. (BUDGE et al, 2016; CARPENTER, EPPINK & GONZALES, 2020; SILVA, 2016; TGEU, 2022)

Dentre as entrevistadas, a maioria já sofreu discriminação de gênero e 24,46% sofreu discriminação em relação a cor/etnia. Das brancas com renda acima um salário mínimo, apenas 6,67% referiu ter saúde ruim ou regular, ao passo que as não brancas com renda abaixo um salário mínimo chegou a 35,14%. Tais dados reforçam outros estudos que concluem que a cor negra atrelada a baixa renda predispõe a piores desfechos em relação a saúde. Onde Galvan et al (2019) e Lacombe-Duncan, (2016) Poteat et al (2016) Rich et al (2020) e Wesp et al (2019) afirmam que mulheres transexuais negras lideram as taxas de trabalho sexual, infecção por HIV

e encarceramento, além de terem menos estudo, sofrem mais injúrias raciais, serem mais vulneráveis à falta de moradia na infância e ao encarceramento.

Na análise referente a doença, na regressão multivariada, a dificuldade no tratamento e a autoavaliação da saúde ruim estiveram associados. As que apresentaram dificuldades no tratamento de doenças, tiveram 65% menos chances de ter uma boa auto avaliação em saúde. (52,94%, IC95% = 0.12 - 1.003; p:0,05). Das participantes da pesquisa, 80,58% afirmaram possuir alguma doença e 87,77% alegaram que já tiveram dificuldades para iniciar o tratamento de alguma doença. Segundo IPEA (2020) a população negra e de baixa renda tem menos acesso a oportunidades de trabalho, saúde e educação em todas as 20 maiores cidades brasileiras. Ainda de acordo com Brasil (2017) 37,8% da população adulta preta ou parda avaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, contra 29,7% da população branca. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 revelou que a proporção de pessoas que consultaram médico e dentista nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74,8% e 50,4%), onde a proporção de pessoas de cor branca que obteve todos os medicamentos prescritos também foi maior (84,2%). A realização de exame de mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa foi menos observada entre as mulheres pretas (54,2%), pardas (52,9%) e sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (50,9%). A proporção de mães negras com no mínimo seis consultas foi de 69,8% ao passo que as brancas foi de 84,9%, onde as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes foram observadas na cor preta (17/100 mil nascidos vivos), assim como as mortes maternas em 2012, 60%. De 2004 a 2013, observou-se tendência de discreta redução de casos de aids registrados na cor/etnia branca e de aumento na parda, e ainda no mesmo período, aumentou o número de óbitos por aids na cor/etnia parda. Apesar desse contexto, o quesito raça/cor não foi elegível para análise de situação epidemiológica da Covid-19 nos primeiros boletins epidemiológicos, ainda que constasse nas fichas de notificação para Síndrome Gripal e para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), ambas utilizadas como instrumentos de registro, monitoramento e avaliação dos casos suspeitos leves e graves da Covid-19, respectivamente, na rede de atenção básica, nos centros de triagem, nas unidades de pronto-atendimento e na rede hospitalar, assim como no formSUs inicialmente elaborado para registros da Covid-19. A incorporação do quesito raça/cor como categoria de análise (Brasil, 2020) se deu após posicionamentos do GT Racismo e Saúde, da Coalizão Negra e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade. Apesar dessa inclusão, a frequência de incompletude do quesito raça/cor nas diferentes fichas de notificação da Covid-19 permanece quase o dobro daqueles registrados. Isso mostra a magnitude da invisibilidade dessa temática, a dificuldade de mensurar o alcance da pandemia no Brasil na perspectiva da equidade, ao mesmo tempo em que

se ratifica a baixa adesão e interesse na utilização dessas informações. (BRASIL, 2017, IBGE, 2013; IPEA, 2020)

Ademais, no dado estudo, todas as entrevistadas já sofreram algum tipo de discriminação, sendo a circunstância mais comum ao procurarem emprego (71,22%). A tipificação das discriminações varia: 76,26% já sofreu discriminação de gênero, 24,46% em relação a cor/etnia e 70,50% em relação a aparência. No modelo final de regressão, das que já sofreram discriminação em relação a religião, estas têm 58% menos chances de ter uma boa autoavaliação em saúde (62,26%, IC95% = 0.19 - 0.88; p:0,024). Corroborando, WESP et al (2019) mostra que 24% das mulheres transexuais negras relataram discriminação relacionada a identidade de gênero no ano anterior e 30% das entrevistadas empregadas relataram discriminação relacionada ao trabalho, onde as negras relataram taxas ainda mais altas.

Por esta razão Spizzirri et al (2020) mostra que há um fator muito forte na aparência/passabilidade entre os transexuais, dos quais 39,5% possuem ou desejam ter características corporais pertencentes ao gênero com o qual se identificam, destes 85% dos homens e 50% das mulheres relataram ter sentido que seu corpo não era congruente com o que sentiam. Por outro lado, cerca de 60% relataram não desejar ter características corporais do sexo binário oposto, talvez reforçando que nem todos os transexuais desejam intervenção física seja por hormônios ou cirurgia. Em nossa amostra, a maioria das participantes se percebem com pouco de passabilidade, onde 46,15% das que não a percebem de modo algum referem ter uma saúde ruim ou regular, majoritariamente como aquelas que referem muita passabilidade, onde 80% afirma ter saúde boa, muito boa ou regular.

As discriminações podem ocorrer pelos mais diversos motivos, porém a não conformidade de gênero, expressão ou identidade de gênero e orientação sexual percebida são os mais presentes. Percebemos aí o quanto que a estética transexual decide sobre a sua aceitabilidade na sociedade. Aproximadamente 75% a 95% das mulheres transexuais nos EUA utilizam a terapia hormonal de afirmação de gênero em qualquer momento da vida, onde o acesso ao a este hormônio é uma prioridade visto que ao expressar seu gênero, elas experimentam maior risco de violência ou discriminação. (LACOMBE-DUNCAN, 2016; RICH et al, 2020). As violências ocorrem em uma variedade de locais, incluindo a própria residência, o trabalho e estabelecimentos de saúde, podendo assumir muitas formas escalonando de assédio verbal até ataques físicos reais, por vezes resultando em homicídios. (GALVAN et al, 2019)

De antemão, em pesquisa de 2016 envolvendo 89 mulheres trans e 645 homens que tem relações sexuais com outros homens, as experiências de discriminação e violência foram generalizadas. Quando questionados diretamente sobre experiências de discriminação, 71% dos entrevistados relataram ter sido assediados verbalmente, 60% relataram problemas para conseguir um emprego e 54% relataram perder o emprego por causa de seu gênero. 39% de todos os participantes relataram que foram abusados sexualmente e 29% foram agredidos fisicamente ou espancados. (POTEAT et al, 2016)

A sobreposição das discriminações de raça, classe, gênero, misoginia, transfobia, violência baseada no gênero e a falocracia criam diversas desigualdades, onde um só indivíduo pode ser prejudicado sobrepondo diversos fatores, criando múltiplos níveis de injustiça social. (CRENSHAW, 2002; MORAES E SILVA, 2017 p.58). A discriminação varia bastante visto que há diferenças em suas identidades sociais, criando assim subgrupos dentro deste, onde a sobreposição de vulnerabilidades excludentes afeta desproporcionalmente apenas alguns grupos os levando a marginalização (ALMEIDA, 2018; ASSIS, 2019 p 15; CARAVACA-MORERA, 2016, p 65; CRENSHAW, 2002, p.177; MBEMBE, 2011).

Em pesquisa realizada com 3.863 indivíduos se concluiu que a exposição a discriminação esteve associada com aumento na chance de relato de pior autoavaliação de saúde, de morbidade física e depressão, estando a discriminação associada negativamente aos três desfechos de saúde avaliados, sendo identificados a influência de diversos fatores sociais, demográficos, comportamentos relacionados á saúde e a morbidade física á autoavaiiação de saúde. (PAIVÃO, 2012) Considerando a condição e a individualidade de cada, e sobretudo a influência dos condicionantes sociais e do cotidiano de suas vidas, estes são afetados diretamente por circunstâncias desfavoráveis e excludentes, como a pobreza, falta de educação, a dificuldades geográficas e as doenças crônicas. (SANCHES et al, 2018)

#### 4.1 Limitações do estudo

Algumas limitações dificultaram a avaliação e discussão dos dados do presente estudo. Por ser um estudo transversal, este não faz inferências causais sobre as conclusões. Ademais, por se tratar de uma amostra por conveniência em um universo limitado dentro de uma instituição de saúde, sua validade externa é diminuída pois fatores internos predizem muito

sobre os dados obtidos, o pode ter produzido viés de seleção, podendo ter imputado menores chances de resposta por pessoas em maior vulnerabilidade. Destaca-se também a dificuldade de encontrar estudos epidemiológicos, sobretudo estudos brasileiros, muito provável pela invisibilidade das mulheres trans perante dados quantitativos e por serem uma população de difícil acesso. A maioria dos estudos utilizaram dados de participantes provenientes de outros países (EUA, Canadá) tais dados podem gerar subestimação ou superestimação em relação à população de mulheres trans brasileiras.

#### 4.2 **Contribuições para a Enfermagem**

Nas bases de dados não existem trabalhos acadêmicos brasileiros de cunho epidemiológico sobre este grupo com vistas interseccionalidade. Tal dado mostra a necessidade de suprir a grande lacuna que se tem referentes à pesquisas direcionadas à população transexual, o que irá contribuir para traçar diagnósticos para produzir políticas públicas que venham a mitigar às violências sofridas por esta população. Diante do exposto, a discriminação é um problema de saúde pública, desta forma, acender um debate sobre a discriminação cruzada não visa contribuir somente com a área da saúde coletiva, onde seu enfrentamento dentro das vertentes de proteção, promoção e recuperação são garantidas pela constituição; mas também implica em diversas outras vertentes. Além de trazer reflexões acerca da interseccionalidade no campo de epidemiologia, buscando proporcionar a aplicabilidade de intervenções que auxiliem no melhor enfrentamento das violências sofridas e das consequências desta na práxis do enfermeiro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou como a autoavaliação da saúde desse subgrupo populacional é modulada pela presença das discriminações sobrepostas, produzindo variações relevantes nas prevalências, tipicamente referidas altas de pior percepção neste subgrupo. A prevalência global de autoavaliação da saúde boa, muito boa e excelente foi prevalente, estando muito próxima a da população geral brasileira, onde observamos que este achado se estende a populações transexuais também de outros territórios e países.

Ao avaliarmos no perspectiva da intersecção das discriminações, em comparação relativa a cor/ etnia, idade, gênero, renda, moradia, forma de trabalho, religião, orientação sexual e identidade de gênero, concluímos que não foi detectada diferença estatística significativa indicando que, para essa amostra, não existe relação entre autoavaliação em saúde e tais características sociodemográficas.

A soma das discriminações esteve associada à autoavaliação da saúde ruim em ambos os estratos investigados. As disparidades encontradas em relação a outros estudos, principalmente às características sociodemográficas, podem ser, em parte, explicada pela ausência de estudos censitários e epidemiológicos acerca da população transexual, principalmente no Brasil, tornando quase impossível inferir conclusões epidemiológicas corretas e condizentes.

Os resultados desta pesquisa sugerem a importância da investigação da autoavaliação da saúde de forma estratificada, além da inserção da diversidade de gênero nos censos e surveys, contribuindo no avanço do entendimento da percepção de saúde em estudos populacionais e reforçando a necessidade da inclusão de variáveis que captam a percepção social destas mulheres.

É fundamental criar mecanismos de proteção para amenizar as desigualdades sociais reconhecendo as formas complexas como o poder opera para criar iniquidades nos resultados de saúde. O papel do Estado e das organizações da sociedade civil é fundamental para o desenvolvendo de políticas públicas que possam fornecer políticas de compensação capazes de melhorar a vida desta população que se encontra em desvantagem social, econômica e política até onde podemos observar, já que estas são invisíveis, principalmente em relação a dados

fidedignos. As condições estruturais do racismo, etnofobia, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, e na base da pirâmide discriminatória se encontram as mulheres transexuais negras. Sua marginalização, baixa expectativa e qualidade de vida refletem diretamente esta realidade. A discriminação leva á marginalização, perpetuando o sofrimento social.

## REFERÊNCIAS

AAS, M., STEEN, N. E., AMINOFF, S.R., LORENTZEN, S., SUNDET, K., ANDREASSEN, O. A., & MELLE, I. Is cognitive impairment following early life stress in severe mental disorders based on specific or general cognitive functioning? *Psychiatry Research*, 198(3), 495-500. Disponível em: [10.1016/j.psychres.2011.12.045](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.045) Acesso em 25 mar 2021

ABREU NS, SIQUEIRA AL, CAIAFFA WT. Ordinal logistic regression in epidemiological studies. *Rev. Saúde Pública internet*.2009 [acesso em 30 out 2020];43(1):183-194. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000100025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000100025&lng=en&nrm=iso)

AGÉNOR, M., MURCHISON, G. R., NAJARRO, J., GRIMSHAW, A., COTTRILL, A. A., JANIÁK, E., GORDON, A. R., & CHARLTON, B. M. (2021). Mapping the scientific literature on reproductive health among transgender and gender diverse people: a scoping review. *Sexual and reproductive health matters*, 29(1), 1886395. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1886395>

ALMEIDA, SL. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.. Disponível em: <https://contrapoder.net/wp-content/uploads/2020/04/ALMEIDA-2019.-O-QUE-%C3%89-RACISMO-ESTRUTURAL.pdf> Acesso em 02 nov 2020

ALMEIDA, CB, VASCONCELLOS, VA. Transexuais: Transpondo Barreiras No Mercado De Trabalho Em São Paulo? *Escola De Direito De São Paulo Da Fundação Getulio Vargas Revista Direito Gv | São Paulo | V. 14 N. 2 | 302-333 | Maio-Ago 2018*. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rdgv/v14n2/1808-2432-rdgv-14-02-0302.pdf> Acesso em 02 nov 2020

ANDRADE, LN. Travestis na escola: assujeitamento e resistência à ordem normativa. Tese de Doutorado. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, 2012. Acesso em 30 out 2020 disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7600>

ANTUNES, PPS. Travestis envelhecem?. 2010. 268 f. Dissertação [Mestrado em Gerontologia] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/12364>

AQUINO NMR, SUN SY, OLIVEIRA EM, MARTINS MG, SILVA JF, MATTAR R. Violência sexual e associação com a percepção individual de saúde entre mulheres gestantes. *Rev. Saúde Pública*. 2009. [acesso em 2018-09-05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/06.pdf>

ARENDRT, H. Eichmann em Jerusalém — Um relato sobre a banalidade do mal. Tradução de José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia da Letras, 1999.

ASIS, DNC. Interseccionalidades - Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2019. 57 p. : il. acesso em 13 de abril de 2021 Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/30892>

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990..

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Abuso sexual é o 2º maior tipo de violência., 2012. Acesso em 10 de Julho, 2017, disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/30223-abuso-sexual-e-o-segundo-maior-tipo-de-violencia> .

BARROS, JD'. Igualdade e diferença: uma discussão conceitual mediada pelo contraponto das desigualdades. Rev. Bras. Educ., Rio de Janeiro , v. 23, e230093, 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782018000100278&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782018000100278&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Aug. 2020

BEAUVOIR, S. O Segundo Sexo, v.I, II. Tradução Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BENCHIMOL, JL. Manguinhos do sonho à vida – A ciência na Belle Époque. Rio de Janeiro: COC, 1990.

BENEVIDES, BG; NOGUEIRA, SNB (Orgs). ANTRA. Associação Nacional das Travestis e Transexuais. Mapa dos assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>. Acesso em 30 out de 2020

BENEVIDES, BG; NOGUEIRA, SNB (Orgs). ANTRA. Associação Nacional das Travestis e Transexuais Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020– São Paulo: Expressão Popular, 2021 136p.

BRESLAU, N., KOENEN, K. C., LUO, Z., AGNEW-BLAIS, J., SWANSON, S., HOUTS, R. M., & MOFFITT, T. E. Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological medicine*, 44(9), 2014 Jul 1937-1945. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24168779/> Acesso em: jun 2021

BUDGE, S. L., THAI, J. L., TEBBE, E. A. & HOWARD, K. A. S. The Intersection of race, sexual orientation, socioeconomic status, trans identity, and mental health outcomes. *Counsel. Psychol.* 44, 1025–1049. : Acesso em 12 jan 2022, Disponível em <https://doi.org/10.1177/0011000015609046> (2016)

BUTLER, JP. Problemas de gênero [recurso eletrônico]: feminismo e subversão da identidade / Judith P. Butler; tradução Renato Aguiar. – 16. ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CAMARGO, B. V. & JUSTO, A. M. (2018). Tutorial para uso do software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. Recuperado de: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>

CAMPOS MR PAVÃO ALB, WERNECK GL. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:723-34. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/csp/a/b4Nyg8BYjDRzDMjnZpdWshB/abstract/?lang=pt> Acesso em Acesso em: 19 apr. 2020.

CARAVACA-MORERA, J. A; PADILHA, M.I Necropolítica Trans: Diálogos Sobre Dispositivos De Poder, Morte E Invisibilização Na Contemporaneidade. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 27, n. 2, e3770017, 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200326&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200326&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 14 Out 2020

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: Ashoka Empreendimentos Sociais; Takano Cidadania (orgs.). racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003. Disponível em <https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/04/CARNEIRO-2013-Enegrecer-o-feminismo.pdf> Acesso em 19 out 2020

CARPENTER, C. S., EPPINK, S. T. & GONZALES, G. Transgender status, gender identity, and socioeconomic outcomes in the United States. *ILR Rev.* 73, 573–599., 2020 <https://doi.org/10.1177/0019793920902776>

CARVALHO, JCP. Etnocentrismo: inconsciente, imaginário e preconceito no universo das organizações educativas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 1, n. 1, p. 181-186, Aug. 1997. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831997000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831997000200014&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Nov. 2020.

CARRARA, SL. O movimento LGBTI no Brasil, reflexões prospectivas. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, [S.l.], v. 13, n. 3, sep. 2019. ISSN 1981-6278. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1866/2286>>. Acesso em: 19 apr. 2020.

CATALAN, A., ANGOSTO, V., DÍAZ, A., VALVERDE, C., DE ARTAZA, M. G., SESMA, E., GONZALES-TORRES, M. A.. Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders. *Psychiatry Research*, 251, 78-84. 2017) disponível em: 10.1016/j.psychres.2017.02.017 Acesso em 25 mar 2021

CLETO et al. Mulheres-mães em situação de violência doméstica e familiar no contexto do acolhimento institucional de seus(as) filhos(as): o paradoxo da proteção integral. *Saúde e Sociedade* [online]. v. 28, n. 3 [Acessado 11 Março 2020], pp. 157-170. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170922>>.

COLLINS, PH. Se perdeu na tradução?: feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. *Parágrafo*, v. 5, n.1, p. 6-17, 2017. Disponível em: <http://revistaseletronicas.fiamfaam.br/index.php/recicofi/article/view/559>. Acesso em: 09 out. 2020

CONCEIÇÃO, I. K., BELLO, J. R., KRISTENSEN, C. H., & DORNELLES, V. G. Sintomas de TEPT e trauma na infância em pacientes com transtorno da personalidade borderline. *Psicologia em Revista*, 21(1), 2015, 87-107. Acesso em 25 mar 2021 disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a07.pdf>

CONNEL, R. Gênero em termos reais. Tradução Marília Moschkovich. São Paulo : Inversos, 2016, 272 p.

COZZARELLI, C., WILKINSON, A. V., & TAGLER, M. J. (2001). Attitudes toward the poor and attributions for poverty. *Journal of Social Issues*, 57, 207–227. doi: 10.1111/0022-4537.00209

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002, pp. 157-170. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf> . Acesso em: 11 Março 2020

DAVIS; A. Mulheres, raça e classe [recurso eletrônico] tradução Heci Regina Candiani. - 1. ed. - São Paulo : Boitempo, 2016. recurso digital

DE LLANO, P. Conflitos raciais em charlottesville. *El Pais*. Miami, 13 AGO 2017. Disponível em: < [https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/12/internacional/1502553163\\_703843.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/12/internacional/1502553163_703843.html)> Acesso: 30 Ago 2020

DUBOWITZ H, PITTS SC, BLACK MM. Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child maltreatment*. [internet]. 2004. [acesso em 04/09/2020]; v. 9, n. 4, p. 344-356. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15538034>

EUROSTAT Statistical Office Of The European Union. Self-perceived health statistics, 2020. Acesso em jan 2022. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived\\_health\\_statistics#Self-perceived\\_health](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Self-perceived_health_statistics#Self-perceived_health)

FERREIRA, S, FRANCISCO, PMSB E NOGUEIRA, PA. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose entre transgêneros na cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019, v. 24, n. 8 Acessado 10 Janeiro 2022 , pp. 3025-3036. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.25212017>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.25212017>.

FERNANDES, J. R. O. . Ensino de história e diversidade cultural: desafios e possibilidades. *Cad. CEDES*, Campinas , v. 25, n. 67, p. 378-388, Dec. 2005 . Acesso ago 2021 Disponível <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32622005000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622005000300009&lng=en&nrm=iso)>.

FIGUEIREDO, A. L., DELL'AGLIO, J. C., SILVA, T. L., SOUZA, L. D., & ARGIMON, I. L. Trauma infantil e sua associação com transtornos do humor na vida adulta: uma revisão sistemática.. *Psicologia em Revista*, 2013 19(3), 480-496. disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a10.pdf> Acesso em 25 mar 2021

FLETCHER, RH; FLETCHER, SUZANNE W; FLETCHER, GRANT S. *Epidemiologia Clínica. Elementos Essenciais*. 5. ed. Artmed, 2014. 296 p.

FONTE, R. F. The reflexes of childhood in adult life: a literature review. Monography. Dentistry School of Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; Araçatuba, 2017. Disponível em <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/156604/000900209.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 06 janeiro 2021

FBSP FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2021 ISSN 1983-7364. ano 15: 2021 Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/anuario-2021-completo-v6-bx.pdf> Acesso em 26 de out de 2021

FBSP FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2019 ISSN 1983-7364 ano 13 2019. Disponível em: <https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf> Acesso em 26 de out de 2021

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: A vontade de saber, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FRANCISCO, M. Discursos sobre colorismo: educação étnico-racial na contemporaneidade., Ensaios Filosóficos, Volume XVIII – Dezembro/2018. Disponível:[https://www.researchgate.net/publication/338331042\\_Discursos\\_sobre\\_colorismo\\_e\\_ducacao\\_etnico-racial\\_na\\_contemporaneidade](https://www.researchgate.net/publication/338331042_Discursos_sobre_colorismo_e_ducacao_etnico-racial_na_contemporaneidade) Acessos em 06 set. 2020.

FREYRE, G, 1900-1987. Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal / Gilberto Freyre; apresentação de Fernando Henrique Cardoso. — 481 ed. rev. — São Paulo : Global, 2003. — (Introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil ; 1). Acesso em mar 2021 Disponível em: [49742014000100018&lng=pt&nrm](https://doi.org/10.1007/s10461-019-02751-x)

GALVAN, F.H., CHEN, YT., CONTRERAS, R. ET AL. Violence Inflicted on Latina Transgender Women Living with HIV: Rates and Associated Factors by Perpetrator Type. AIDS Behav (2019).[Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02751-x>.

GALVAO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 23, n. 1, p. 183-184, mar. 2014 . Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000100018&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100018&lng=pt&nrm=iso). acessos em 06 set. 2020.

GRASSI-OLIVEIRA, R., STEIN, L. M., & PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire.Revista de Saúde Pública, 2006. 40(2), 249-255. disponível em: [10.1590/S0034-89102006000200010](https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000200010) Acesso em 25 mar 2021

GREEN MA, EVANS CR, SUBRAMANIAN SV. Can intersectionality theory enrich population health research? Soc Sci Med. 2017;178:214–216 Acesso em 10 Ago 2020 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28238539/>

GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. História do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas. Disponível em: <https://www.ini.fiocruz.br/hist%C3%B3ria-0>. Acesso em: 04 Set 2020

HAAS AP, RODGERS PL, HERMAN JL. Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults: findings of the national transgender discrimination survey. Los Angeles, Califórnia: The Williams Institute e American Foundation for Suicide Prevention; 2014. Acesso em mar 2021. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/8xg8061f>

HATCHEL, T., & MARX, R. (2018). Understanding Intersectionality and Resiliency among Transgender Adolescents: Exploring Pathways among Peer Victimization, School Belonging, and Drug Use. International journal of environmental research and public health, 15(6), 1289. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijerph15061289>

HARRIS, T. "Pigmentocracy." Freedom's Story, TeacherServe. National Humanities Center. date you accessedessay Disponível em: <http://nationalhumanitiescenter.org/tserve/freedom/1865-1917/essays/pigmentocracy.htm>. Acesso em 11 de outubro de 2021.

HERZOG, R. Do preconceito à intolerância: quando se rouba a humanidade do outro. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro . v. 22,n. 3,p. 273-279, Dec. 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982019000300273&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982019000300273&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Apr. 2020.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social* [online]. 2014, v. 26, n. 1, pp. 61-73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>>. Acesso em 19 Outubro 2021

HIRATA HOSMER DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2. ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.

HOWELL, R. T., & HOWELL, C. J. The relation of economic status to subjective well-being in developing countries: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 134(4), 536–560. 2008 acesso em 2018-09-05];34:281-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1052092/>

HOY, K., BARRETT, S., SHANNON, C., CAMPBELL, C., WATSON, D., RUSHE, T., MULHOLLAND, C Childhood trauma and hippocampal and amygdalar volumes in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2012. 38(6), 1162-1169. Acesso em 25 mar 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr085>

HUNT SM, MCKENNA SP, MCEWEN J, BACKETT EM, WILLIAMS J, PAPP E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health*. 1980. acesso em 2018-09-05];34:281-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1052092/>

IARC (Inter-American Commission on Human Rights). AN OVERVIEW OF A REGISTRY DOCUMENTING ACTS OF VIOLENCE AGAINST LGBTI PERSONS. january 1, 2013 and march 31, 2014 [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em: <http://www.oas.org/en/iachr/lgtbi/docs/Annex-Registry-Violence-LGBTI.pdf>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf> Acesso em 06 Jan 2020

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41*. ISBN 978-85-240-4513-4 Brasil, 2019 <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf) > Acesso em 06 Jan 2020

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Editoria: Estatísticas Sociais*. IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019. 28/08/2019 09h00. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de>

noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019  
Acesso em 20 ago 2020

IDLER EL, BENYAMINI Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* [internet] 1997. [acesso em 2018-09 05];38(1):21–37. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9097506>

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. Atlas da Violência 2019 Infográfico. Fórum Brasileiro de Segurança Pública., 126(1), 100. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.78> Acesso em 22 Março 2020

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. Os Desafios Do Passado No Trabalho Doméstico Do Século Xxi: Reflexões Para O Caso Brasileiro A Partir Dos Dados Da Pnad Contínua. Brasília, novembro de 2019  
<[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2528.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2528.pdf) > Acesso em 22 Março 2020

ISVORANU, A., VAN BORKULO, C. D., BOYETTE, L. L., WIGMAN, J. T., VINKERS, C. H., & BORSBOOM, D. A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, (2017). 43(1), 187-196. disponível em: 10.1093/schbul/sbw055. Acesso em 25 mar 2021

JONAS, S., BEBBINGTON, P., MCMANUS, S., MELTZER, H., JENKINS, R., KUIPERS, E. BRUGHA, T. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological medicine* 2011.,41(4), 709-719 disponível em:10.1017/S003329171000111X. Acesso em 25 mar 2021

LÉVI-STRAUSS, Cl. *Tristes tropiques*. Paris: UGE, 1965

KLUEGEL, J. R., & SMITH, E. R. *Beliefs about Inequality: Americans' Views of What Is and What Ought to Be*. New York: Aldine de Gruyter, 1986. Acesso em mar 2021 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>

KRAUS, M. W., RHEINSCHMIDT, M. L., & PIFF, P. K.. The intersection of resources and rank: signalling social class in face-to-face encounters. In S. T. Fiske & H. R. Markus (Eds.), *Facing Social Class: How Societal Rank Influences Interactions* (pp 152-172). New York: Russell Sage Foundation, 2012 Acesso em mar 2021 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>

KRISTENSEN, C. H., PARENTE, M. A., & KASZNIAK, A. W. Transtorno de estresse pós-traumático e funções cognitivas. 2006. *Psico-USF*, 11(1), 17-23. disponível em: 10.1590/S1413-82712006000100003. Acesso em 25 mar 2021

KRUG EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002., pp. 157-170. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso 11 Março 2020

KRÜGER, A et al. Characteristics of hormone use by travestis and transgender women of the Brazilian Federal District. Post-Graduate Program in Collective Health at the School of Health Sciences at the University of Brasília. . *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2019, v.

22, n. Suppl 1 Accessed 10 January 2022] , e190004. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.1>>.

LACOMBE-DUNCAN A. An Intersectional Perspective on Access to HIV-Related Healthcare for Transgender Women. *Transgend Health*. 2016 Jul 1;1(1):137-141 [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em doi: 10.1089/trgh.2016.0018.

LAQUER, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: 2001

LIMA, TJS. O papel de representações sobre raça e classe social no preconceito e discriminação. Tese do Programa de Pós graduação da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, fevereiro de 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8543/2/arquivo%20total.pdf> Acesso em 23 Março de 2020.

LIMA-COSTA MF, CESAR CC, CHOR D, PROIETTI FA. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-Year Follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging. *Am J Epidemiol* 2012; 175:228-35. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22193172/> Acesso 25 mar 2021

MACCARTHY S, IZENBERG M, BARRERAS JL, Brooks RA, Gonzalez A, Linnemayr S (2020) Rapid mixed-methods assessment of COVID-19 impact on Latinx sexual minority men and Latinx transgender women. *PLoS ONE* 15(12): e0244421. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em doi:10.1371/journal.pone.0244421

MACIEL, C., BRITO, S., & CAMINO, L. (1998). Explicações das desigualdades sociais: Um estudo com meninos em situação de rua de João Pessoa. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11(2), 209-232.[Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]Disponível em doi: 10.1590/S0102-79721998000200004

MAGNO, L., DOURADO, I., & SILVA, L. A. V. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador. *Cad. Saúde Pública*, 34(5), 1-12., 2018 Acesso em 12 jan 2022 Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311x00135917>.

ROCHA, ABM et al. HIV continuum of care among trans women and travestis living in São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 54 Acesso 10 Jan 2022 , Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002374>>.

MALFRÁN, YARLENIS MESTRE, & OLIVEIRA, JOÃO MANUEL de. (2020). Un abordaje interseccional de la ciudadanía trans en Cuba. *Revista Psicología Política*, 20(48), 448-461. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519549X2020000200014&lng=p&t&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2020000200014&lng=p&t&tlng=es).

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 3. ed., São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.p.

MCFADDEN E, LUBEN R, BINGHAM S, WAREHAM N, KINMONTH A, KHAW K. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22457 middle-aged men and women. *BMC Public Health* 2008; 8:230. Disponível em

<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-230> Acessado 11 Março 2020

MEREISH EH, O'CLEIRIGH C, BRADFORD JB. Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minority men and women. *Psychol Health Med* 2014; 19(1):1-13. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23535038/> Acesso em mar 2021

MESSIAS, TL ; AMORIM, MFP. Relações Afetivas Heterossexuais E Mulheres Negras : Objeto Sexual E Solidão . *Feminismo em América Latina. Espirales*, n. IV, Vol. II, Out. 2019 Disponível em: <file:///C:/Users/rock-/Downloads/1634-6867-1-PB.pdf> Aceso em 09 Outubro 2020.

MEIRELES, AL et al . Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: Estudo Saúde em Beagá. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 31, supl. 1, p. 120-135, Nov. 2015 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2015001300120&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015001300120&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Outubro 2020.

MILUNPALO S, VUORI I, PASANEN M, URPONEN H. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*. 1997. [acesso em 2018-09-12];50(5):517-28. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9180644>

MOLARIUS A, JANSON S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002; 55:364-70. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11927204/> Acesso em 23 Março de 2020.

MORAES, EL, SILVA, L.I.C. Feminismo Negro e a Interseccionalidade de Gênero, Raça e Classe. *Cadernos de Estudos Sociais e Políticos*, Rio de Janeiro, vol. 7, nº 13, 2017 58 Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/CESP/article/view/32989>> Acesso em 21 Março de 2020.

MUSUMECI L, RAMOS S, PARIS LL, RIBEIRO E, ALVADIA FILHO. Juventude, violência e polícia: resultados da pesquisa amostral. Relatório final. Rio de Janeiro: CESeC/Ucam. 2011. [acesso em 2018-09-05]. Disponível em: <https://www.ucamcesec.com.br/wp->

NASCIMENTO, Abdias. O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

NIETZSCHE, F. *Genealogia da Moral*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

OSBORNE, Y. H., & RAPPAPORT, N. B. (1985). Sentencing severity with mock jurors: Predictive validity of three variable categories. *Behavioral Sciences and the Law*, 3, 467-473. doi: 10.1002/bsl.2370030411

PAVÃO , ALB. Autoavaliação do Estado de Saude: associação com fatores sociodemográficos(...)Tese de Doutorado. 2012, 149p. UERJ. Acesso em 12 jan 2022 Disponível em <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/bitstream/1/4597/1/Ana%20Luiza%20Pavao%20tese.pdf>

PEREZ-BRUMER A, HALTZENBUEHLER ML, OLDENBURG CE, BOCKTING W. Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behav Med* 2015; 41(3):164-171. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26287284/> Acesso em mar 2021

PEREZ, D. A., HOSCH, H. M., PONDER, B., & TREJO, G. C. Ethnicity of defendants and jurors as influences on jury decisions. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1249-1262. Acesso em mar 2021 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>

PLAN INTERNATIONAL. Tirando o véu: estudo sobre casamento infantil no Brasil. São Paulo: Plan International, 2019. 101 p. Disponível em : <https://cdn.plan.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Tirando-o-veu-estudo-casamento-infantil-no-brasil-plan-international.pdf> Acesso em set 2020

PINTO, Céli Regina Jardim. O feminismo bem-comportado de Heleith Saffioti (presença do marxismo). *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 321-333, Apr. 2014 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2014000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2014000100017&lng=en&nrm=iso). access on 27 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000100017>.

POTEAT T, GERMAN D, FLYNN C. The conflation of gender and sex: Gaps and opportunities in HIV data among transgender women and MSM. *Glob Public Health*. 2016 Aug-Sep;11(7-8):835-48. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em doi: 10.1080/17441692.2015.1134615. Epub 2016 Jan 20.

POSSO, JEANNY LUCERO, & FURCIA, ANGE La. (2016). El fantasma de la puta-peluquera: Género, trabajo y estilistas trans en Cali y San Andrés Isla, Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (24), 172-214. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.08.a>

PRANDI, R. Mitologia dos Orixás. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

PRECIADO, P. B. “Lixo e Gênero, Mijar/Cagar, Masculino/Feminino”. Trad. de Davi Giordano e Helder Thiago Maia. *eRevista Performatus*, Inhumas, ano 7, n. 20, abr. 2019. ISSN: 2316-8102 Acesso em 08 out 2020 Disponível em :<https://performatus.com.br/traducoes/lixo-e-genero/>

READ, J., VAN OS, J., MORRISON, A. P., & ROSS, C. A. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005. 112(5), 330-350. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16223421/> Acesso em: jun 2021

ROUSTIT, C., RENAHY, E., GUERNEC, G., LESIEUR, S., PARIZOT, I., & CHAUVIN, P. Exposure to interparental violence and psychosocial maladjustment in the adult life course: advocacy for early prevention. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(7), 2009 563-568. Acesso em 2021 disponível em: 10.1136/jech.2008.077750.

RIBEIRO, D. O que é: lugar de fala?/ Djamila Ribeiro. -- Belo Horizonte(MG): Letramento: Justificando, 2017. 112 p.; 15,9 cm. (Feminismos Plurais)

RIDGEWAY, C. L., & FISK, S. R. . Class rules, status dynamics, and “Gateway” Interactions. In S. T. Fiske & H. R. Markus (Eds.), *Facing Social Class: How Societal Rank Influences*

Interactions (pp 131-151). New York: Russell Sage Foundation, 2012. Acesso em mar 2021 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>

ROCHA, ABM et al. HIV continuum of care among trans women and travestis living in São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 54 Acesso 10 Jan 2022 , Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002374>>.

RODRIGUES S; Mulata' veio de 'mula'? Isso torna a palavra racista? Veja. Atualizado em 31 jul 2020, 00h52 - Publicado em 23 jul 2015, 17h03 Disponível em: <https://veja.abril.com.br/blog/sobre-palavras/8216-mulata-8217-veio-de-8216-mula-8217-isso-torna-a-palavra-racista/> Acesso em 20 ago 2020

ROMANELLI, RC; BOECHAT WSLF. O preconceito e a discriminação da sociedade ante os estereótipos dos criminosos. *Revista Direito em Foco – Edição nº 10, CRT 2018*. Disponível em <[http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/004\\_O\\_PRECONCEITO\\_E\\_A\\_DISCRIMINA%C3%87%C3%83O.pdf](http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/004_O_PRECONCEITO_E_A_DISCRIMINA%C3%87%C3%83O.pdf)> Acesso em 21 Março de 2020.

SACKS P. The geography of privilege. *Encounter: Education for Meaning and Social Justice*, 17, 5–9. 2004 Acesso em 2018-09-05]Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>

SAFAZZONI, SA. Preconceito, Racismo e discriminação. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, v. 12, n. 12, 2015 Disponível em:< <https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/RFD/article/view/6609> > Acesso em 19 de Março de 2020

SAFFIOTI, H. *A Mulher na Sociedade de Classe: Mito e Realidade*. Petrópolis: Vozes, 1976.

SANCHES, MA; MANNES, M; CUNHA, TR. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. *Rev. Bioét.*, Brasília , v. 26,n. 1, p. 39-46, Jan.2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422018000100039&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000100039&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Apr. 2020

SCHUCMAN, LV. Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”: Raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana., 2012. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http://www.ammapsique.org.br/baixar/encardido-branco-branquissimo.pdf> Acesso em 10 out 2020

SILVA, G.W.S, MEIRA, K.C, AZEVEDO, D.M, SENA, R.C.F, LINS, S.L.F, DANTAS, E.S.O, MIRANDA, F.A.N.. Fatores associados à ideação suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais.. *Cien Saude Colet* 2020/Jan. Acesso em 28/03/2021. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-ideacao-suicida-entre-travestis-e-transexuais-assistidas-por-organizacoes-nao-governamentais/17489?id=17489>

SILVA, G. W. S., SOUZA, E. F. L., SENA, R. C. F., MOURA, I. B. L., SOBREIRA, M. V. S., & MIRANDA, F. A. N. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. *Rev Gaúcha Enferm.*, 37(2), 1-7. 2018; doi: Acesso em 12 jan 2022, Disponível em :<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.56407>.

SILVA, LB; SANTOS, GA. Colorismo e reconhecimento: aspectos da construção identiária dos pardos e mestiços no contexto brasileiro. 2018.Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SILVA, T.M.G.S. O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. *Direito UNIFACS–Debate Virtual*, n. 201, 2017. Disponível em:<<http://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/4760/3121> >. Acesso em: 21 Ago. 2020

SPIZZIRRI, G., EUFRÁSIO, R., LIMA, M.C.P. et al. Proportion of people identified as transgender and non-binary gender in Brazil. *Sci Rep* 11, 2240 (2021). Acesso em 10 jan 22. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81411-4>

SOUZA, Edinilsa Ramos de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 59-70, Mar. 2005 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Aug. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100012>.

SOUZA V.S. As idéias eugênicas no brasil: ciência, raça e projeto nacional no entre-guerras *Revista Eletrônica História em Reflexão: Vol. 6 n. 11 – UFGD - Dourados jan/jun 2012* Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/viewFile/1877/1041> Acesso em: 21 Ago. 2020

STREED CG JR, MCCARTHY EP, HAAS JS. Self-Reported Physical and Mental Health of Gender Nonconforming Transgender Adults in the United States. *LGBT Health*. 2018;5(7):443-448. . Acesso em 12 JAN 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207157/>

SZWARCWALD, C. L. et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, *gme em Reflexão: Vol. 6 n. 11 – UFGD - Dourados jan/jun 2012* Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/viewFile/1877/1041> Acesso em: 21 Ago. 2020

TGEU. Transgender Europe: Trans Murder Monitoring 2020. TGEU, junho 2016. Disponível em: <https://transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring/> .Acesso em: 25 out. 2020.

TURNER, C. M., AHERN, J., SANTOS, G. M., ARAYASIRIKUL, S., & Wilson, E. C. (2019). Parent/Caregiver Responses to Gender Identity Associated With HIV-Related Sexual Risk Behavior Among Young Trans Women in San Francisco. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 65(4), 491–497. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.04.032>

VAZQUEZ, Claudia Lazcano; TONELI, Maria Juracy Filgueiras; OLIVEIRA, João Manuel de. Necropolítica, políticas públicas interseccionales y ciudadanía trans\*. *Ex aequo*, Lisboa , n. 40, p. 141-156, dez. 2019 . [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em <http://dx.doi.org/10.22355/exaequo.2019.40.09>.

VON ELM E, ALTMAN DG, EGGER M, POCOCK SJ, GÖTZSCHE PC, VANDENBROUCKE JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)statement: guidelines for reporting

observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008 Apr;61(4):344-9. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em: PMID: 18313558

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Rev. Diálogo Educ.*, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014 Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/2317>. Acesso em 28 Set 2020

YOUNG IM. *Responsibility for Justice*. New York: Oxford University Press, 2011 Acesso em 10 Ago 2020. Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar?q=+Young+IM.++Responsibility+for+Justice.++New+York+:++Oxford+University+Press+,++2011+>

WAIKAMP, V., & SERRALTA, F. B. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciencias Psicológicas*, (2018). 12(1), 137-144. disponível em: 10.22235/cp.v12i1.1603 Acesso em 25 mar 2021

WAXMAN, R., FENTON, M. C., SKODOL, A. E., GRANT, B. F., & HASIN, D. Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personality and Mental Health*, 2014., 8(1), 30-41. Acesso em 25 mar 2021 Disponível em: 10.1002/pmh.1239

ZAVASCHI, M. L., GRAEFF, M. E., MENEGASSI, M. T., MARDINI, V., PIRES, D. W., DE CARVALHO, R. H., . EIZIRIK, C. L. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2006. 28(3), 184-190. Acesso em 25 mar 2021 disponível em: 10.1590/S1516-44462006000300008

ZELUF, G., DHEJNE, C., ORRE, C. et al. Health, disability and quality of life among trans people in Sweden—a web-based survey. *BMC Public Health* 16, 903 2016. Acesso em 12 JAN 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3560-5> <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3560-5#citeas>

ZUCCHI, EM; BARROS, CRS REDOSCHI, BRL; DEUS,LFA VERAS; MASM Bem-estar psicológico entre travestis e mulheres transexuais no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 35 n°3. Rio de Janeiro, Março 2019. Acesso em 12 JAN 2022. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/680/bem-estar-psicologico-entre-travestis-e-mulheres-transexuais-no-estado-de-sao-paulo-brasil#C44>

WILSON, E. C., DHAKAL, M., SHARMA, S., RAI, A., LAMA, R., CHETTRI, S., TURNER, C. M., XIE, H., ARAYASIRIKUL, S., LIN, J., & BANIK, S. (2021). Population-based HIV prevalence, stigma and HIV risk among trans women in Nepal. *BMC infectious diseases*, 21(1), 128. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12879-021-05803-7>

WOLFORD-CLEVENGER, C., FRANTELL, K., SMITH, P. N., FLORES, L. Y., & STUART, G. L. (2018). Correlates of suicide ideation and behaviors among transgender people: A systematic review guided by ideation-to-action theory. *Clinical psychology review*, 63, 93–105. [Internet] [acesso em 13 de abril de 2021]; Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.009>

## GLOSSÁRIO

+	Utilizada na sigla LGBTQIA+ para incluir outros grupos e variações de gêneros e sexualidades, dado que a sigla está em constante mudança, como por exemplo a panssexualidade e a não-binariedade.
Aculturação	Processo de modificação cultural de indivíduo, grupo ou povo que se adapta a outra cultura ou dela retira traços significativos.
Aliados, agêneros e andrógino	Algumas versões da sigla também englobam o termo “Aliados” que, segundo a Aliança Nacional LGBTI+ são pessoas que, independente da orientação sexual ou identidade de gênero, tomam ação para promover os direitos e a inclusão LGBTI+. Outro “A” também se refere a pessoa “Agênero”, ou seja, alguém que não se identifica ou não se sente pertencente a nenhum gênero. Outro termo mais conhecido é o Andrógino, uma expressão de gênero usada para descrever uma pessoa que assume postura social, especialmente a relacionada à vestimenta, comum ao gênero masculino ou feminino.
Antropoemia	Do grego “emein”, vomitar, para Lévi-Strauss são indivíduos que escolheram em expulsar os seres temíveis para fora do corpo social, mantendo-os temporária ou definitivamente isolados, sem contato com a humanidade
Antropofagia	Para o dicionário da língua portuguesa, é o ato de comer carne humana, canibalismo; para Lévi-Strauss, são Indivíduos que veem na absorção de certos indivíduos detentores de forças temíveis, o único meio de neutralizá-las e mesmo de aproveitá-las
Assexuais	Pessoas que sentem pouca ou nenhuma atração sexual por outras pessoas ou em interesse em atividades sexuais
Autoavaliação de saúde	Importante indicador, já validado, da percepção do construto multidimensional da saúde e consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde.

	<p>É, portanto, um indicador subjetivo e engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida. A percepção do paciente de se sentir doente não advém apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade. Este indicador vem sendo amplamente utilizado em estudos epidemiológicos, tanto pela sua relativa facilidade de captação em inquéritos populacionais, como também pela sua validade, sendo importante preditor de morbidade e de mortalidade e apresentando associação com determinadas condições clínicas. Também foi verificada boa concordância desse indicador com a avaliação médica do estado de saúde. Além disso, alguns estudos mostram que pode ser ainda um importante fator na predição de problemas de saúde que só seriam detectados mais tardiamente.</p>
Biopolítica e biopoder	<p>Para Foucault no livro “História da Sexualidade I – A vontade de saber” é um conjunto de estratégias de gestão, mecanismos biológicos que passam a fazer parte das estratégias políticas: higiene, alimentação, sexualidade, natalidade, longevidade. O biopoder é justamente o cuidar/maximizar a vida humana para que ela seja produtiva. O poder de “causar a morte ou deixar viver</p>
Bissexuais	<p>Aquele ou aquela que se relaciona afetiva e/ou sexualmente com pessoas do gênero feminino, masculino ou demais gêneros.</p>
Classismo	<p>Forma de preconceito generalizado aos indivíduos de toda uma classe social, aos quais são atribuídos traços de personalidade ou moral largamente homogêneos.</p>
Cisgênero	<p>Indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu.</p>
Colorismo ou pigmentocracia	<p>Discriminação pela cor da pele, comum em países que sofreram a colonização europeia pós-escravocratas. Quanto mais pigmentada uma pessoa, mais exclusão e</p>

	discriminação essa pessoa irá sofrer.
Epistêmico	Ramo da filosofia que se ocupa do conhecimento científico; é o estudo crítico dos princípios, das hipóteses e dos resultados das diversas ciências, com a finalidade de determinar seus fundamentos lógicos, seu valor e sua importância objetiva.
Etnocentrismo	Visão preconceituosa e unilateralmente formada sobre outros povos, culturas, religiões e etnias. Esse conceito refere-se, portanto, ao hábito de julgar inferior uma cultura diferente da sua própria cultura, considerando absurdo tudo que dela deriva e considerando a sua como a única correta.
Eugenia	Teoria que busca produzir uma seleção nas coletividades humanas, baseada em leis genéticas; eugenismo
Falocentrismo e Falocracia	Convicção baseada na ideia de superioridade masculina, na qual falo representa o valor significativo fundamental.
Gay	Indivíduo cis ou trans que se identifica no gênero masculino e se relaciona afetiva e/ou sexualmente com outras pessoas do gênero masculino
Intersexuais	Indivíduo que nascem com características sexuais biológicas e que não ser definidas no sexo feminino ou masculino. Antigamente, eram chamadas de hermafroditas.
Interseccionalidade	Intersecção, sobreposição de marcadores discriminatórios sobre um mesmo indivíduo.
Fobia	
Lésbica	Pessoa cis ou trans que se identifica no gênero feminino e se relaciona afetiva e/ou sexualmente com outras pessoas do gênero feminino
Meritocracia	Do latim mereo e do grego antigo κράτος, transl. Krátos — estabelece uma ligação direta entre mérito e poder. Predomínio numa sociedade, organização, grupo, ocupação etc. Daqueles que têm mais méritos
Missoginia	Ódio ou aversão às mulheres

Pansexuais	Indivíduos que sentem atração por outras, independentemente do gênero ou da orientação sexual
Patriarcado	Sistema social em que homens mantêm o poder primário e predominam em funções de liderança política, autoridade moral, privilégio social e controle das propriedades. No domínio da família, o pai mantém a autoridade sobre as mulheres e as crianças.
Patrimonialista	O patrimonialismo é um conceito desenvolvido por Max Weber que se refere à característica de um Estado sem distinções entre os limites do público e os limites do privado. Foi comum em praticamente todos os absolutismos.
Queer	Pessoas que não se identificam com padrões heteronormativos impostos pela sociedade e transitam entre os gêneros, sem concordar com rótulos.
Transgêneros, transexuais, transmasculinos, transfemininas	Indivíduos que não se identificam com o gênero atribuído em seu nascimento, identidade de gênero oposta ao sexo físico biológico.
Travestis	Inicialmente considerado pejorativo, o termo foi ressignificado e passou a ter mais peso político, sendo utilizado apenas pessoas trans com identidades femininas, desse modo, o artigo e os pronomes corretos são A travesti e ELA/DELA. Alguns autores ainda se referem como termo performático do gênero feminino, travestir-se de mulher.

## ANEXO A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>ID</b>	Código do instrumento	<b>ID</b>
<b>Ent</b>	Código do entrevistador	<b>Ent</b>
<b>Q1</b>	Data da entrevista	<b>Q1</b>
<b>Q2</b>	Horário de início da entrevista	<b>Q2</b>

## 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.”

<b>Q3</b>	Quantos anos você tem?	<b>Q3</b>
<b>Q4</b>	Como você classifica a sua cor/etnia? (1) Branca; (2) Preta; (3) Amarela; (4) Parda; (5) Indígena	<b>Q4</b>
<b>Q5</b>	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.	<b>Q5</b>
<b>Q6</b>	Qual a sua situação conjugal? (1) Solteira; (2) Namorando; (3) União consensual/ Amigada; (4) Casada	<b>Q6</b>
<b>Q7</b>	[Entrevistador: somente faça esta pergunta caso a <b>questão 8</b> tenha sido respondida como “solteira”] Mas você já teve parceiro fixo, namorou, “juntou” ou se casou alguma vez? (0) Não; (1) Sim.	<b>Q7</b>
<b>Q8</b>	Você tem filhos biológicos? (1) Sim; (2) Não	<b>Q8</b>
<b>Q9</b>	Qual sua orientação sexual? (1) Heterossexual; (2) Homossexual; (3) Bissexual.	<b>Q9</b>
<b>Q10</b>	Como você se identifica? Como <b>mulher trans</b> (1) ou como <b>travesti</b> (2)	<b>Q10</b>
<b>Q11</b>	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”.	<b>Q11</b>
<b>Q12</b>	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)	<b>Q12</b>
<b>Q13</b>	Mas qual é essa ocupação?	<b>Q13</b>
<b>Q14</b>	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.	<b>Q14</b>

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

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

<b>Q17</b>	<b>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.</b> <b>Q16</b>	
<b>Q18</b>	<b>De que material é construída a maior parte da sua casa? (1) Madeira ou tijolo; (0) Outros materiais.</b>	<b>Q17</b>
<b>Q19</b>	<b>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.</b>	<b>Q18</b>
<b>Q20</b>	<b>Sua casa tem luz elétrica da LIGHT? (0) Não; (1) Sim</b>	<b>Q19</b>
<b>Q21</b>	<b>Para onde vai o esgoto da sua casa? (2) Rede geral de esgoto; (1) Fossa; (0) Vala aberta.</b>	<b>Q21</b>
<b>Q22</b>	<b>Aonde você joga o lixo? (2) É recolhido em casa pelo lixeiro; (1) Na caçamba; (0) Em local aberto ou terreno baldio.</b>	<b>Q22</b>
<b>Q23</b>	<b>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: <math>\geq 9</math> – boas condições ambientais; De 0 – 8, más condições ambientais.</b>	
<b>Q24</b>	<b>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</b>	<b>Q23</b>

## 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

<b>Q33</b>	Você tem plano de saúde? <b>(0) Não (1) Sim</b>	<b>Q25</b>
<b>Q34</b>	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? <b>(0) Não (1) Sim</b> Entrevistador, pule a questão 27 caso tenha assinalado a resposta “ <b>sim</b> ”.	<b>Q34</b>
<b>Q35</b>	Mas você não tinha ou tem um posto de saúde próximo da sua residência (ou do trabalho) que você podia chegar para ser atendida? <b>(0) Não (1) Sim</b> Entrevistador, caso a resposta tenha sido “ <b>não</b> ”, pule para a questão n. 68	<b>Q35</b>
<b>Q36</b>	Quando você ia/vai a uma dessas unidades, você é chamada pelo seu nome social (caso o utilize)? <b>(0) Não (1) Sim (99) Não se aplica</b>	<b>Q36</b>

### MÓDULO II.1 – PCA-Tool Afiliação

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

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

### 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

### 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? <b>(0) Não; (1) Sim</b>	Q30
Q38	Esse profissional trabalha / essa unidade é n/uma clínica da família? <b>(0) Não; (1) Sim</b>	Q31

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

<b>C9</b>	Quando você chega/va no seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, você tem/tinha que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? <b>(4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro</b>	<b>QC9</b>
-----------	--	------------

<b>C10</b>	Você tem/tinha que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”? (4) <b>Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro</b>	<b>QC10</b>
<b>C11</b>	É/Era difícil para você conseguir atendimento médico do seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” quando pensa que é necessário? (4) <b>Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro</b>	<b>QC11</b>
<b>C12</b>	Quando você tem/tinha que ir ao “ <i>nome do médico / enfermeira/ local</i> ”, você tem/tinha que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde? (4) <b>Com certeza sim (3) Provavelmente sim (2) Provavelmente não (1) Com certeza não (99) Não sei/não lembro</b>	<b>QC12</b>

## 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

<b>Situações</b>		<b>Nota (0-10)</b>
<b>Q39</b>	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	<b>Q39</b>
<b>Q40</b>	Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	<b>Q40</b>
<b>Q41</b>	Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos)	<b>Q41</b>
<b>Q42</b>	Vacinas (imunizações).	<b>Q42</b>
<b>Q43</b>	Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	<b>Q43</b>
<b>Q44</b>	Tratamento dentário.	<b>Q44</b>
<b>Q45</b>	Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	<b>Q45</b>
<b>Q46</b>	Aconselhamento para problemas de saúde mental	<b>Q46</b>
<b>Q47</b>	Sutura de um corte que necessite de pontos.	<b>Q47</b>
<b>Q48</b>	Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	<b>Q48</b>
<b>Q49</b>	Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	<b>Q49</b>
<b>Q50</b>	Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	<b>Q50</b>
<b>Q51</b>	Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	<b>Q51</b>
<b>Q52</b>	Remoção de verrugas.	<b>Q52</b>
<b>Q53</b>	Aconselhamento sobre como parar de fumar.	<b>Q53</b>
<b>Q54</b>	Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama..	<b>Q54</b>
<b>Q55</b>	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).	<b>Q55</b>
<b>Q56</b>	Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	<b>Q56</b>
<b>Q57</b>	Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	<b>Q57</b>
<b>Q58</b>	Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	<b>Q58</b>
<b>Q59</b>	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	<b>Q59</b>
<b>Q60</b>	Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	<b>Q60</b>
<b>Q61</b>	Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	<b>Q61</b>

<b>Q62</b>	Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	<b>Q62</b>
<b>Q63</b>	Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança	<b>Q63</b>
<b>Q64</b>	Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	<b>Q64</b>
<b>Q65</b>	Cuidados com a neovagina, caso se aplique a você.	<b>Q65</b>
<b>Q66</b>	Consultas quando você está doente	<b>Q66</b>
<b>Q67</b>	Consultas quando você está saudável	<b>Q67</b>
<b>Q68</b>	Aonde você primeiro vai quando está passando mal? (1) <b>Posto de Saúde, Unidade Básica, Centro de Saúde ou Clínica da Família;</b> (2) <b>UPA;</b> (3) <b>Emergência do hospital;</b> (4) <b>Fiocruz</b>	<b>Q68</b>

### 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”

#### Módulo III.1 – Experiências com a violência comunitária

<b>Q69</b>	Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família presenciou alguma dessas situações acontecendo no seu bairro ou comunidade...	
<b>Q69.1</b>	pessoas andando com arma de fogo na rua que não fossem policiais em serviço? (1) <b>sim, uma vez</b> ”, (2) <b>sim, algumas vezes</b> , (3) <b>sim, muitas vezes</b> , (0) <b>não</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	
<b>Q69.2</b>	pessoas cobrando dinheiro para dar segurança? (1) <b>sim, uma vez</b> ”, (2) <b>sim, algumas vezes</b> , (3) <b>sim, muitas vezes</b> , (0) <b>não</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	
<b>Q69.3</b>	pessoas roubando ou furtando? (1) <b>sim, uma vez</b> ”, (2) <b>sim, algumas vezes</b> , (3) <b>sim, muitas vezes</b> , (4) <b>não</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	
<b>Q69.4</b>	pessoas brigando, agredindo-se fisicamente? (1) <b>sim, uma vez</b> ”, (2) <b>sim, algumas vezes</b> , (3) <b>sim, muitas vezes</b> , (0) <b>não</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	
<b>Q69.5</b>	pessoas sendo assaltadas nas ruas da vizinhança? (1) <b>sim, uma vez</b> ”, (2) <b>sim, algumas vezes</b> , (3) <b>sim, muitas vezes</b> , (0) <b>não</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	
<b>Q69.6</b>	policiais recebendo dinheiro de pessoas na vizinhança? (1) <b>sim, uma vez</b> ”, (2) <b>sim, algumas vezes</b> , (3) <b>sim, muitas vezes</b> , (0) <b>não</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	
<b>Q69.7</b>	policiais intimidando ou agredindo pessoas na vizinhança? (1) <b>sim, uma vez</b> ”, (2) <b>sim, algumas vezes</b> , (3) <b>sim, muitas vezes</b> , (0) <b>não</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	
<b>Q69.8</b>	pessoas quebrando janelas, pichando muros, fazendo arruaça ou destruindo equipamentos coletivos como orelhões, postes de luz, lixeira? (1) <b>sim, uma vez</b> ”, (2) <b>sim, algumas vezes</b> , (3) <b>sim, muitas vezes</b> , (0) <b>não</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	
<b>Q69.9</b>	pessoas consumindo ou vendendo drogas ilegais na rua? (1) <b>sim, uma vez</b> ”, (2) <b>sim, algumas vezes</b> , (3) <b>sim, muitas vezes</b> , (0) <b>não</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	

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

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

Q71.12	anda com arma branca, tipo faca ou canivete, para se defender (3) <b>com certeza</b> ", (2) <b>às vezes</b> , (1) <b>nunca</b> , mas faria se tivesse condições, (0) <b>Nunca</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	
Q71.13	anda com arma de fogo para se defender (3) <b>com certeza</b> ", (2) <b>às vezes</b> , (1) <b>nunca</b> , mas faria se tivesse condições, (0) <b>Nunca</b> , (99) <b>não sabe/não lembra/não respondeu</b>	

### 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) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b> "	
Q72.2	por ser jovem (1) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b> "	
Q72.3	por ser mais velha (1) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b> "	
Q72.4	por sua condição financeira (1) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b> "	
Q72.5	pelo seu local de moradia (1) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b> "	
Q72.6	pela sua cor ou raça (1) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b> "	
Q72.7	pela sua religião (1) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b> "	
Q72.8	pela sua identidade de gênero (1) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b> "	
Q72.9	pela sua orientação sexual (1) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b> "	
Q72.10	por seu trabalho (1) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b>	
Q72.11	por outro motivo (1) <b>uma vez</b> ", (2) <b>algumas vezes</b> ", (3) <b>muitas vezes</b> ", (0) <b>nunca</b> ", (99) <b>não sabe/não respondeu</b> " [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) <b>uma vez</b> , (2) <b>algumas vezes</b> , (3) <b>muitas vezes</b> , (0) <b>nunca</b> , (99) <b>não sabe/não respondeu</b>	
Q73.2	na casa de outros familiares (1) <b>uma vez</b> , (2) <b>algumas vezes</b> , (3) <b>muitas vezes</b> , (0) <b>nunca</b> , (99) <b>não sabe/não respondeu</b>	
Q73.3	no seu local de trabalho (1) <b>uma vez</b> , (2) <b>algumas vezes</b> , (3) <b>muitas vezes</b> , (0) <b>nunca</b> , (99) <b>não sabe/não respondeu</b>	
Q73.4	em local público fechado (banco, shopping, loja, restaurante, boate, clube, igreja, órgão público, etc) (1) <b>uma vez</b> , (2) <b>algumas vezes</b> , (3) <b>muitas vezes</b> , (0) <b>nunca</b> , (99) <b>não sabe/não respondeu</b>	
Q73.5	em local público aberto (rua, praça, parque, jardim, praia, etc) (1) <b>uma vez</b> , (2) <b>algumas vezes</b> , (3) <b>muitas vezes</b> , (0) <b>nunca</b> , (99) <b>não sabe/não respondeu</b>	
Q73.6	ao pedir ou procurar emprego (1) <b>uma vez</b> , (2) <b>algumas vezes</b> , (3) <b>muitas vezes</b> , (0) <b>nunca</b> , (99) <b>não sabe/não respondeu</b>	

<b>Q73.7</b>	na unidade de saúde <b>(1) uma vez, (2) algumas vezes, (3) muitas vezes, (0) nunca,</b> <b>(99) não sabe/não respondeu</b>	
--------------	---	--

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

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

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

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

<b>quesi+1</b>	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	<b>quesi+1</b>
----------------	---	----------------

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.”

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

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
<p><b>Atenção: caso o item anterior tenha sido negativo, diga à participante:</b> “Não seria interessante você fazer isso. Infelizmente, como temos um pacto de sigilo por conta da pesquisa, eu não posso fazer isso por você. Mas te sugiro pensar na possibilidade de contar ao profissional que você tem mais confiança. Ele poderá te ajudar e até te encaminhar para outro profissional. Eu também estou aqui disponível para ouvi-la caso precise.”</p>		

**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 agredem 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”.

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? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q94
Q95	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q95
Q96	Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q96
Q97	Seu companheiro(a) teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q97
Q98	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q98
Q99	Seu companheiro(a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q99
Q100	Você obrigou o seu companheiro(a) a fazer sexo sem usar camisinha? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q100
Q101	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q101
Q102	Você deu um empurrão no seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q102
Q103	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	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? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q104
Q105	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q105
Q106	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q106
Q107	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q107
Q108	Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q108
Q109	Seu companheiro(a) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q109
Q110	Você chamou o seu companheiro(a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q110
Q111	Seu companheiro(a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q111
Q112	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro(a) com alguma coisa que pudesse machucar? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q112
Q113	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q113
Q114	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro(a) de propósito? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q114
Q115	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q115
Q116	Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q116
Q117	Seu companheiro(a) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q117
Q118	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q118
Q119	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q119
Q120	Você gritou ou berrou com o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q120
Q121	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q121
Q122	Você jogou o seu companheiro(a) contra a parede com força? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q122
Q123	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q123
Q124	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q124
Q125	Seu companheiro(a) disse que achava que você poderiam resolver o problema? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	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? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	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? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q127
Q128	Você deu uma surra no seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q128
Q129	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q129
Q130	Você segurou o seu companheiro(a) com força? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q130
Q131	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	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? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q132
Q133	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q133
Q134	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q134
Q135	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q135
Q136	Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro(a) não queria sem usar força física? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q136
Q137	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q137
Q138	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q138
Q140	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q140
Q141	Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q141
Q142	Seu companheiro(a) quebrou um osso por causa de uma briga com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q142
Q143	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo oral ou anal com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q143
Q144	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q144
Q145	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q145
Q146	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q146
Q147	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro(a) de propósito? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q147
Q148	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q148
Q149	Você insistiu para que seu companheiro(a) fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q149
Q150	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q150
Q151	Você acusou o seu companheiro(a) de ser “ruim de cama”? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q151
Q152	Seu companheiro(a) acusou-o(a) disso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q152
Q153	Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q153
Q154	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q154
Q155	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q155
Q156	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q156
Q157	Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q157
Q158	Seu companheiro(a) sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q158
Q159	Você chutou o seu companheiro(a)?	Q159
Q160	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q160
Q161	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q161
Q162	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q162
Q163	Você concordou com a solução que foi sugerida por ele? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q163
Q164	Seu companheiro(a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q164

**ENTREVISTADOR – ATENÇÃO:** SOMENTE FAÇA A PRÓXIMA PERGUNTA CASO A RESPOSTA À QUESTÃO Q29.3 FOR POSITIVA, OU SEJA, SE A PARTICIPANTE SE CONSIDERAR HIV +.

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

<b>Q167</b>	<b>Horário do término da entrevista</b>	<b>Q167</b>
-------------	---	-------------

**ENTREVISTADOR – LEIA:** “Por fim, terminamos a entrevista. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a sua colaboração em contar um pouquinho da sua vida íntima 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

<b>Q168</b>	<b>ENTREVISTADOR:</b> 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:	<b>Q168</b>
-------------	--	-------------

<b>Observações</b>
<b>1</b>
<b>2</b>
<b>3</b>
<b>4</b>
<b>5</b>

## ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

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 heterocisnormativa também alcance os espaços acadêmicos. Com vistas a superar esta e outras lacunas este projeto tem como objetivo geral: analisar as formas de violências vivenciadas por um conjunto de travestis e mulheres transexuais do município do Rio de Janeiro e suas relações com a autoavaliação em saúde e as violências autoprovocadas. Para isso, optou-se por desenhar um estudo transversal a partir do conjunto de mulheres transexuais e travestis recrutadas por técnica de Respondent Driven Sampling em outro projeto intitulado "Transcender" em acompanhamento no Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e AIDS (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

**UF:** RJ

**Telefone:** (21)2542-7796

**Município:** RIO DE JANEIRO

**CEP:** 22.290-240

**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; e analisar a percepção sobre a autoavaliação de saúde e a ocorrência de violência autoprovocada em função das violências sofridas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

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

Como forma de garantia da privacidade e confiabilidade, as entrevistas ocorrerão em ambientes 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_BÁSICAS_DO_P	31/01/2019		Aceito

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**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 C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: “Estudo sobre as violências e a autoavaliação de saúde de mulheres travestis e transexuais”

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

Contatos: Telefone (21) 98132.2464; E-mail: prof.ricardomattos@gmail.com

Este estudo tem como principal objetivo analisar as formas de violências vivenciadas por um conjunto de mulheres travestis e 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 lembrar momentos da sua vida. Entretanto, os pesquisadores garantem que o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou dano à sua saúde. Também asseguraremos os devidos encaminhamentos caso você tenha algum efeito após o encerramento e/ou interrupção da pesquisa.

A sua participação e todos os dados referentes à sua pessoa serão exclusivos para a pesquisa em questão 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 uma lesão relacionada 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).

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

Se você concorda com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido lido, por favor, assine abaixo:

Eu, \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, abaixo assinada, autorizo a realização da pesquisa e declaro ter pleno conhecimento sobre o estudo, conforme indicado acima.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Respondente