



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Kleison Pereira da Silva

**Orientação sexual e identidade de gênero: análise de sobrevida a partir da notificação de óbitos por violência no Estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2024

Kleison Pereira da Silva

**Orientação sexual e identidade de gênero: análise de sobrevida a partir da notificação de óbitos por violência no Estado do Rio de Janeiro**

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

Orientador: Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/B

S586 Silva, Kleison Pereira da  
Orientação sexual e identidade de gênero : análise de sobrevivência a partir da notificação de óbitos por violência no Estado do Rio de Janeiro / Kleison Pereira da Silva. – 2024.  
114 f.  
  
Orientador: Ricardo de Mattos Russo Rafael.  
  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.  
  
1. Minorias sexuais e de gênero - Teses. 2. Estatística - Análise - Teses. 3. Morte - Rio de Janeiro - Teses. 4. Violência - Rio de Janeiro - Teses. I. Rafael, Ricardo de Mattos Russo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. III. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU 614.253.5

Bibliotecário: Felipe Vieira Queiroz Xavier CRB: RJ - 230047/S

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

---

Assinatura

---

Data

Kleison Pereira da Silva

**Orientação sexual e identidade de gênero: análise de sobrevivência a partir da notificação de óbitos por violência no Estado do Rio de Janeiro**

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

Aprovada em 29 de fevereiro de 2024.

Banca Examinadora:

---

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

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp

Universidade Federal Fluminense

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Mercedes de Oliveira Neto

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2024

## DEDICATÓRIA

Aos membros da minha amada família e círculo de amigos,  
É com imenso respeito e gratidão que dedico estas palavras a vocês. A família é a base da nossa existência, e cada um de vocês desempenha um papel vital na construção dessa trajetória sólida. Nossos laços familiares não apenas representam uma conexão sanguínea, mas sim um compromisso mútuo de apoio, compreensão e respeito. É através das nossas tradições, valores compartilhados e momentos preciosos que nossa família se torna uma fonte constante de inspiração e força. Nesta dedicação, expresso minha sincera admiração por cada um de vocês. Seja nos triunfos ou nos desafios, nossa união persistente é a força motriz que impulsiona nossas realizações. Juntos, continuamos a escrever a minha história, a sua história e a nossa história e que seja de muita resiliência, amor e superação.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, gostaria de expressar meus mais sinceros agradecimentos pela sua excepcional participação durante o desenvolvimento da dissertação. Sua experiência, dedicação e comprometimento, mais uma vez, foram pilares essenciais para o sucesso desta jornada acadêmica. Agradeço pela sua disponibilidade, paciência e pela habilidade em oferecer direcionamentos que não apenas elevaram a qualidade do projeto, mas também contribuíram para o meu crescimento acadêmico. É uma grande honra ter sido orientado por alguém de sua estatura acadêmica e profissional. Eternamente grato por sua confiança ao longo deste processo.

A minha família, mãe, avó, tia e primo, gostaria de dedicar este momento para expressar meu profundo agradecimento a cada um de vocês. Suas dedicações incansáveis e seu amor incondicional moldaram a base da minha jornada. Sua força e seus sacrifícios não apenas me inspiraram, mas também me servem como alicerce durante os desafios.

Aos meus amigos, é com grande honra e apreço que dedico estas palavras a cada um de vocês, companheiros de jornada ao longo desta caminhada chamada vida. A amizade é um tesouro precioso, e a de vocês tem sido uma luz constante, iluminando os caminhos dos momentos alegres e enfrentando as sombras dos dias difíceis.

Yo

Essa daqui é pra aquelas gay  
Que no prézinho já sabia que era gay  
A criançada apontava: Cê é muito gay  
Já brincava com as Barbie: Teu filho é gay, eu bem que te avisei

É pra aquelas gay  
Que num sabia bem por que era ruim ser gay  
Sentiu na pele bem cedo como tratam as gay  
Já brigou com Deus: Por que me fizeste gay?

Queria ser alguém, já não temas, gay  
Aquilo que não mata fortalece um gay  
Sente o quanto te empodera ter nascido gay  
Em teus olhos, um espelho onde eu me enxerguei

É que eu também sou gay e levante, gay  
Que a luta ainda não acabou pras gay  
A nossa vitória vai ser o close, gay  
E que se eu tô aqui hoje dando voz pras gay, é por ser gay

*Gloria Groove*

## RESUMO

SILVA, K. **Orientação sexual e identidade de gênero: análise de sobrevivência a partir da notificação de violências e óbitos no Estado do Rio de Janeiro.** 2024. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

O campo da saúde coletiva, compreendendo campo como um espaço social de disputa e poder (Bourdieu, 1983), demonstra sua significância ao incorporar elementos da subjetividade individual e coletiva aos determinantes sociais da saúde. Quando observado as particularidades que permeiam a orientação sexual e a identidade de gênero de grupos sociais, a desigualdade de gênero, a discriminação e o preconceito apresentam-se como termos chaves para a compreensão dos fenômenos de violência. O estudo tem como objetivo geral: analisar o efeito da orientação sexual e identidade de gênero nas bases de dados de mortalidade e violência do Estado do Rio de Janeiro 2015-2020. O método trata-se de estudo observacional, do tipo coorte não concorrente com seguimento passivo. Nesse estudo, aplicamos a técnica de relacionamento probabilístico de dados (linkage) entre a ficha de notificação de violência interpessoal e os óbitos por causas violentas no Estado do Rio de Janeiro, abrangendo o período de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Entre os resultados, 1556 registros de óbitos relacionados a 80.178 notificações de violência formaram a base da coorte do estudo. Nota-se que, proporcionalmente, as causas externas têm 48,59% (n=756) de todas as mortes recuperadas no relacionamento de dados. Nota-se também que mulheres trans tem 4,07 vezes o risco de morrer por causas violentas das mulheres cisgênero e heterossexuais. Ademais, homens cisgênero e heterossexuais tem risco muito maior que (HR 10.13; IC 95%: 7,04-14,59) que as mulheres cisgênero e heterossexuais. Homens trans tiveram elevado risco, mas a relação estatística é limítrofe (p-valor 0,053). No que diz respeito à mortalidade geral, observa-se que o aumento das taxas em relação a idade, a orientação sexual, o sexo masculino atribuído ao nascimento, a cor preta e parda (negra), a menor escolaridade, outras situações conjugais que não sejam o estado civil de solteiro, a presença de deficiências físicas e mentais, recorrências na notificação/acompanhamento e os encaminhamentos para outros pontos da rede de assistência. Por fim, a curva de sobrevivência ajustada para cada grupo de interesse do estudo. É notória a redução da sobrevivência ao longo do tempo, sobretudo em grupos de identidades masculinas, em travestis e em mulheres trans. O poder de mudança social é possível com a premissa de que o conhecimento e a informação sejam incorporados por todos, principalmente para aqueles onde a realidade social não é um espaço favorável para a vida. O empoderamento e fortalecimento da comunidade LGBTQIA+ mostra-se como uma importante ferramenta na resistência das iniquidades sociais. Espera-se que os resultados obtidos por esse estudo, possam instigar pesquisadores e pesquisadoras, LGBT's e não-LGBT's, a se incomodarem com o cenário inseguro de vida dessa população.

Palavras-chave: sistema de informação em saúde; relacionamento de dados; minorias sexuais e de gênero; enfermagem em saúde coletiva.



## ABSTRACT

SILVA, K. **Sexual orientation and gender identity: survival analysis based on notifications of violence and deaths in the State of Rio de Janeiro.** 2024. 114 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The field of public health, understood as a social space of dispute and power (Bourdieu, 1983), demonstrates its significance by incorporating elements of individual and collective subjectivity into the social determinants of health. When examining the specificities surrounding sexual orientation and gender identity within social groups, gender inequality, discrimination, and prejudice emerge as key terms for understanding violence phenomena. The general objective of this study is to analyze the effect of sexual orientation and gender identity on mortality and violence databases in the State of Rio de Janeiro from 2015 to 2020. The method employed is an observational cohort study with a non-concurrent passive follow-up. In this study, the technique of probabilistic data linkage was applied between notifications of interpersonal violence and deaths due to violent causes in the State of Rio de Janeiro, covering the period from June 15, 2015, to December 31, 2020. Among the results, 1556 death records related to 80,178 violence notifications formed the cohort base. Proportionally, external causes accounted for 48.59% (n=756) of all deaths recovered in the data linkage. It is noteworthy that trans women have a 4.07 times higher risk of dying from violent causes than cisgender and heterosexual women. Furthermore, cisgender and heterosexual men have a much higher risk (HR 10.13; 95% CI: 7.04-14.59) than cisgender and heterosexual women. Transgender men had an elevated risk, but the statistical relationship is borderline (p-value 0.053). Regarding overall mortality, an increase in rates is observed concerning age, sexual orientation, male gender assigned at birth, black and brown (negro) race, lower educational attainment, marital statuses other than being single, the presence of physical and mental disabilities, recurrences in notification/follow-up, and referrals to other points in the healthcare network. Finally, the adjusted survival curve for each study group of interest indicates a noticeable reduction in survival over time, especially in groups with male identities, in transgender individuals, and in trans women. The power of social change is possible with the premise that knowledge and information are embraced by all, especially for those in social realities that are not conducive to life. The empowerment and strengthening of the LGBTQIA+ community prove to be important tools in resisting social inequalities. It is hoped that the results obtained from this study can inspire researchers, both LGBT and non-LGBT, to be concerned about the insecure life scenario of this population. Rebellion is necessary.

Keywords: health information system; data linkage; sexual and gender minorities; nursing in public health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo ecológico da violência.....	34
Figura 2 – Tipologia e natureza da violência.....	36
Figura 3 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro e suas regiões de saúde.....	49
Figura 4 – Fluxograma de tratamento e composição da linha de base da coorte pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2023 (n=213.110). Rio de Janeiro, 2015-2020.....	70
Figura 5 – Fluxograma de tratamento e composição da linha de base da coorte pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020, da variável desfecho pelo Sistema de Informação de Mortalidade, e a do relacionamento probabilístico de dados. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	76
Figura 6 - Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) da estratégia número 1 de relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2023.....	79
Figura 7 - Estimativa acumulada de risco de Nelson-Aalen por causas violentas na coorte de registros por violências no SINAN, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	84
Figura 8 - Forest Plot dos Hazard Ratios ajustados e estratificados por situação conjugal na análise de sobrevivência para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	90

Figura 9- Curva de sobrevida ajustada para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), segundo grupos populacionais de interesse. Rio de Janeiro, 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020.....

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Informações selecionadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2024.....	52
Quadro 2 –	Informações selecionadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2024.....	53
Quadro 3 –	Padronização da base de dados do SIM para correlação com a base de dados do SINAN.....	55
Quadro 4 –	Critérios utilizados para a classificação de pares verdadeiros.....	57
Quadro 5 –	Composição da variável de mortalidade do estudo. Rio de Janeiro, 2024.....	59
Quadro 6 –	Composição da variável sexo do estudo. Rio de Janeiro. 2024.....	60
Quadro 7 –	Composição da variável orientação sexual. Rio de Janeiro. 2024.....	60
Quadro 8 –	Composição da variável identidade de gênero. Rio de Janeiro. 2024.....	61
Quadro 9 –	Variáveis do SINAN originais e recategorizadas para o estudo. Rio de Janeiro, 2024.....	62
Quadro 10 –	Variáveis do SIM originais e recategorizadas para o estudo. Rio de Janeiro, 2024.....	64

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Análise da completude das variáveis de interesse do estudo no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2024 (n=80.178). Rio de Janeiro, 2015-2020.....	71
Tabela 2 –	Características sociodemográficas, o histórico de saúde e de acompanhamento dos casos pela rede de assistência em uma coorte a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2024(n=80.178). Rio de Janeiro, 2015-2020.....	73
Tabela 3 –	Frequências das formas de violências registradas na coorte de registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2024 (n=80.178). Rio de Janeiro, 2015-2020.....	75
Tabela 4 –	Tempo de processamento e scores de precisão das estratégias de relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	77
Tabela 5 –	Total de pares e pares verdadeiros segundo as estratégias de relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	78
Tabela 6 –	Pontos de corte da estratégia eleita para o relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de	

	Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2024.....	80
Tabela 7 –	Mortalidade proporcional (%) dos óbitos recuperados no relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	81
Tabela 8 –	Taxa de Mortalidade Geral bruta e por causas violentas na coorte de registros, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	83
Tabela 9 –	Coeficientes da análise de sobrevida (Modelo de Regressão de Cox) para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), , de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	86
Tabela 10 –	Resíduos de Schoenfeld para o modelo completo (Modelo 4) da análise de sobrevida à mortalidade por causas violentas de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	87
Tabela 11 –	Coeficientes do modelo final da análise de sobrevida (Modelo de Regressão de Cox) para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	87
Tabela 12 –	Análise de resíduos de Schoenfeld para o modelo final da análise de sobrevida à mortalidade por causas violentas de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	88
Tabela 13 –	Hazard Ratio do modelo final da análise de sobrevida (Modelo de Regressão de Cox) para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.....	89

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês)
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APS	Atenção Primária a Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CPF	Certidão de Pessoa Física
Cis	Cisgênero
CIR	Comissão Intergestores Regional
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAA	Aliança Ativista Gay (sigla em inglês)
GLF	Frente de Libertação Gay (sigla em inglês)
HCD	Homem Cisgênero com orientação sexual Desconhecida
HCH	Homem Cisgênero Heterossexual
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HR	Razão de Risco – medida estatística (sigla em inglês)
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
HT	Homem Transsexual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, (...)
MCH	Mulher Cisgênero Heterossexual
MSM	Mulheres que fazem sexo com Mulheres

MTT	Mulher Travesti e Transsexuais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan- Americana de Saúde
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RDS	Amostragem Dirigida por Respondentes
RIC	Registro de Identificação Civil
ROC	Característica Operacional do Receptor (sigle em inglês)
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCTICS	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Industrial da Saúde
SE	Secretaria Executiva
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Taxa de Mortalidade
Trans	Transgênero
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes



## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	17
1	<b>SITUAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO PROBLEMA A SER ESTUDADO.....</b>	19
1.1	<b>Relevância do estudo .....</b>	20
2	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO .....</b>	22
2.1	<b>Conceituando gênero, sexualidade e o contexto histórico-social.....</b>	22
2.2	<b>A redemocratização do Brasil, Saúde como direito Universal e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.....</b>	29
2.3	<b>O panorama global da violência por orientação sexual e identidade de gênero.....</b>	33
2.4	<b>Sistemas de Informação em Saúde.....</b>	38
2.5	<b>Relacionamento de bases de dados em saúde e a técnica de linkage.....</b>	45
3	<b>METODOLOGIA .....</b>	48
3.1	<b>Desenho do estudo.....</b>	48
3.2	<b>Cenário do Estudo.....</b>	48
3.3	<b>Fontes de informação: SINAN e SIM .....</b>	51
3.4	<b>Crterios de Seleção.....</b>	53
3.5	<b>Preparação e Relacionamento das bases de dados.....</b>	54
3.6	<b>Variaveis do Estudo.....</b>	58
3.7	<b>Análise de dados.....</b>	65
3.7.1	<b>Análise dos resultados do relacionamento probabilístico de dados.....</b>	65
3.7.2	<b>Análise das características da coorte e dos coeficientes de mortalidade por grupo populacional.....</b>	66
3.7.3	<b>Análise de sobrevida por Modelo de Regressão de Cox Proporcional.....</b>	66
3.8	<b>Aspectos éticos.....</b>	67
4	<b>RESULTADOS.....</b>	69
4.1	<b>Análise de completude e características sociodemográficas, de histórico de saúde e de acompanhamento dos casos pela rede de assistência na base populacional da coorte.....</b>	69
4.2	<b>Resultados do relacionamento probabilístico de dados (probabilistic record linkage).....</b>	75

4.3	<b>Características da variável desfecho (óbito) após o relacionamento probabilístico de dados.....</b>	81
4.4	<b>Análise de sobrevivência por mortes violentas na coorte de pessoas notificadas no SINAN de violências interpessoais e autoprovocadas.....</b>	84
5	<b>DISCUSSÃO .....</b>	92
5.1	<b>Análise da acurácia, potencialidades e limitações do relacionamento probabilístico.....</b>	92
5.2	<b>A relação entre a orientação sexual e identidade de gênero como risco de morte por causas violentas.....</b>	97
5.3	<b>Implicações para a Enfermagem em Saúde Coletiva.....</b>	102
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	105
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	106
	<b>ANEXO A – Declaração de óbito .....</b>	113
	<b>ANEXO B – Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada.....</b>	114

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ao analisar a evolução temporal e regional das civilizações pode-se perceber que a humanidade é composta por diferentes grupos populacionais, tais quais pertencentes a uma sociedade com características culturais e ideológicas singulares. Quando observado as particularidades que permeiam a orientação sexual e a identidade de gênero de grupos sociais, a desigualdade de gênero, a discriminação e o preconceito apresentam-se como termos chaves para a compreensão dos fenômenos de violência interpessoal e autoprovocada, sendo apontado por estudos internacionais como um problema de saúde global (Costa *et al.*, 2015; Krug *et al.*, 2002).

O campo da saúde coletiva, compreendendo campo como um espaço social de disputa e poder (Bourdieu, 1983), demonstra sua significância ao incorporar elementos da subjetividade individual e coletiva aos determinantes sociais da saúde. A epidemia do HIV/AIDS, vivenciada nos anos de 1980, acometendo principalmente gays, travestis, transexuais e homens que fazem sexo com homens (HSH), representa hoje o símbolo da mobilização social, cuja reivindicação pautava-se na proclamação por direitos civis, político, sociais e humanos. O acesso a saúde, tornou-se o espaço a ser disputado pelas “minorias sexuais” (Rocha, David, 2015; Brasil, 2013).

Explanando a necessidade da atenção à saúde focalizada nas diversidades sexuais e de gênero, é de comum acordo entre os autores que os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/racial, psicológicos e comportamentais são determinantes para ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco. A sexualidade e o gênero serão apresentados como conceitos fundamentais aos debates/agendas de saúde, visando medidas articuladas entre esferas de poder (executivo, legislativo e judiciário) no planejamento e gerenciamento de políticas públicas de saúde (Buss, Pellegrini, 2007).

O entendimento sobre gênero e sexualidade possui um amplo debate na academia científica, desde definições complexas sobre os constructos sociais formadores de gênero até as implicações que norteiam indicadores de saúde. O construcionismo social é uma das concepções teóricas que demarcam a corrente de pensamento no mundo pós-estruturalista. A atribuição de papéis sociais destinados ao sexo biológico será questionada, assim como, reconhecida à influência e o poder do Estado na regulação social e de corpos. (Beauvoir, 1980; Foucault, 1976).

A orientação sexual é uma dimensão complexa e multifacetada da identidade humana, que se refere aos padrões de atração emocional, romântica e sexual de uma pessoa em relação a outra. Ela influencia as preferências e a expressão da intimidade, sendo categorizada em diferentes formas, como heterossexualidade (atração por pessoas do gênero oposto), homossexualidade (atração por pessoas do mesmo gênero), bissexualidade (atração por pessoas de ambos os gêneros), pansexualidade (atração independentemente de gênero) e outras identidades sexuais (Buffara, 2022).

A identidade de gênero, sob uma perspectiva acadêmica, refere-se à profunda sensação e reconhecimento individual do próprio gênero. Diferente da biologia sexual, que é atribuída ao nascimento com base em características físicas, a identidade de gênero é uma experiência subjetiva e autodefinida. A identidade de gênero de uma pessoa pode ser alinhada com o sexo atribuído ao nascimento (cisgênero) ou pode se diferenciar dele (transgênero). Além disso, há pessoas que podem identificar-se como não-binárias, expressando uma identidade de gênero que não se enquadra estritamente nas categorias de masculino ou feminino (Butler, 2003).

A compreensão acadêmica da identidade de gênero é influenciada por teorias sociológicas, psicológicas, antropológicas e outras disciplinas, sendo moldada pela evolução do conhecimento e da aceitação social em relação à diversidade de identidades de gênero (Butler, 2003). É importante notar que a compreensão acadêmica da identidade de gênero e da orientação sexual continua a evoluir à medida que novas pesquisas são conduzidas.

Tais concepções explanaram um sistema de estratificação social baseada em opressão de gênero e de sexualidade. O provedor do lar e a cuidadora doméstica, são exemplos de atribuições sociais de gênero descendentes de um modelo arcaico-cristã, que se estabelece como dominantes ainda na contemporaneidade. Os reflexos da subordinação podem ser vistos no número de ocorrência de violência familiar e por parceiros íntimos com tendência crescente ao longo dos anos, acometendo principalmente mulheres, crianças e idosos (Brasil, 2017).

O cenário de submissão e opressão que atinge principalmente mulheres e crianças também podem ser observadas em estudos internacionais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), uma em cada três mulheres sofrem violência física e/ou sexual por parceiros íntimos. Quando observado a determinação da sexualidade atribuída ao sexo biológico, o modelo heteronormativo emerge como dominante sobre as “minorias sexuais”. No Brasil, um LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Queers, Intersexuais, Assexuais, ...) é violentado a cada hora no país (Mendes, 2019).

## 1 SITUAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO PROBLEMA A SER ESTUDADO

Em 2023, segundo o dossiê de assassinatos em pessoas trans, o Brasil ocupou pela décima quinta vez o primeiro lugar no ranking mundial de óbitos em travestis e mulheres transexuais. Em 2023, o dossiê de assassinatos e violência contra travesti e transexuais emitido pelo Associação Nacional de Travestis e Transexuais apontou que de 2017 a 2022 ocorreram 912 assassinatos de pessoas trans e não-binárias no país (ANTRA, 2023)

Segundo dados do Disque 100 ou Disque Direitos Humanos- projeto criado em 1997 com intuito de disseminar informações sobre direitos de grupos vulneráveis e de denunciar violações de direitos humanos- entre 2011 e 2017 ocorreram 12.477 denúncias envolvendo 22.899 violações cometidas contra LGBTQIA+ (Pinto *et. al.*, 2020).

Mediante as lutas sociais, o país também é um dos maiores produtores de políticas públicas que asseguram a sobrevivência da comunidade LGBTQIA+. O direito ao serviço de saúde universal, equânime e integral é assegurado a todo cidadão em território brasileiro desde 1988. Em 2011 criou-se a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT), tendo como objetivo, promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

Entretanto, dados oficiais sobre a população são considerados insuficientes e escassos para retratar a realidade vivida, tais fatores são apontados como barreira para a formulação e planejamento de políticas públicas (Depret, 2019). Nesse contexto, tem-se como objeto do estudo “o efeito da identidade de gênero e orientação sexual sobre a mortalidade por violência no Estado do Rio de Janeiro”.

Tendo em vista que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores chaves para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, o estudo tem como problema de pesquisa o questionamento: dentre as causas de mortalidade notificadas no Estado do Rio de Janeiro, qual o efeito que a orientação sexual e identidade de gênero possuem sobre os óbitos notificados no Estado do Rio de Janeiro?

### **Objetivo Geral**

Analisar o efeito da orientação sexual e identidade de gênero nas bases de dados de mortalidade e violência do Estado do Rio de Janeiro 2015-2020.

### **Objetivo Específico**

- Avaliar a acurácia do relacionamento das bases de dados do Sistema de informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)
- Identificar o perfil de óbitos e violências interpessoais/autoprovocadas registradas nos sistemas de informações (SIM/SINAN) do Estado do Rio de Janeiro
- Discutir a relação entre a orientação sexual e identidade de gênero como risco de morte por causas violentas.

#### **1.1 Relevância do estudo**

As justificativas do estudo estão pautadas na necessidade global da compreensão dos fenômenos de violência, tal exposição tem se demonstrado capaz de impactar diversos setores da sociedade, incluindo a saúde, educação e segurança. Neste sentido, o estudo contribuirá para uma análise efetiva dos sistemas de informação e dos modelos de vigilância em saúde vigente.

A partir de 1950, a informação torna-se objeto de pesquisa no campo da ciência, o conhecimento da informática como uma nova ferramenta do processo de trabalho, requer aos trabalhadores conhecimentos e saberes, manuseio de técnicas e equipamentos específicos de cada área. A epidemiologia social e a saúde coletiva são exemplos de área do conhecimento que desbravaram o dado em informação, ou seja, dados objetivos das características de pessoas ou fenômenos convertidos em dados processados e aplicados a um contexto histórico-social, de representações e simbolismos (Marin, 2010; Osório, 2015)

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), segundo Siqueira (2005), são compostos por uma estrutura capaz de garantir a obtenção e a transformação de dados em informação, porém aos profissionais da área de saúde, o envolvimento com o processo de construção do instrumento de coleta e treinamento para captação correta de registro de dados mostra-se como uma limitação da área. A incompletude do preenchimento das notificações é uma temática crescente entre as produções científicas de vigilância em saúde (Sousa, 2020).

As Consequências sociais do estudo visam preencher algumas lacunas do conhecimento e da produção científica, das práticas dos profissionais assistenciais de saúde e do ensino sobre a temática gênero e sexualidade nas categorias de enfermagem. A escassez de produções epidemiológicas, a nível nacional, acerca da população LGBTQIA+ apontam para o aumento de desigualdades sociais que interferem diretamente nos fatores determinantes e condicionantes de saúde.

## 2 REFERENCIAL TEMÁTICO

### 2.1 Conceituando gênero, sexualidade e o contexto histórico-social

A era pré-histórica, assim denominada pela dificuldade na obtenção de dados e achados da época, foi caracterizada pela civilização nômade (hominídeos) cuja habitação era migratória e ocorria de acordo com a demanda da natureza. Estudos apontam que as primeiras civilizações sedentarizadas, assim entendidas por habitações fixas e com algum domínio de técnicas de sobrevivência (lança, caça, fogo) formaram as primeiras comunidades. Os três rios conhecidos na história como Nilo, Eufrates e Tigre são regiões que fundamentam a existências das primeiras sociedades (Lins, 2012).

A evolução do conhecimento possibilitou a humanidade a significar a arte rupestre e a paleontologia, formando concepções que norteiam modos de vida, crença e costumes daquela época remota e de difícil detecção. No mundo contemporâneo, onde o debate de gênero tomou maiores proporções, indagaram-se duas narrativas referentes à época: (a) atribuição da caça ao falo (b) atribuição da reprodução a vagina. Para Lins (2012), a revolução agrícola demonstrou um conhecimento que a espécie humana adquiriu e dominou com as experiências observadas entre os animais da natureza, a reprodução/procriação.

O sexo biológico de cada indivíduo será discursado ao longo da história através da determinação biológica, ou seja, aos que possuíam “falo” tornaram-se os “homens-caçadores” assim como “vagina” tornaram-se “mulheres-coletoras”. Não há relatos da ideia de submissão na pré-história, a “mulher” possui a divindade de gerar vida, produzir alimento com a amamentação e tornar o órgão sexual masculino ereto. O ato de “penetrar” é concebido antes da formação do padrão masculino discursado na modernidade. Essas proposições observadas no Ocidente do século XVII serão debatidas por Lacquer (2001) como uma produção cultural criada pelo próprio binarismo sexual.

As diferenças anatômicas sexuais serão assim entendidas como posição hierárquica descontinua do sexo, ou seja, as características físicas vislumbram a distinção de masculino/feminino. O determinismo biológico, ou a ideia de “igualdade entre as diferenças” será pauta da “segunda onda” do movimento feminista, para Beauvoir (1949) a mulher que vive aprisionada sobre o próprio corpo será lançada como um ato político, a pluralidade e a diversidade de mulheres serão questionados ao padrão de sexo biológico, imutável e natural.



Em continuidade com a linha histórica, a idade antiga, 4.000 a.C, foi caracterizada por populações com maiores domínio da escrita, observa-se entre os achados da antiguidade oriental a formação da civilização Egípcia, Mesopotâmia, Hebraica, Fenícia e Persa. No entanto, a antiguidade clássica, representadas pelas civilizações gregas e romanas, terá tamanha influência sobre o mundo ocidental, questões linguísticas e a formulação do alfabeto consolidaram-se como a ferramenta humana para se comunicar (Morales, 2020).

A partir de então, conceitos de cidadania será lançados por Aristóteles, a “*polis*” representa o território/cidade e a ancestralidade do indivíduo, para essa cultura, denominava-se cidadão o sujeito nascido por dois pais cidadãos da polis, Atenas e Esparta são exemplos de cidade com alta relevância no mundo grego. O indivíduo passará então a receber um nome, que se configurará pelo nome do patriarca e pelo nome da polis. É de comum acordo que o reconhecimento da cidadania será legitimado pelo pai para ambos os sexos após o nascimento, o ato representava para a sociedade o reconhecimento social da filiação e parentesco (Cuchet, 2015).

Entretanto, a prática do que se entende no mundo contemporâneo como cidadania e participação social, na era clássica, são de exclusividade masculina e patriarcal. Os espaços como assembleias políticas (deliberativas ou judiciárias) só poderiam ser compostas por homens. A formação da cidadania para meninos e meninas ocorrerá de forma distinta. O menino ao atingir três ou quatro anos de idade será apresentado a “*fratria*”, (grupo pertencente a polis dedicado às práticas e sacrifícios politeístas), na puberdade, receberá festas e banquetes em honra a Vênus, Afrodite e Eros (“*Apaturias*”) como forma de integração social entre os jovens da mesma idade. Por fim, aos dezoito anos, os “*demotas*” (representantes territoriais e político local) autorizam a inserção dos indivíduos homens aos espaços “democráticos” (Cuchet, 2015).

O falocentrismo apresenta-se como uma característica da sociedade grego-romana, que para, além disso, as reproduções do discurso mitológico feminino as classificavam com um ser de inferioridade/subserviência. Para Tannahill (1983), os gregos consideravam todas as mulheres seres irracionais, hipersexualizadas, moralmente defeituosas e com capacidade de destruir a humanidade. Apesar de ter sua cidadania (*polis*) reconhecida, esses atributos mitológicos foram suficientes para excluírem as mulheres “cidadãs” dos espaços públicos e do direito a escolha de seus maridos.

A visão social da mulher grega lhe permitirá ser esposa, mãe dos filhos legítimos (sendo o primogênito do sexo masculino) e protetora do lar. Entre os achados históricos, a mulher desvirtuosa ou “não-cidadã” eram classificadas com outras denominações. As

concubinas são descritas como as mulheres livres, desprovidas de dotes, utilizada para fins procriativos quando a esposa-cidadã apresentava infertilidade ou gerava apenas descendentes do sexo feminino. Por fim, as mulheres prostitutas são relatadas em três subdivisões hierárquicas, sendo diferenciadas por níveis e status sociais. Na era clássica, independente do status social da mulher, o seu sexo era determinante para a relação de subordinação ao homem (Leite, 2023).

O entendimento da sexualidade como ciência que estuda as práticas sexuais e afetivas dos indivíduos é inserida a partir da idade moderna, na era clássica o termo “*Eros*” que significa desejo ou amor por alguém, é descrito através das produções artísticas (poemas e músicas) sem distinção sexual, ou seja, ao homem, eram permitidas as experiências sexuais e afetivas pelo encantamento ou por tudo designado como belo. A heterossexualidade e a homossexualidade como entendida no mundo contemporâneo diferencia-se das sociedades da era clássica por não apresentar segregação aos espaços deliberativos ou interferências ao status social (Castro, Fernandez, 2011).

O casamento e a formação da família patriarcal eram vistos como obrigações jurídicas e sociais, em ambas as sociedades (grega e romana), o filho primogênito possuía o dever de perpetua a linhagem. O adultério e a infidelidade só possuíam caráter punitivo quando cometido com a esposa de outro marido. A mulher, assim considerada como um ser subversivo, permeado por mitologias, obteve sua sexualidade reprimida e de subserviência ao homem (Castro, Fernandez, 2011).

Em 476 d.C, a idade média tem seu marco representado pela queda do império romano e ascensão do cristianismo. Os patrícios formaram a elite da sociedade romana e descendiam dos clãs fundadores da cidade. Os valores sociais e culturais assemelham-se aos atenienses da Grécia, nesse modelo, o prazer e o sexo sem barreiras são valorizados, a flexibilização das relações conjugais (casamento e divórcio) não possuía caráter punitivo, a filosofia romana era baseada nos valores do poder e da riqueza (Castro, Fernandez, 2011).

A crucificação de Jesus Cristo e a ascensão do cristianismo imprimiram uma nova moralidade aos romanos. O erotismo pagão tem seu declínio com o império, assim como a ideia de luxúria, acúmulo de riqueza e prazeres sexuais. Para o cristianismo, o matrimônio, representa os valores de “união divina” e faz críticas ao aborto e sacrifícios politeístas. Práticas sexuais homoafetivas e o adultério assumem a forma de “pecado”, caráter punitivo e passível ao “sofrimento eterno”. A filosofia cristã estará pautada nos valores da “carne” e do “pecado” e tomará grandes proporções ao longo da história (Lins, 2012).

A influência do cristianismo/catolicismo difundiu modos e padrões sociais, a hierarquização dos sexos pôde ser observada dentre suas filosofias, o homem torna-se a cabeça de uma família e a mulher a coluna. A mulher (Eva) foi o ser criado em segundo, após o homem (Adão). Eva foi quem comeu e ofereceu o “fruto proibido” a Adão, representando assim o pecado, a tentação, a desobediência. O ato sexual, permitido apenas a procriação. A mulher o cuidado integral do lar. A vaidade, recriminada e pecaminosa. O patriarcado se instaura na sociedade como um importante modelo de divisão social por sexo (Castro, Fernandez, 2011).

A posição social da mulher na idade moderna, ainda estará pautada nos preceitos do cristianismo, o entendimento de mulher ideal e aceitável na sociedade era a que figurasse o papel da religiosidade. A mulher era incapaz de ocupar papéis importantes na sociedade por sua instabilidade mental e por não serem consideradas capacitadas como os homens eram, os homens eram possuidores da força e da determinação de líderes, coisa que as mulheres não possuíam em sua formação biológica.

A igreja Católica por muito tempo determinou as punições para as consideradas subversivas. Joana d’Arc tornou-se um símbolo ao longo da historia ao desafiar a sociedade com sua posição dominadora. Vestia-se como “homens”, lutou na guerra dos cem anos e teve sua sentença decretada pela igreja ao ser queimada publicamente. Com o advindo das guerras, da peste e da fome a Europa ocidental inicia a crítica sob o papel social da igreja e do catolicismo (Rocha, 2018).

A reforma protestante apresenta-se como um importante marco teórico-filosofico da idade moderna. Com o aumento devastador de mortes, pela peste e guerra, súditos se apegavam a igreja na tentativa de comprar sua salvação. Pensadores como Martinho Lutero revogavam essa ideia e alimentavam a esperança de que para buscar a salvação bastava ter a fé em Cristo como seu salvador. A reforma protestante ganha adesão na sociedade precarizada enquanto o poderio católico enfraquece (Rocha, 2018).

A visão social da mulher durante a reforma protestante representa pequenos avanços no que tange a liberdade social. A exclusividade das atividades doméstica determinada pelo catolicismo ganhará uma nova forma, agora será permitida além das “obrigações do lar” a cooperação no mundo do trabalho. A depender da sua posição social poderia ser alfabetizada, cursar musica ou serem poetisas. O papel que uma mulher desempenhava na Idade moderna, independente de sua classe social, a ela doçura, a compaixão e o amor materno eram virtudes inatas, por isso lhe cabia cuidar dos pobres, doentes e idosos, zelar pela educação dos filhos e

por sua instrução religiosa e administrar o funcionamento geral do local no qual morava (Limongi et al., 2020).

O declínio da monarquia absolutista e o fim do sistema escravocrata permitiu a sociedade moderna novas formas de comercialização. Mudanças importantes podem ser observadas durante a modernidade, o primeiro deles é a forma econômica, o modo mercantilista e o surgimento das máquinas e indústrias deram origem ao capitalismo. Sistema econômico baseado na expropriação dos meios de produção e acúmulo de riquezas. Tem-se o início da inserção da mulher ao trabalho formal e assalariado (Limongi et al., 2020).

Século XIX, a queda da Bastilha e o início da revolução francesa representam o marco da idade contemporânea. Os ideais iluministas e o desenvolvimento da razão consolidaram-se como a principal forma de enxergar o mundo. A laicização da sociedade - desvinculo do Estado com as questões religiosas – permitiu maior autonomia e independência para as mulheres, sendo a primeira revolução de mulheres, conhecida como o movimento sufragista. Também conhecido como a primeira onda do feminismo, o movimento sufragista foi uma organização de mulheres que lutaram pelo direito ao voto e melhores condições de trabalho. O direito conquistado tomou posse do mundo Ocidental, chegando em 1920 nos Estados Unidos, primeiro país das Américas (Limongi et al., 2020).

O feminismo consolidou-se como movimento político, social e filosófico que tem como objetivo o direito equânime de gênero, revogação dos padrões patriarcais e o empoderamento feminino. A inserção das questões de gênero no mundo contemporâneo reflete também a liberdade sexual e domínio do próprio corpo. Com o avançar das guerras mundiais do século XX, o trabalho feminino ocupou postos considerados masculinos (metalúrgicas, mecânicas...), porém as desigualdades de gênero, o sexismo e a opressão vivenciada ganhava força para uma nova revolução no pensamento filosófico da época (Pinto, 2009).

A segunda onda do feminismo é demarcada pelos anos de 1960-1980, algumas autoras relatam a continuidade da reivindicação da primeira onda como, direito ao voto, plena igualdade de gênero e fim do patriarcado. Só que agora as mulheres já ocupavam alguns espaços na sociedade, como por exemplo, as universidades, parlamentos e espaços de liderança. Essa nova estrutura possibilita ao movimento que as mulheres contem suas próprias histórias, não sendo mais reduzidas as características biológicas, como menstruar, engravidar ou amamentar. A conquista pela liberdade intelectual e do próprio corpo será levantada por Simone de Beauvoir na obra “o segundo sexo”, a filósofa francesa evidência o fato de intelectuais homens terem designado a si mesmo como representantes da humanidade e

definido a “mulher” como algo diferente de si e inferior a eles. A dominação masculina será posta em evidência refletindo em inúmeras produções científicas no Ocidente (Pinto, 2009).

O patriarcado, o conservadorismo e o modelo econômico vigente tornaram-se pautas dentro do próprio movimento feministas. Para as feministas radicais da década de 1970, a raiz da opressão das mulheres estava no patriarcado, a família e o papel da mulher na procriação seriam a fonte primária da subordinação feminina (Fraccaro, 2018).

Para as feministas socialistas e marxistas apontavam o capitalismo como “o sistema responsável pela exploração e opressão, identificando o advento da propriedade privada como a base da opressão das mulheres, implicando a sua subordinação dentro da família e a exploração tripla de suas capacidades produtivas: na reprodução de seres humanos, nas atividades domésticas e na força de trabalho” (Fraccaro, 2018).

A liberdade pela sexualidade é expressa pela luta das feministas lésbicas que questionavam a imposição da heterossexualidade como norma. Assim como a hierarquização de gênero, a heterossexualidade detém o poder nas estruturas e instituições sociais. Segundo Pierre Bourdieu, a dominação masculina é apreendida pelo homem e absorvida pela mulher inconscientemente, sendo assim, a mulher seria o produto de sucessivas imposições do patriarcado, incluindo a heteronormatividade (Fraccaro, 2018).

A difusão dos ideais das feministas lésbicas somou-se a segunda onda do feminismo, resultando em dos maiores atos civis da história, a rebelião de Stonewall em 1969. Localizado em Nova York nos Estados Unidos, o movimento contou com gays, lésbicas, travestis e drag queens para o enfrentamento da força policial, arbitrária e preconceituosa nos bares e boates da cidade. Tal acontecimento deu início a formação e organização dos primeiros grupos ativista gays, conhecidos como Gay liberation front (GLF) e Gay Activists Alliance (GAA) (Colling, 2011).

No mundo pós-segunda guerra mundial, o governo dos Estados unidos objetivou a restauração da ordem social, impulsionada pela ênfase nacional do anticomunismo. Anarquistas, comunistas, imigrantes e homossexuais foram considerados pessoas subversivas e que apresentavam risco de segurança. Tal argumento deu início ao chamado “higienização das cidades”, bares e boates que atendiam a pluralidade eram confiscadas e seus clientes presos e publicados em jornais. As cidades realizavam "varreduras" para "livrar" bairros, parques, bares e praias de pessoas gays. Eles proibiram o uso de roupas de outro gênero sexual. Milhares de homens e mulheres homossexuais foram humilhados publicamente, agredidos fisicamente, demitidos, encarcerados ou institucionalizados em hospitais psiquiátricos (Colling, 2011).

Em 1869, o termo homossexual e heterossexual foi publicado pela primeira vez pelo Húngaro Karl Maria Kertbeny, escritor, jornalista e ativista dos direitos humanos. Argumentava que a lei Prussiana sobre a sodomia violava os "direitos do homem", pois, na clássica tradição libertária, os atos sexuais, em privado e quando consentidos pelas partes, não deviam cair sob a lei criminal. Afirmava que a lei prussiana favorecia a existência de chantagem e extorsão de dinheiro a homossexuais, que frequentemente os levava ao suicídio. Para ele, a homossexualidade era inata e imutável, contrariando o argumento que mais tarde viria a ser designado por "modelo médico" da homossexualidade.

É de comum acordo o reconhecimento do poderio médico, que se estende aos aspectos políticos, sociais e econômicos. Para Michel Foucault, a medicina, desde sua fundação serviu de base para a medicalização dos sujeitos, com o propósito de mantê-los dentro de um padrão normatizador. O simbolismo da profissão médica passa a deter um saber, acarretando no poder decisório do que deve ou não ser feito. Essa lógica culminou na distinção do considerado normal e patológico. Em 1948, a Classificação Internacional de Doenças (CID) classificou a homossexualidade como transtorno mental, pessoas recebiam o diagnóstico de desvio sexual.

Richard von Krafft-Ebing foi um psiquiatra e sexólogo alemão de grande influência nos estudos das práticas sexuais, em sua obra *Psychopathia Sexualis* (1886), descreve a homossexualidade e a bissexualidade como “neuroses cerebrais”, propôs a consideração do estado mental dos criminosos sexuais nos julgamentos legais de seus crimes. Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria classificou a homossexualidade no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) como uma doença mental.

A epidemia do HIV/Aids na década de 1980 e a terceira onda feminista na década de 1990 levará o movimento pela luta dos direitos humanos a uma nova configuração. A teoria interseccional ou a interseccionalidade debruça em examinar como as diferentes categorias biológicas, sociais e culturais interagem com as múltiplas estruturas da sociedade. O gênero, a raça, a classe social, o capacitismo, a orientação sexual, idade, religião, e a geolocalização são exemplo de identidades sociais que se relacionam com o sistema de opressão, dominação e discriminação. O surgimento do HIV/Aids demonstrou como os valores morais e patriarquicos interferiram no combate à doença. Estigmas sociais como “câncer gay” ou “castigo divino” foram difundidos pela mídia, em resposta, o movimento constituído majoritariamente por homens gays saíram às ruas reivindicando assistência à saúde com enfoque na prevenção da doença e do cuidado (Colling, 2011).

## **2.2 A redemocratização do Brasil, Saúde como direito Universal e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**

Ao final da segunda guerra mundial, a tensão geopolítica entre o capitalismo e o socialismo, assim representados pelos Estados Unidos e União Soviética, deram início à chamada guerra fria. Países aliados do governo Americano, como o Brasil, iniciaram o combate ao comunismo e aos supostos infiltrados da URSS. Nesse contexto, João Goulart presidia o Brasil e dentre suas pautas estariam a reforma agrária e o reajuste salarial. A disseminação do medo ao comunismo por parte da elite brasileira, políticos e militares geraram insatisfações ao governo de João Goulart, acusado de tentar implantar um governo comunista no Brasil (Lara, 2015).

Em 1964, instaura-se o golpe militar com a prerrogativa de restabelecer a ordem e impedir o comunismo no país. Medidas como o fechamento do congresso nacional, a censura, o desaparecimento de pessoas, a tortura e o acentuado conservadorismo são exemplos do regime ditatorial. Eis que, em 1975, no governo militar de Ernesto Geisel tem-se o início das primeiras medidas de redemocratização. Esse fato aconteceu por iniciativa do próprio governo que viu nas eleições legislativas de 1974 a perda da legitimidade do regime. Isso porque o resultado das eleições foi favorável ao MDB – único partido da oposição permitido pelo regime militar.(Lara, 2015).

A rearticulação dos movimentos sociais foi um marco importante para o processo de reabertura política. Por parte dos militares a transição de governo aconteceria de forma controlada e negociada com os moderadores da oposição. Esse período ficou conhecido como transição negociada, dentre as negociações destaca-se o não julgamento de militares contra crimes de direitos humanos. A lei de anistia, promulgada em 1979 por João Batista Figueiredo, último presidente militar, também trouxe benefícios para a sociedade civil, visto que, a anistia foi concedida àqueles que tiveram direitos políticos restritos pelos atos inconstitucionais (AI). Dentre as medidas que caracterizaram o processo de distensão, a Emenda Constitucional Dante de Oliveira destacou-se pela proposta da realização de eleições presidenciais diretas em 1983 (Codato, 2005).

Os movimentos sociais realizaram grandes manifestações nas capitais, “Diretas Já”, tornou-se um símbolo pela luta do Estado democrático de direito. No ano seguinte, ao completar 20 anos do golpe militar, a Emenda Constitucional nº05/1983 (Dante de Oliveira) entrou em votação, porém, não foi aprovada por quórum. Em 1985, as eleições presidenciais

foram realizadas de forma indireta, apenas pelo colégio eleitoral, nomeando Tancredo Neves como o primeiro presidente civil após o golpe de 1964 (Codato, 2005).

Com a morte de Tancredo Neves, o vice-presidente José Sarney assume a presidência da República. No ano de 1986, são convocadas as eleições gerais para governadores, senadores e deputados. Os parlamentares eleitos compuseram a Assembleia Nacional Constituinte para a elaboração da nova Constituição do Brasil. Em 5 de outubro de 1988, a Constituição de 1988, também conhecida como constituição cidadã, foi promulgada e aprovada em plenário. Estudos apontam para a ampla participação popular durante a formulação e por ser considerada a mais democrática que o país já possuiu (Codato, 2005).

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 descreve que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Para atingir esse objetivo, foi criado o Sistema Único de Saúde, em suas diretrizes está a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (Brasil, 1988)

O movimento da reforma sanitária que antecedeu a criação do SUS nasce no contexto da luta contra a ditadura militar na década de 1970. A expressão representou o conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças necessárias na área da saúde. O agravamento das carências sociais e o afrouxamento do regime ditatorial fez surgir diversos movimentos populares que reivindicavam a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base os princípios de equidade, justiça social, descentralização, universalização e unificação da saúde (Souto, 2016)

O surgimento de diversas organizações de profissionais de saúde, como: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Associação dos médicos sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública, integraram as discussões políticas com dissertações e teses para uma nova proposta de saúde. A Conferência Internacional de Saúde Alma-Ata (1978) e a construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (1980) possibilitou a reflexão do cuidado à atenção primária universal, aumentando o acesso à saúde e possibilitando a participação da comunidade (Souto, 2016).

A reforma sanitária brasileira surgiu como um movimento social que se consolidou na XIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A relatoria final do evento apontava consenso em relação à formação de um sistema único de saúde, desagregado da previdência social e coordenado em níveis hierárquicos por um único ministério. Também foram aprovadas as



propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município

Para saúde enquanto direito universal chegar até a constituição, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) responsável por oferecer arcabouço técnico, e a XIII Conferência Nacional de Saúde, representou o arcabouço político. Foi aprovado o documento da CNRS no momento da redação da seção sobre o SUS na Constituição Federal. O relatório final foi enviado à Comissão da Ordem Social e, de lá, foi para a Comissão de Sistematização, que era responsável por elaborar o projeto final da Constituição de 1988 (Souto, 2016).

No texto constitucional a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico sanitária. Nesta concepção, saúde é decorrente do acesso das pessoas e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais. A Saúde, a Previdência e a Assistência Social integram o Sistema de Seguridade Social e esta conquista representa o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar da população (Brasil, 1988, art. 194).

A Política LGBT é uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS. O compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades. Tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (Brasil, 2013).

No Brasil, no final da década de 1970, à medida que avançava o processo de redemocratização, surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais. A expansão dessas ideias configurou-se no denominado Movimento LGBT, cujas reflexões e práticas ativistas têm promovido mudanças nos valores morais da sociedade brasileira. Essas mudanças deram visibilidade política para os problemas, tanto da vida privada, como das relações sociais que envolvem as pessoas LGBT (Brasil, 2013).

O movimento, então constituído majoritariamente por homens, gradualmente foi incorporando grupos com outras identidades sexuais e de gênero, particularmente as lésbicas e travestis. As demandas desses grupos ampliaram a discussão e, conseqüentemente, redirecionaram as estratégias da prevenção e do cuidado das pessoas em relação ao HIV/Aids (Brasil, 2013).

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação,

saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e doença (Brasil, 2013).

Estudos apontam dados que evidenciam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde por mulheres lésbicas e mulheres bissexuais. Com relação às mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as mulheres que revelam 28% referem maior rapidez no atendimento do médico. Com relação ao exame preventivo de câncer cérvico uterino (Papanicolau), o Dossiê cita dados da pesquisa realizada em 2002, pela Coordenação DST/Aids do Ministério da Saúde, que demonstram que entre as mulheres heterossexuais a cobertura na realização desse exame nos últimos três anos é de 89,7%. Já entre as lésbicas e mulheres bissexuais a cobertura cai para 66,7%.

A prostituição para as travestis significa não apenas sua sobrevivência financeira, mas também a possibilidade de pertencimento social, que lhes é negado em outros espaços, como foi explicitado por Benedetti (2005). Segundo o autor, é na rua que as travestis exercitam o feminino, a afetividade, as relações sociais, mas é também o espaço de consumo em geral, inclusive de drogas, silicone industrial, hormônios e outros medicamentos. A rua e a prostituição acarretam também maiores riscos de contrair DST/Aids e mais violência, o que torna esse grupo ainda mais vulnerável.

A restrita experiência dos serviços de saúde que lidam com a transexualidade feminina constitui evidência sobre o intenso sofrimento dessas pessoas ao não se reconhecerem no corpo biológico. Esta situação leva a diversos distúrbios de ordem psicológica acompanhados de tendências à automutilação e ao suicídio (Arán, 2009). Outro grave problema para a saúde de transexuais e travestis é o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos. Há reconhecida relação entre o uso de hormônios femininos e a ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio entre outros agravos.

A falta de respeito ao nome escolhido pelas pessoas travestis e transexuais configura-se como uma violência que acontece diariamente nas suas vidas sociais. Pode ser contabilizada como decorrência desta Política, a inclusão da garantia do uso do nome social para os usuários da saúde, na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. A violência à qual a população LGBT está exposta consta do 3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil. Entre 2003 a 2005, aconteceram 360 homicídios de gays, de lésbicas e de travestis no Brasil. O documento registra ainda que a maior incidência de assassinatos ocorre na Região Nordeste e acomete principalmente os gays (Neto, Alves, 2007).

A PNSILGBT está assegurada pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. E tem como objetivo geral promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (Brasil, 2013).

### **2.3 O panorama global da violência por orientação sexual e identidade de gênero**

É de comum acordo que a construção dos fenômenos de violência antecedem fatores históricos, culturais e de origem multifatorial. Krug (2002) irá defender que a violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamentos, sociais, culturais e ambientais. Acredita-se que entender como esses fatores estão relacionados à violência é um importante passo para a prevenção desse fenômeno (OMS, 2002).

Autores como Freud, agrega ao debate ao inserir a questão da agressividade como essência nata da sobrevivência humana. Em sua análise, a agressividade humana é resultado da diferenciação do “ser-consigo” para o “ser com outro”, onde a construção do espaço interior do indivíduo possibilita a criação da subjetividade. A agressividade torna-se violência a partir das transformações sociais, psicossociais e culturais ao longo do tempo, a geolocalização e o recorte temporal são fatores determinantes para a compreensão dos valores morais e éticos de uma sociedade (Gonçalves, 2022).

As contribuições filosóficas de autores como Michel Foucault, trouxeram a reflexão sobre as relações de poder e do discurso como produtor de verdades. Para o autor, o poder não é reduzido a uma instituição ou a contratos jurídicos e políticos, mas emana das relações sociais e é exercido sob a forma de influência de um sujeito com o outro. A palavra poder, na esfera social, seja pelo indivíduo ou instituição, se define como "a capacidade de este conseguir algo, quer seja por direito, por controle ou por influência". O poder é a capacidade de se mobilizar forças econômicas, sociais ou políticas para obter certo resultado (Ferreirinha, 2010)

Sob a análise de Foucault, o filósofo vem demonstrar o poder como direito, pelas formas que a sociedade se coloca e se movimenta, ou seja, se há o rei, há também os súditos, se há leis que operam, há também os que a determinam e os que devem obediência. O poder como verdade vem se instituir, ora pelos discursos a que lhe é obrigada a produzir, ora pelos movimentos dos quais se tornam vitimados pela própria organização que a acomete. Em sua

passagem, “ (...) somos forçados a produzir a verdade pelo poder que exige essa verdade e que necessita dela para funcionar, temos de dizer a verdade, somos coagidos, somos condenados a confessar a verdade ou encontrá-la. ” (Foucault, 1999).

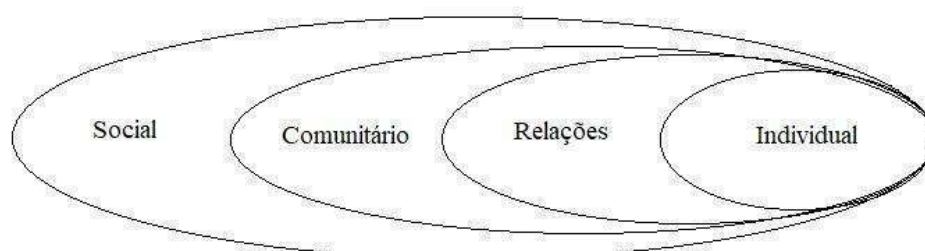
O modelo ecológico da violência, descrito no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug *et al.*, 2002), explora a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como resultado de vários níveis (Figura 1) de influência sobre o comportamento. O primeiro nível, individual, busca identificar os fatores histórico, biológico e pessoais presente no comportamento dos indivíduos, ou seja, as características individuais de uma pessoa aumenta a possibilidade dela ser uma vítima ou perpetradora da violência.

O segundo nível, relacional, se aprofunda na interação das relações sociais próximas, e de como elas potencializam o risco da vitimização da violência ou de sua perpetração. É o exemplo da violência por parceiros íntimos, a relação conjugal favorece a oportunidade de repetidos confrontos violentos. O poder exercido sobre uma pessoa é capaz de moldar o comportamento daqueles inseridos ao meio (OMS, 2002).

O terceiro nível, comunitário, analisa o contexto geográfico e institucional que as relações estão inseridas e busca identificar as características do cenário que favorecem a associação da pessoa vítima de violência ou de sua perpetração. Exemplos desses cenários estão as comunidades controladas pelo tráfico de drogas, a probabilidade de um morador vivenciar a violência comunitária na sua vizinhança é maior do que em regiões controladas pelo Estado (OMS, 2002)

O quarto e último nível, social, analisam os fatores que influenciam os indicadores de violência. Aqui se encontram as normas culturais que apoiam a violência como uma forma aceitável para resolução de conflitos ,assim como, normas que reafirmam o domínio masculino sobre mulheres. Políticas de saúde, educação e economia também incidem sobre os altos níveis de desigualdade entre os grupos de uma sociedade (OMS, 2002).

Figura 1 - Modelo ecológico da Violência



Quanto à tipologia e a natureza dos atos violentos, percebe-se que há poucas tipologias descritas na literatura e nenhuma de forma abrangente, sendo assim, as contribuições levantadas pela OMS (2002) serão as consideradas para este estudo. O Relatório Mundial da violência e saúde divide a violência em três amplas categorias. Considerando as características da pessoa perpetradora do ato violento, as violências foram divididas em: violência autodirigida; violência interpessoal; violência coletiva (Krug *et al.*, 2002).

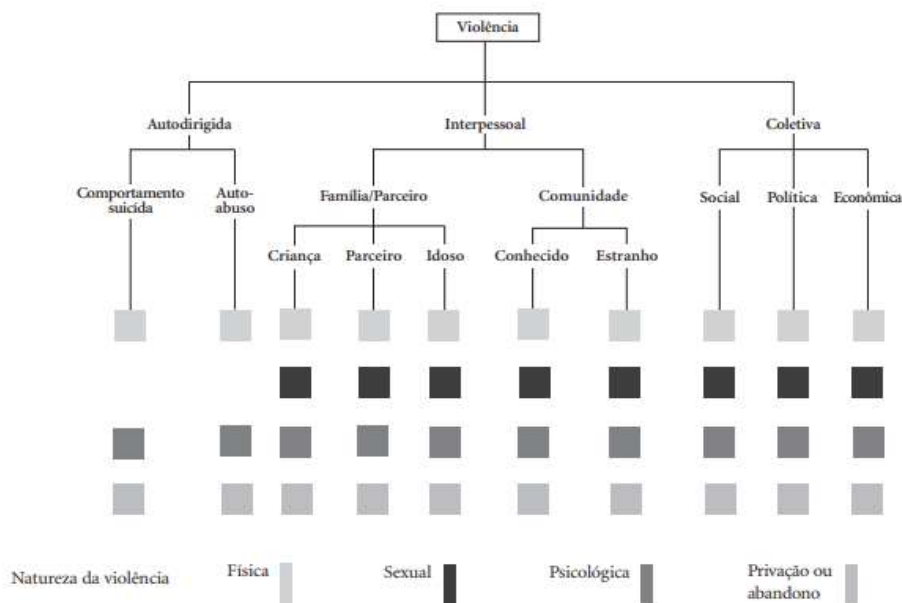
Entende-se como violência autodirigida o comportamento suicida e a agressão a si mesmo. São exemplos de comportamento suicida, a ideação e a tentativa ao suicídio. A auto-injúria, automutilação e o suicídio propriamente dito apresentam-se como o último estágio do processo de sofrimento e doença.

A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: violência de família ou entre parceiros íntimos e violência na comunidade. A primeira refere-se aos membros que constituem a família, são praticadas principalmente dentro dos lares, como nos casos de violência doméstica e maus tratos infantil. A segunda subcategoria compreende os indivíduos sem relação pessoal, podendo ou não se conhecerem, mas atrelados aos espaços de convívio comunitário. Violências em instituições como escola, locais de trabalho, estupro e o ataque sexual por desconhecidos, são exemplos de atos violentos desta subcategoria (Krug *et al.*, 2002).

Por fim, a violência coletiva, é o ato gerado por grupos, países e/ou nações de cunho social, político e econômico. Subdividida em três categorias, a violência social é descrita como a realização de um plano específico de ação social, como em crimes motivados por ódio. A violência política inclui a violência perpetrada pelo Estado, as guerras e os conflitos violentos. A violência econômica é relatada pela motivação do lucro financeiro, ou ações com o propósito de expropriar a atividade econômica, sendo assim, impedindo serviços essenciais.

A natureza dos atos violentos é descrita pela autora como física, sexual, psicológica e negligência/abandono. Ainda que, imperfeita e mundialmente questionada, o modelo apresenta uma forma útil de compreender os tipos complexos da violência e sua interação com o meio, considerando a relevância do cenário, a relação perpetrador e vítima e as possíveis motivações para os atos violentos. Ressalta para a sobreposição das categorias, como nos casos de estupro, onde os danos físicos, psíquicos e sociais são indissociáveis, podendo ser cometido por conhecidos (ou não), em locais públicos ou domésticos.

Figura 2 - Tipologia e Natureza da Violência



Fonte: OMS, 2002.

O debate inicial sobre as situações de violências vivenciada pela população travesti e mulheres transexuais é iniciado por um achado nos bancos de dados em que o número de artigos científicos publicados a respeito da especificidade dessa população é muito escasso, e ainda enfrentam outro embate na obtenção de amostra que seja suficiente para serem representativos dessa população (Blondeel *et al*, 2018).

Ainda sobre a Política Nacional de Saúde Integral a LGBT reafirma que a orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde (MS) como condicionante de saúde, justamente por apresentarem exposição a agravos decorrente do estigma e exclusão social (Brasil, 2013).

Travestis e mulheres transexuais estão entre as mais sujeitas a sofrer preconceitos, discriminações e violências, pois ocupam a linha de frente no enfrentamento diário de ser reconhecida e respeitada pelo que são (Blondeel, 2018). Tal fato mostra-se tão relevante ao ponto que em um dos encaminhamentos da 12ª Conferência Nacional de Saúde propõe a implementação do protocolo de atenção contra a violência considerando a identidade de gênero e a orientação sexual (Brasil, 2004).

Em um recente estudo realizado no nordeste do Brasil, onde tinha como objetivo analisar a partir do perfil sociodemográfico as situações de violência contra travestis e mulheres transexuais, mostrou que 75% (n=12) estavam na faixa etária entre 18-30 anos onde 62% (n=10) são pardas e 56% (n=9) apresentavam escolaridade ensino médio completo, 75%

(n=12) sofreram alguma forma de violência sendo o p-valor mais significativo para abusos verbais, violência psicológica e física cometidas em sua maior parte por vizinhos/desconhecidos e membros da família em locais de ocorrência na rua, escolas e instituições de saúde, perpetradas em sua maioria pelos próprios funcionários da instituição (Silva *et al.*, 2016)

Este cenário de violência demonstra estar de acordo com a literatura internacional, segundo a ONG Transgender Europe (TGEU, 2018) o Brasil ocupa o 1º Lugar no ranking mundial do país que mais mata travestis e mulheres trans, sobretudo, sua maior ocorrência no nordeste brasileiro.

Em Recife, um estudo transversal utilizando a técnica de Respondent Driven Sampling (RDS), com 110 travestis, obteve como resultado, 50,0% referiu ao menos um episódio de discriminação, sendo os ambientes familiares e de amigos e vizinhos os mais recorrentes. Em relação aos abusos sofridos, observou-se prevalências de 81,8%, 68,2% e 49,1%, respectivamente, para os abusos verbais, físicos e sexuais (Sousa, *et al.*, 2013)

Por fim, um estudo realizado nos Estados Unidos em mais de 14 cidades contou com a participação de 131 mulheres transexuais, onde se investigava os fatores relacionados à violência por parceiros íntimos também apontou para uma elevada prevalência de violência interpessoal. Das participantes, 45,0% relatou experiências de violência entre parceiros íntimos, assim como 29,0% informou viver com HIV, 60,0% relatou ter sintomas compatíveis com síndromes depressivas e que já teve algum episódio de ideação suicida (Goldenberg, *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que a maioria das violências sofridas ocorre ainda muito cedo, dentro do próprio ambiente familiar, onde a rejeição abre caminhos para a expulsão de casa. As dificuldades encontradas na rua refletem nas moradias conjuntas com outras travestis, ali formando um novo laço familiar caracterizado como sua principal rede de apoio. Em sua maioria, a prostituição é a única forma encontrada para obtenção de renda porém, consigo traz uma imensidão de violências físicas, sexuais e psicológicas vivenciadas na rua (Almeida *et al.*, 2018).

A escola é um ambiente que aparece com grande relevância as agressões sofridas, quando uma travesti resolve assumir seu processo de feminilização é recorrente o afastamento da escola, na maioria dos estudos publicados o nível de escolaridade de travesti chega até o ensino fundamental II (Carrara *et al.*, 2005)

O setor saúde se apresenta como uma das instituições públicas em que travestis e mulheres trans evitam frequentar, mesmo que por condições clínicas necessitem de

atendimentos a saúde. As justificativas são alegadas pela ocorrência de mais um espaço reprodutor de discriminação/preconceito. Na maioria dos casos, os serviços de saúde não rompem o ciclo da violência simbólica contra as travestis. Uma vez que os profissionais de saúde não tiveram, em sua formação, ferramentas que lhes possibilitem compreender o universo travesti, é de se esperar que haja dificuldade no acolhimento e situações de constrangimento durante os atendimentos (Arán *et al.*, 2009)

Em um estudo que investigava as barreiras encontradas para a empregabilidade em trabalho formal de travesti e mulheres transexuais, foram encontrados cinco categorias, compreendidas em: (i) preconceito e transfobia; (ii) dificuldade de registro civil; (iii) uso de banheiro, uniformes e vestuários; (iv) baixa escolaridade e evasão escolar; (v) linguagem verbal e corporal. Inúmeras são as barreiras encontradas no decorrer da vida de uma pessoa travesti ou transexual, tudo isso gerado por uma sociedade ditatorial onde padrões e normas impostas criam um ciclo de sucessivas violações ao direito humano (Almeida *et al.*, 2018).

## 2.4 Sistemas de Informação em Saúde

O sistema de informação de informação em saúde (SIS) pode ser compreendido como um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, através de mecanismos de coleta de dados, processamento, armazenamento, análise e disseminação da informação necessária e oportuna para tomada de decisão sobre uma dada situação de saúde. Podem ainda ser classificados como: operacionais, quando processam operações relacionadas a transações e procedimentos; gerências, quando processam grupo de dados transformando-os em informação; e estratégicos, que processam informações em nível macro possibilitando a avaliação do impacto das medidas tomadas (Coelho, 2021).

Na prática, os SIS são uma ferramenta para aquisição, organização e análise de dados relacionados aos problemas de saúde de uma população, com o objetivo de planejar e executar ações para uma área geográfica definida. Segundo o Ministério da Saúde:

“É essencial conceber o SIS como um instrumento para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na dimensão de políticas a serem formuladas e implementadas (...). Um SIS deve assegurar a avaliação permanente da situação de saúde da população e dos resultados das ações de saúde executadas, fornecendo elementos para, continuamente, adequar essas ações aos objetivos do SUS” (BRASIL, 2008, p.21).



A definição adotada pela OMS ao final da década de 1990, compreende os SIS como “aquele que tem o propósito de selecionar os dados pertinentes e transformá-los em informações necessárias para processos de decisões”. Ressalta ainda para a complexidade exigida na transformação de um dado bruto em informação, na divulgação dessas informações e do impacto de ações efetivas (Coelho, 2021).

Gerar a informação envolve uma complexidade de medidas tecnológicas, econômicas, políticas e ideológicas capazes de torná-las um instrumento a serviço das políticas públicas. No Brasil, a inserção dos SIS's deu início na década de 1970, quando o MS delegou a Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisas e Programas Especiais (PAPPE) em colaboração com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a implantação do SIS no Brasil com objetivo de auxiliar as decisões na área de saúde. No entanto, a informação, deu-se de forma centralizada, com poucos recursos humanos e tecnológicos (Medeiros, 2005).

Somente com a implantação do Sistema Único de Saúde em 1988 que os SIS gradualmente migram para a descentralização, com enfoque na gestão e definição de prioridades a nível municipal. Atualmente, o MS dispõe de sete secretarias responsáveis pelo gerenciamento e disseminação das informações em saúde, são elas: Secretaria Executiva (SE); Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES); Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (SCTICS); Secretaria de Saúde Indígena (SESAI); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); Secretaria de Informação e Saúde Digital; Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) (Brasil, 2023).

A SE, no âmbito do SUS, auxilia o Ministério da Saúde na supervisão e coordenação das atividades relacionadas aos sistemas federais de planejamento e orçamento, da administração financeira e de recursos humanos. Dentre as subsecretarias e departamentos desta pasta, encontra-se: a Subsecretaria de assuntos administrativos; Subsecretaria de planejamento e orçamento; Diretoria-executiva do Fundo Nacional de Saúde; Departamento de logística em saúde; Departamento de cooperação técnica e desenvolvimento da saúde; Departamento de gestão interfederativa e participativa; Departamento de gestão das demandas em judicialização na saúde (Brasil, 2023).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde (porta de entrada do SUS), e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, à reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a

integralidade do cuidado. A SAPS é composta pelo: Departamento de saúde da família e comunidade; Departamento de gestão do cuidado integral; departamento de prevenção e promoção da saúde e; Departamento de apoio à gestão da atenção primária (Brasil, 2023).

A SAES é a secretaria responsável pelo controle da qualidade e avaliação dos serviços especializados disponibilizados pelo SUS à população, além de identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos no atendimento de urgência e emergência; atenção hospitalar; domiciliar e segurança do paciente. É composta pelos seguintes departamentos: Departamento de atenção hospitalar, domiciliar e de urgência; departamento de atenção especializada e temática; Departamento de certificação de entidades beneficentes de assistência social em saúde; Departamento de regulação assistencial e controle; Departamento de saúde mental; Instituto Nacional do Câncer, Instituto Nacional de Cardiologia; Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia; Departamento de gestão hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (Brasil, 2023).

Para o desenvolvimento de ciência e tecnologia, a SCTICS tem como principais competências a formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. Além de articular a ação do MS com as organizações governamentais e não-governamentais, com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. Cabe ainda à secretaria coordenar o processo de incorporação e desincorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Dentre suas pastas, encontra-se o: Departamento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde; Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; Departamento de Ciência e Tecnologia; Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde; e Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desempenho (Brasil, 2023).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2023).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) é responsável por formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil. Cabe à SGTES/MS promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área, bem como integrar e aperfeiçoar a relação entre as gestões federal, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2023).

A Secretaria de Informação e Saúde Digital, estabelecida pelo decreto nº11.391 de 2023, também a mais recente a compor a estrutura organizacional do MS, tem por objetivo compreender o uso de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis sobre o estado de saúde para os cidadãos, profissionais de saúde e gestores públicos. É composta pelo Departamento de Saúde Digital e Inovação; Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde; e Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde (Brasil, 2023).

A SVSA é responsável pelo gerenciamento da informação para o uso da epidemiologia, com a finalidade de organizar, analisar e divulgar informações epidemiológicas do país, além de, construir e revisar indicadores epidemiológicos para o monitoramento da situação sanitária nacional. É de sua competência coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde por meio do: Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, de doenças transmissíveis e não transmissíveis e agravos de notificação; Subsistema Nacional de Saúde Ambiental (ambiente e trabalho); Sistema de informação de vigilância em saúde; programa de prevenção e controle de doença incluindo o Programa Nacional de Imunização e a Política Nacional do Trabalhador (Brasil, 2023).

Dentre os SIS's mais utilizados para vigilância e avaliação nacional destacam-se: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS); Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); e o Sistema de Informação da Atenção básica (SIAB). Segue abaixo, uma breve descrição dos sistemas.

- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

O SIM foi desenvolvido pelo MS no ano de 1975, e é resultado da unificação de inúmeros modelos de Declaração de Óbito (DO) utilizados ao longo do tempo para coletar dados sobre a mortalidade no país. Considerado um patrimônio nacional, suas informações são fundamentais para o conhecimento das causas de adoecimento que levaram ao óbito, além de ser utilizado como um dos principais instrumentos para elaboração de políticas públicas de saúde e seguridade social efetiva, tendo como objetivo a prevenção, a promoção e o cuidado em saúde (Peres, 2011).

O documento base para a coleta de dados é a DO (Anexo I), emitido em três vias pela unidade notificadora e seguem para: Secretarias Estaduais ou Municipais; Cartório de

Registro Civil; e uma para a própria unidade notificadora. Nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Declarações de Óbito são digitadas, processadas, criticadas e consolidadas no SIM local. Em seguida, os dados informados pelos municípios sobre mortalidade no nível local são transferidos à base de dados do nível estadual que os agrega e envia-os ao nível federal (Peres, 2011).

Tais transferências são realizadas via internet e ocorrem, simultaneamente, nos três níveis de gestão. No nível federal, a SVSA - gestora do SIM - conta, na sua estrutura funcional, com a Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE). Subordinada ao Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT), a CGIAE trata da análise, avaliação e distribuição das informações sobre o SIM, agregando-as por Estado, e elaborando relatórios analíticos, painéis de indicadores e outros instrumentos estatísticos de informações sobre mortalidade que são disseminados para todo o país (Peres, 2011).

O SIM permite a formulação de indicadores de mortalidade por causas específicas de interesse à análise e avaliação dos sistemas locais, microrregionais, estaduais e nacional de saúde, possibilitando a comparação do perfil epidemiológico do Brasil com o de outros países, a partir de informações sobre mortalidade. O SIM foi avaliado pela OMS como um sistema de qualidade intermediária. Este foi o resultado apontado pelo estudo produzido pela OMS e publicado em 2005, que analisou sistemas de mortalidade de vários países, adotando conceitos de qualidade alta, intermediária e baixa (Peres, 2011).

- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O SINASC foi implantado no país em 1990, com o objetivo de coletar dados sobre o nascimento em todo território nacional e subsidiar informações de natalidade para todos os níveis do SUS. O instrumento de coleta utilizado é a Declaração de Nascido Vivo (DN), emitido em três vias pela unidade notificadora e encaminhadas para Secretarias Estaduais e Municipais (órgãos responsáveis pelo processamento da informação), a segunda entregue a família para o registro no Cartório Civil e a terceira permanece no próprio estabelecimento de saúde (Pedraza, 2012).

As Declarações de Nascidos Vivos (DN) são preenchidas pelos profissionais de saúde, ou parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido. Nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Declarações de Nascidos Vivos são digitadas, processadas, criticadas e consolidadas no SINASC local. Em seguida, os dados informados pelos municípios sobre os nascimentos no nível local são transferidos à base de dados do

nível estadual que os agrega e envia-os ao nível federal. Tais transferências são realizadas via internet e ocorrem, simultaneamente, nos três níveis de gestão (Pedraza, 2012).

O nascimento é um dos eventos vitais e seu monitoramento pode contribuir para o conhecimento da situação de saúde de uma população e a avaliação de políticas e ações de vigilância e atenção à saúde na área da saúde materno-infantil. O Ministério da Saúde, através da SVS/DAENT/CGIAE, tem incentivado aos gestores municipais e estaduais a fazerem uso do potencial de dados contidos no SINASC, para a formulação de indicadores epidemiológicos como instrumentos estratégicos de suporte ao planejamento das ações, atividades e programas voltados à gestão em saúde (Pedraza, 2012).

- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

O SINAN foi implantado em 1993 em todo território nacional e tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas do governo, através de uma rede informatizada, apoia o processo de investigação e fornece subsídios a análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças e agravos de notificação compulsória (Carvalho, 2021).

O instrumento de coleta de dados corresponde a ficha de notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria nº 4, 28 de Setembro de 2017), porém, é facultado a estados e municípios a inclusão de outros problemas de saúde pertinentes de sua região. A notificação de um caso suspeito ou confirmado deverá ser realizada através do preenchimento da ficha individual de notificação ou da ficha individual de investigação, ambas padronizadas e disponibilizada para cada agravo de notificação listada pela SVSA/MS (Carvalho, 2021).

São emitidas duas vias pré-numeradas, sendo a primeira digitalizada pela própria unidade notificadora e enviadas as secretarias municipais e estaduais e a segunda via permanece na própria unidade notificadora. A importância na utilização de fichas de notificação pré-numeradas consiste em evitar que haja sobreposição de notificações de dois casos distintos, que tenham os mesmos “campos-chave” identificadores do registro no sistema (Carvalho, 2021).

A notificação negativa, é uma estratégia adotada para demonstrar que os profissionais de saúde e o sistema de vigilância estão alerta para a ocorrência dos eventos, além de, evitar a subnotificação. Seu preenchimento deve ser realizado quando não houver nenhuma suspeita de doença ou agravo na unidade de saúde (Carvalho, 2021).

- Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O SIH/SUS inicialmente, originou-se dentro do Ministério da Previdência e Assistência Social como Sistema de assistência médico-hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), porém, sua lógica era predominantemente contábil. Com a implantação em 1983, o sistema tem como objetivo efetuar o pagamento das internações realizadas e analisar as taxas de morbidade hospitalar (Pereira, 2013).

O instrumento padrão para a coleta de dados é composto pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que são emitidas pela rede hospitalar federal, estadual, municipal e privada. Dentre suas variáveis de coleta, podem ser distribuídos em seis blocos: identificação do hospital; identificação do paciente; identificação do responsável pelo paciente; caracterização da internação; procedimentos especiais; e serviços especiais. (Pereira, 2013).

- Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)

O SIA foi implantado pelo MS em todo território nacional em 1995, visando o registro dos atendimentos, procedimentos e tratamentos realizado nos estabelecimentos de saúde a nível ambulatorial. Os resultados obtidos através dos dados deste sistema, possibilitou a análise de indicadores de saúde como: número de consultas e exames solicitados, perfil dos usuários atendidos e outros achados. Até a implantação do sistema informatizado, os registros dos atendimentos ambulatoriais eram realizados pelos Boletins de Serviços Produzidos (BSP) e o pagamento dos prestadores, por meio de Guias de Autorização de Pagamento (GAP) (Barros, 2003).

Para atender as deliberações dos órgãos gestores e as regulamentações do SUS, foi incorporado ao sistema a tabela de procedimentos ambulatoriais e a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatórios de Alta Complexidade/Custo (APAC). A SIA é o sistema que permite aos gestores locais o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados conveniados pelo SUS (Barros, 2003).

A emissão de uma APAC é feita a partir de um laudo em duas vias, a primeira autorizada pelo profissional da unidade de saúde e a segunda autorizada em instancia central, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Para o registro da informação é utilizado o aplicativo magnético conhecido como APAC-Mag, em seguida enviado as secretarias. Dentre os procedimentos que necessitam de uma APAC encontra-se: procedimentos quimioterápicos,

radioterápicos, terapia renal substitutiva e fornecimento de medicamentos de alto custo (Barros, 2003).

- Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

O Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família – PSF (Silva, 2005).

O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde. Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde (Silva, 2005).

Principal instrumento de monitoramento das ações do Saúde da Família, tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/DAB/SAS (CAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentar /consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS.

A disponibilização da base de dados do SIAB na internet, faz parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, publicizando, assim, os dados para o uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS.

## **2.5 Relacionamento de bases de dados em saúde e a técnica de linkage**

Com a ampla difusão dos SIS no Brasil, criado com objetivo a atender às diversas necessidades populacionais, temos hoje uma variedade de banco de dados, de diferentes

naturezas, que possibilita a identificação da situação de saúde de um indivíduo ou territórios. A vinculação de dados de uma determinada população ou indivíduo utilizando diferentes SIS apresenta-se como uma possibilidade de estabelecer e avaliar linhas de cuidado, visto que, saúde é resultado da interação das condições sociais, políticas e econômicas ao qual se insere o indivíduo.

O relacionamento de base de dados é definido como uma estratégia que reúne duas ou mais informações, registradas em diferentes fontes (SIS) e que se referem ao mesmo indivíduo. Também pode ser compreendido como uma metodologia criada para encontrar um registro pertencente à mesma pessoa, constante em dois ou mais sistemas de informação. O grau de concordância entre as variáveis indicará a utilização do método a ser utilizado, podendo ser determinístico ou probabilístico (Peres, 2011).

Alguns autores apontam as vantagens do relacionamento de banco de dados principalmente pela criação de bases de dados mais completas e com baixo custo de operacionalização. É crescente a utilização do método para estudos de coorte de seguimento passivo, ou seja, quando através de banco de dados epidemiológico é possível identificar desfechos como óbitos, incidências e tempo de ocorrência dos eventos. Embora não seja um desafio fácil, relacionar registro em diferentes bases de dados requer ao menos um identificador comum, o cadastro da pessoa física (CPF) seria exemplo de um registro possível para o método, porém, em virtude da incompletude de dados dos bancos a variável torna-se não recomendada (Peres, 2011).

Para esses casos onde não é possível a identificação unívoca, de campo comum e sujeita a poucos erros, o método probabilístico surge como uma alternativa, pois baseia-se na utilização de campos como: nome, data de nascimento e nome da mãe presentes nas bases a serem relacionadas. Em seguida, serão utilizados conjuntamente para o cálculo de um score, que representa o grau de concordância entre os registros de cada par formado (Peres, 2011).

A técnica de relacionamento de bases de dados, também conhecido como *linkage*, é dividida em dois métodos: o relacionamento determinístico e o probabilístico. O primeiro, identifica os indivíduos nas diferentes bases de dados a partir de uma ou mais variáveis, como nome, data de nascimento ou um identificador comum (CPF, RIC, cartão SUS e etc.). Dentre suas vantagens, destaca-se a exatidão ao identificar pares verdadeiros quando este apresenta um identificador comum ou pelo conjunto de variáveis com boa qualidade de registro (Rocha, 2019).

Já o relacionamento probabilístico, necessita de um escore que representa o quão semelhantes os registros pareados pertencem a mesma pessoa. Sua vantagem está na



capacidade de identificar os indivíduos mesmo que não haja um identificador comum como CPF, RG ou cartão SUS. O método é limitado quanto ao poder discriminatório das variáveis no processo de relacionamento, por exemplo, erro de homônimos, acontece quando pares são classificados como verdadeiros quando na verdade pertencem ao registro de outra pessoa (Rocha, 2019).

A técnica de *linkage* probabilístico é composta por quatro etapas sequenciais: a) Padronização dos bancos de dados; b) Blocação e pareamento; c) Combinação dos arquivos; d) Revisão dos pares (verdadeiros ou falsos). A etapa de padronização consiste no alinhamento das diferentes bases de dados, sendo por meio desta a entrada dos registros. A blocação consiste na criação de blocos lógicos que serão unidos para formar um novo bloco representado por uma chave pelo autor. O pareamento é a etapa onde calcula-se o escore para averiguar a semelhança dos registros após a combinação dos arquivos. Por fim, a conferência manual dos pares para identificação de pares verdadeiros (em concordância com a junção do sistema) e pares falsos (quando o registro não se trata da mesma pessoa) (Peres, 2011).

Em um estudo que se propôs a conhecer a acurácia da metodologia de relacionamento probabilístico de bases de dados para identificação de óbitos em estudos de sobrevivência, publicou que, dos 230 idosos que formavam a coorte de hospitalizados por fratura, 60 faleceram nos 180 dias que sucederam a internação, sendo 37 óbitos nos primeiros 30 dias e 23 óbitos entre o 31º e 180º dia. Os resultados do estudo, apontam para uma acurácia satisfatória principalmente quanto a especificidade do método em 99,4 % (IC 95 %: 96,7 - 99,9) (Coutinho *et al.*, 2006).

Outro estudo que utilizou a metodologia de relacionamento de bases de dados para qualificação da informação sobre mortalidade infantil nos municípios de Pernambuco, descreveu que foi possível resgatar um considerável número de campos não preenchido de um sistema para o outro, após o *linkage* foi possível alcançar um grau de completude de 99,7 %. Complementa ainda sugerindo o uso da técnica como medida de rotina nos serviços municipais de saúde e de gestão estadual (Mendes *et al.*, 2012).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo observacional, do tipo coorte não concorrente com seguimento passivo. Nesse estudo, aplicamos a técnica de relacionamento probabilístico de dados (linkage) entre a ficha de notificação de violência interpessoal e os óbitos por causas violentas no Estado do Rio de Janeiro, abrangendo o período de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Definimos o tempo inicial de acompanhamento ( $t_0$ ) como a data da primeira notificação de violência registrada no SINAN, não sendo admitidas notificações ou ocorrências anteriores a data de início do estudo (15 de junho de 2015). É importante ressaltar que as variáveis "orientação sexual" e "identidade de gênero" foram incluídas na ficha de notificação de violência interpessoal/autodeclarada a partir desta data em todo o território nacional. Somente a partir desse momento foi possível investigar a situação de pessoas autodeclaradas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

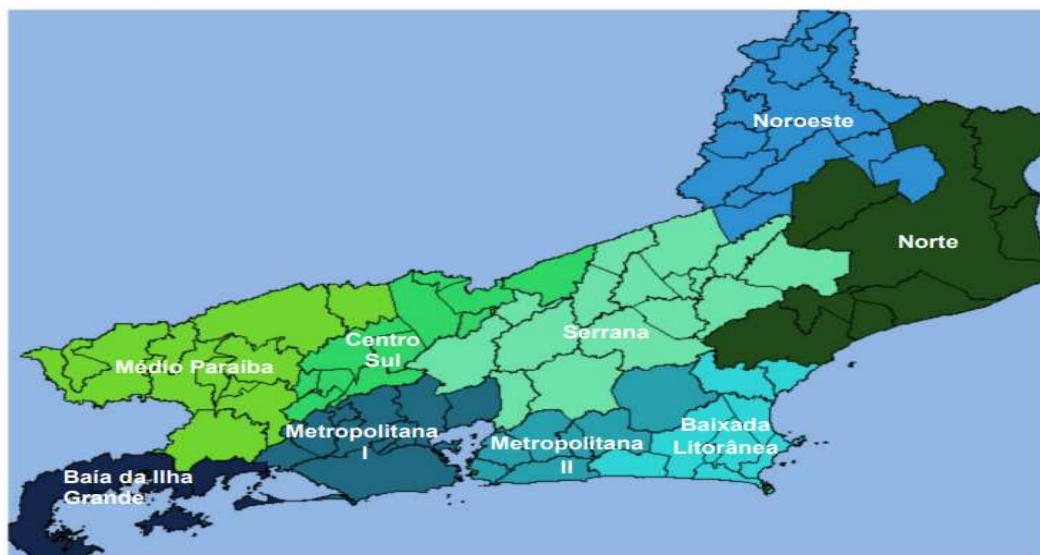
#### 3.2 Cenário do Estudo

Por se tratar de um estudo que pretende analisar os registros de bancos de dados provenientes dos sistemas de informação, o cenário do estudo é o Estado do Rio de Janeiro. Localizado na região Sudeste do país, o Estado do Rio de Janeiro possui uma das menores e mais populosas unidades da federação, com população estimada em 17.463.349 habitantes (SES-RJ, 2021), densidade demográfica de 365,23 habitante/km<sup>2</sup>, área territorial de 43.750,425 km<sup>2</sup>, distribuídos em 92 municípios, oito regiões administrativas e nove regiões de saúde (Figura 1) que constituem a base territorial para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). As regiões de saúde do Estado são divididas em: baía da ilha grande, baixada litorânea, centro-sul, médio Paraíba, metropolitana I, metropolitana II, noroeste, norte e serrana.

O Estado destaca-se pela diversidade espacial, socioeconômica, demográfica, cultural e de perfis de morbimortalidade, tais achados, refletem no grau de densidade populacional, de envelhecimento, de expectativa de vida, de mudança dos perfis de fecundidade, dos níveis de

educação, de renda, de idade e do sexo. As características econômicas e sociais de cada região de saúde determinam o perfil populacional local, que através de indicadores demonstram a heterogeneidade do Estado.

Figura 3 - Mapa do Estado do Rio de Janeiro dividido em regiões de saúde



Fonte: SES/RJ - Rio de Janeiro, 2021.

A ocupação desigual do espaço no estado do Rio de Janeiro, com excessiva concentração nas regiões Metropolitanas I e II. As regiões Noroeste, Norte e Baía da Ilha Grande são as menos ocupadas, com povoações isoladas e pouco articuladas entre si, o que terá reflexos sobre a atenção à saúde e os perfis demográficos e de morbimortalidade.

A distribuição irregular dos serviços de saúde e dos equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações, acompanhada do aumento de submorádias e da expansão de favelas, a intensa degradação ambiental, o desemprego e a exclusão social são coadjuvantes na construção das desigualdades, a começar pela infraestrutura de serviços de saneamento, mais concentrados nas áreas urbanas.

O padrão etário da fecundidade também mudou consideravelmente entre 2000 e 2015, com o aumento da concentração dos nascimentos entre os 20-29 anos e nítida queda nas taxas de fecundidade total, que há mais de uma década não alcançam o nível mínimo para reposição da população (2,1 filhos por mulher). Observa-se ainda a extensão do pico do período reprodutivo, que em 2000 estava concentrado até os 29 anos, e passou em 2015 a se estender aos 34 anos. Os baixos níveis de fecundidade contribuem para o aumento da idade média da população e dos índices de envelhecimento do estado do Rio de Janeiro – respectivamente, 35,8 anos e 55,6% em 2017, segundo as projeções do IBGE.

Outra questão relevante e ainda pouco explorada é a desigualdade entre negros e brancos, demonstrada em alguns indicadores socioeconômicos e demográficos. Segundo a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) 2017, 43,8% da população do estado do Rio de Janeiro se autodeclarou branca, e 55,7% se autodeclarou negra (preta e parda); a participação de indígenas e amarelos é muito pouco expressiva e não foi considerada.

Mesmo nas áreas urbanas, o abastecimento de água pela rede geral não chega a 95%, deixando 8% da população dependente de poços, nascentes e ligações clandestinas que são vulneráveis à contaminação. A coleta direta de lixo atende 90% da população das áreas urbanas, mas a existência de lixões clandestinos e vazadouros improvisados é um risco à saúde da população mais carente.

Toda a desigualdade prevalente no estado do Rio de Janeiro determina, por fim, efeitos na demanda por acesso à saúde, exercendo pressões que atuam de forma diferenciada segundo as regiões de saúde. Em 2017, pelo menos 67% da população residente no estado do Rio de Janeiro eram usuários exclusivos do SUS. Segundo os dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) e da PNAD de 2017, seriam 11.261.149 pessoas sem planos de saúde privados.

A Secretaria Estadual de Saúde, além do seu papel de gestora, indutora, promotora e articuladora da política de saúde, atua diretamente na assistência à saúde, por intermédio de 56 unidades, sendo, 26 unidades do tipo Institutos, Centros Especializados, Hospitais Gerais e Especializados e 30 Unidades de Pronto Atendimento, do Centro de Diagnóstico por Imagem e das unidades móveis de mamografia e tomografia (SES/RJ, 2023).

Com relação à distribuição territorial, as 26 unidades do tipo Hospitais, Institutos e Centros Especializados localizam-se em cinco regiões de saúde e 12 municípios: Metropolitana I, com 13 unidades no município do Rio de Janeiro; Metropolitana II, com 02 unidades; Baixada Litorânea, com 01; Médio Paraíba, com 01 unidade; e Centro Sul, com 01 unidade. De acordo com os registros do CNES em abril de 2019, essas 26 unidades de saúde estaduais totalizavam 3.164 leitos existentes e 3.131 leitos SUS.

A cobertura populacional estimada por equipes de atenção primária no estado do Rio de Janeiro apresenta desde 2007 uma tendência crescente, sofrendo em 2013 uma pequena redução e chegando em julho de 2018 a 69,03%. Os municípios do estado totalizaram, em julho de 2018, 2.894 equipes de Saúde da Família, o que representa uma cobertura estimada de 58,10% pelo modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As regiões de saúde com maiores coberturas estimadas por equipes de atenção primária neste período foram Baía de Ilha Grande (96,26%), Centro Sul (96,06%) e Noroeste (93,09%). As regiões Norte (57,25%), Metropolitana I (64,35%) e Serrana (66,6%) apresentaram coberturas inferiores a 70%.

O modelo organizacional existente no Estado deu início no ano de 2001, quando foi elaborado o primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado do Rio de Janeiro, com a definição das nove Regiões de Saúde. No ano de 2007, deu-se o início a implantação do Programa Saúde na Área, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a realidade dos municípios e aproximar a SES-RJ das secretarias municipais de saúde.

Em 2009 foi realizada a Acolhida aos Secretários Municipais de Saúde, para apresentar aos secretários municipais de saúde o Pacto pela Saúde. No ano de 2011, o Colegiado de Gestão Regional (CGR) passa a ser denominado Comissões Intergestores Regionais (CIR). No ano de 2012 foram realizadas Oficinas de Planejamento Regional, no âmbito das CIR, constituindo-se em um processo dinâmico de planejamento que estabelece as prioridades e estratégias de saúde local, em função das necessidades sociais, na busca de soluções para os problemas de saúde da população.

### **3.3 Fontes de informação: SINAN e SIM**

O presente estudo utilizará como fonte de informação duas bases de dados: 1) SINAN; e 2) SIM. Estudos que se propõem a analisar dados de sistemas de informação são caracterizados como estudos de fonte secundária. A coleta de informações é executada pelos profissionais da área de saúde, distribuídos em todos os níveis de atenção à saúde. A qualidade do preenchimento das informações coletadas demonstra a importância e a responsabilidade do profissional com o processo de trabalho inserido.

Vale ressaltar, que o suporte adequado aos profissionais de saúde deve ser assegurado pelos serviços, por tanto, faz-se necessário a garantia de treinamentos em serviço, equipamentos tecnológicos, estrutura física, suporte técnico, rede de acesso, entre outros. A completude das informações nos instrumentos de coleta de dados depende desses profissionais, portanto, o instrumento de coleta de dados é composto neste estudo pelas fichas de notificação/investigação da violência interpessoal/autoprovocada (Anexo 1) e dados da Declaração de Óbito (Anexo 2).

As seleções das variáveis de interesse do SINAN de violências interpessoais/autoprovocadas são descritas no Quadro 1. As seleções apresentadas fazem parte do conjunto de dimensões investigadas pela ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada.

Quadro 1 - Informações selecionadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2023 (continua)

<b>Variáveis identificadoras</b>	Nome Data de nascimento Nome da mãe
<b>Características sociodemográficas</b>	Sexo atribuído ao nascimento Raça/cor Escolaridade Orientação sexual Identidade de gênero Situação conjugal
<b>Histórico de saúde</b>	Deficiência física Deficiência mental Deficiência visual Deficiência auditiva Outras deficiências Transtorno mental Transtorno comportamental
<b>Tipo de notificação</b>	Violência autoprovocada Violência psicológica Violência física Violência sexual Tortura Tráfico de seres humanos Violência financeira Negligência Violência infantil Intervenção legal Outras formas de violência

Quadro 1 - Informações selecionadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2023. (conclusão)

<b>Encaminhamento</b>	A rede de saúde A assistência social A rede de educação A rede de atendimento à mulher Ao Conselho Tutelar Ao conselho de idosos A delegacia do idoso Ao núcleo de direitos humanos Ao Ministério Público A delegacia da criança e do adolescente
-----------------------	--

Fonte: O autor, 2024.

As informações apresentadas no quadro 2, representam a seleção das variáveis de interesse obtidas no SIM, coletadas através das Declarações de Óbito.

Quadro 2 - Informações selecionadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2023.

<b>Variáveis identificadoras</b>	Nome Data de nascimento Nome da mãe
<b>Dados sobre óbito</b>	Data do óbito Causa básica

Fonte: O autor, 2024.

### 3.4 Critérios de Seleção

Para realização do relacionamento (*linkage*) probabilístico, serão incluídos os registros de violência interpessoal/autoprovocada de 2015 a 2020. A data de início do seguimento ( $t_0$ ),

15 de junho de 2015, é justificada por ser a data de inclusão das variáveis “orientação sexual” e “identidade de gênero” a ficha de notificação/investigação do SINAN de violências interpessoais/autoprovocadas. Foram excluídos os registros sem informação sobre: data de nascimento; nome e nome da mãe. Foram incluídos todos os adultos (de 19 a 59 anos).

Quanto ao SIM, foram excluídos os registros sem identificação ou com nome inválido (ex. indigente, homem, homem negro, mulher branca, etc). Foram excluídas as observações cuja data de notificação (entrada no sistema de informação) ocorreu após o óbito, sem data de nascimento, sem nome ou nome válido, bem como sem nome válido da mãe. Essas exclusões foram necessárias em função das chaves para o linkage.

### 3.5 Preparação e Relacionamento das bases de dados

Para realização do processo de *linkage* probabilístico será necessária uma adaptação das bases de dados para que estas possam apresentar as mesmas características quanto à fonte, tipo de caractere e tamanho de célula e etc. Todas as padronizações estão expressas no Quadro 3 apresentados abaixo. Após a seleção das variáveis de interesse do estudo, a correlação (*linkage*) dos dados foi realizada pelo software Link Plus versão beta 3.0. O relacionamento do banco de dados prosseguirá a partir do cumprimento do cumprimento das quatro etapas sequencias da técnica: 1) Padronização dos bancos de dados; 2) Blocação e Pareamento; 3) Combinação dos arquivos; 4) Revisão manual dos dados pareados.

#### 1) Padronização dos bancos de dados

A primeira etapa, padronização dos bancos de dados, é o momento de alinhamento dos registros nas diferentes bases de dados, tal medida se justifica na necessidade de minimizar a ocorrência de erros durante o processo de pareamento de registros, sendo imprescindível em campos não estruturados e de livre entrada, como por exemplo, nome e nome da mãe. Essa etapa é realizada em uma única vez, enquanto as demais fases são repetidas em vários passos, para distintas chaves de blocação. Para isso será realizada a transformação de todos os caracteres registrados:

- a) Letra maiúscula para todas variáveis
- b) Exclusão de acentos



- c) Eliminação das preposições "de", "da", "do", "dos", "das"
- d) Sinais de pontuação
- e) Supressão de letras duplicadas
- f) Substituição das letras Y e W
- g) Substituição de letras com a mesma fonética

Nesta fase, com auxílio do software Excel, serão marcados os campos homônimos para as variáveis “nome” e “nome da mãe” na base do SINAN. Será realizada revisão manual em busca de duplicidade de entradas, por múltiplas notificações ou por recorrência do fenômeno de violências. Nos casos de homônimos, os registros serão preservados a partir da conferência com a data de nascimento, o nome da mãe e as datas de notificação e ocorrência.

Nos casos de duplicidade, onde as variáveis nome, nome da mãe, data de nascimento, data de ocorrência e data de notificação forem as mesmas, os registros serão excluídos, mantendo-se apenas uma entrada. Por fim, nos casos de recorrência, caracterizados pelo mesmo nome, nome da mãe e data nascimento, mas com datas de ocorrência e notificações distintas, será mantido o primeiro registro, criando-se duas variáveis, denominadas “recorrência/cronicidade” e “número de recorrências”.

Quadro 3 - Padronização da base de dados do SIM para correlação com a base de dados do SINAN. (continuação)

Campos	Objetivos	SIM e SINAN	
		Original	Final
Data de Nascimento	Realizar a conversão do campo de registro para formato texto	dd/mm/aaaa	ddmmaaaa
Nome do Paciente	Converter os caracteres minúsculos em maiúsculos	Pedro	PEDRO
	Excluir todos os acentos	MÔNICA	MONICA
	Excluir todas as preposições	MARIA DA SIVLA	MARIA SILVA
	Retirar os caracteres diferentes de A-Z	JO@O	JOAO
	Suprimir letras duplicadas	JULLIANA	JULIANA
	Substituir letras Y e W	YURI	IURI
	Substituir duas ou mais letras que produzem o mesmo som	NATHALIA	NATALIA

Quadro 3 - Padronização da base de dados do SIM para correlação com a base de dados do SINAN. (conclusão)

Data de óbito	Realizar a conversão do campo de registro para formato texto	dd/mm/aaaa	ddmmaaaa
Data da primeira ocorrência de violência	Realizar a conversão do campo de registro para formato texto	dd/mm/aaaa	ddmmaaaa

Fonte: O autor, 2024.

## 2) Blocagem

A segunda fase, blocagem e pareamento, consiste na criação de blocos lógicos, criados com exclusividade pelo autor e que podem ser utilizados de diversas estratégias. A blocagem é a união de mais de um bloco, onde cada bloco é representado por uma chave. O pareamento consiste na construção de escores que verificam o quanto de semelhança existe nos registros pareados e que possam indicar serem as mesmas pessoas. Tenta-se unir as variáveis com menor percentual de erro. O padrão ouro considerado pela academia, seria um número único de identificação (CPF, RIC, Cartão SUS e etc), porém, assumindo a hipótese de incompletudes destes registro nas bases de dados, as variáveis escolhidas serão nomes e datas de nascimento.

A partir de então, serão criadas 6 variáveis a partir do nome completo, duas serão formadas pelo primeiro e último nome (Pnome e Unome), outras duas serão destinadas as iniciais dos nomes do meio (Mnome) e/ou sobrenomes que designam gerações, como Junior, Neto e etc, por exemplo, Maria Silva Costa Pereira – MARIA(Pnome) SC(Mnome) PEREIRA (Unome).

Por fim, as duas últimas variáveis serão construídas para atribuição de códigos fonéticos. As chaves de blocagem utilizadas nesse passo serão: (1) código fonético (*Soundex*) do primeiro nome formatado para blocagem – Pbloco; (2) código fonético (*Soundex*) do último nome formatado – Ubloco; e (3) data de nascimento, por exemplo, Maria Silva Pereira 27/02/1996, será transformada para M600 (Pbloco) P450 (Ubloco) 27021996.

## 3) Pareamento

As estratégias de blocagem foram aplicadas no relacionamento do SIM versus SINAN para geração do arquivo combinado entre as bases de dados do estudo. Foram criados

arquivos com identificação de pares verdadeiros ou falsos. Para isso, realizou-se a conferência manual dos pares das variáveis identificadoras: nome, data de nascimento e nome da mãe. A classificação de pares verdadeiros foi realizada seguindo os critérios do quadro 4.

Quadro 4 - Critérios utilizados para a classificação de pares verdadeiros

1	Nome, data de nascimento e nome da mãe iguais
2	Nome, nome da mãe, dia e mês de nascimento iguais e o último dígito do ano de nascimento com variação de dois anos para mais ou para menos
3	Nome, nome da mãe e ano de nascimento iguais, com inversão dos dígitos de dia e mês
4	Nome, nome da mãe, dia e ano de nascimento iguais.
5	Nome, nome da mãe, mês e ano de nascimento iguais.
6	Nome e nome da mãe semelhantes com variação na digitalização ortográfica
7	Nome e nome da mãe incomuns (nomes estrangeiros, por exemplo) que apresentem concordância na data de nascimento.

Fonte: O autor, 2024.

Por fim, a classificação das melhores estratégias seguiu os parâmetros de: maior número de pares verdadeiros encontrados, em menor tempo de execução do processamento entra as bases de dados e a precisão dada pelo escore máximo alcançado.

#### 4) Revisão manual dos pares

Para prosseguir com a terceira etapa, após a identificação dos pares pelo sistema, os registros serão revisados individualmente, afim de conferir se as variáveis utilizadas correspondem a classificação dos pares verdadeiros e pares falsos. Serão considerados pares

verdadeiros quando os registros apresentarem consonância com o sistema, e pares falsos, quando os registros não se retratarem da mesma pessoa. O Quadro 6, apresenta as variáveis a serem relacionadas e seus respectivos escore de análise. Por fim, serão excluídos os registros de duplicidade para obtenção do banco final.

A combinação completa dos arquivos será feita pelo software Stata SE 15, através do comando *merge* os arquivos do SINAN serão linkados ao SIM para obtenção do banco final, isto é, um banco que contem somente o registro de pessoas em situação de violência e que apresentem óbito como desfecho final.

#### 5) Revisão manual dos dados pareados

De modo automatizado, as duas bases receberam códigos numéricos e progressivos de entrada, permitindo ao pesquisador identificar os registros duplicados gerados pela junção/*merge* dos arquivos. Foram excluídos os registros do SINAN que apresentarem duplicidade de entrada antes do relacionamento com o mesmo registro após o relacionamento.

### 3.6 Variáveis do Estudo

A seleção das variáveis do estudo busca atender a correlação tempo-evento, no âmbito da orientação sexual e identidade de gênero, para tanto, serão apresentadas as variáveis de desfecho primário, secundário, as variáveis de exposição, variáveis tempo em risco, censura e demais covariáveis.

#### 1) Variável: Óbito - Desfecho primário

A ocorrência de óbito, será a variável de desfecho primário do estudo. Para fins metodológico, os óbitos serão agrupados por causas, sendo inicialmente analisado por todas as causas básicas (mortalidade geral) e por causas violentas (mortalidade específica). Serão consideradas os registros de óbitos que apresentem como Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10), o Quadro 7 apresenta a descrição da variável de mortalidade do estudo.

Quadro 5 - Composição da variável de mortalidade do estudo. Rio de Janeiro, 2023.

<b>Causa básica do óbito / Causa secundária do óbito</b>	<b>Agrupamento CID</b>
Causas Violentas (e possivelmente violentas)	Lesões autoprovocadas intencionalmente - suicídio (X60-X84) Agressões - Homicídios (X85-Y09) Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34) Intervenções legais e operação de guerra (Y35-Y36)
Todas as outras causas	Todos os outros agrupamentos

Fonte: O autor, 2024.

Pretende-se analisar a distribuição dos óbitos por grupos, sendo possível a identificação e o agrupamento de minorias sexuais e pessoas transgêneros. A partir de então, comparações entre grupos serão realizadas, afim de analisar o tempo em risco, ou seja, o período compreendido entre a ocorrência da violência e a data do óbito.

## **2) Variável: Violência Interpessoal/autoprovocada – Desfecho secundário**

A ocorrência da violência registrada no SINAN, representa o desfecho secundário do estudo, onde toda e qualquer violência notificada será considerada para o cálculo de tempo em risco. A análise de sobrevivência tem como fundamento o tempo de exposição e a ocorrência do evento, portanto, a notificação da violência interpessoal/autoprovocada compõe o tempo de seguimento inicial ( $t_0$ ) do estudo.

## **3) Exposições de interesse**

Ainda que a variável sexo não seja alvo de interesse desta investigação, inclusive por questões teóricas vinculadas ao estudo, ela foi necessária para a composição dos grupos de análise. O quadro 6 apresenta a categoria original de resposta e a categoria de resposta do estudo.

Quadro 6 - Composição da variável sexo do estudo. Rio de Janeiro. 2024

Variável	Categoria original de resposta	Categoria de resposta do estudo
Sexo	1: Feminino; 2: Masculino	Sem alterações

Fonte: O autor, 2024.

A variável orientação sexual, presente na ficha de notificação/investigação de violência interpessoal/autoprovocada do SINAN, a partir de 2015 em todo território nacional, faz parte da exposição de interesse proposta pelo estudo. Para isso, obrigatoriamente, serão excluídos da análise os campos que apresentarem dados ausentes e ignorados, permanecendo assim, apenas categorias compostas pela heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade. O quadro 7 apresenta a categorização da variável orientação sexual utilizada no estudo.

Quadro 7 - Composição da variável orientação sexual. Rio de Janeiro. 2024.

Variável	Categoria original de resposta	Categoria de resposta do estudo
Orientação Sexual	1: Heterossexual; 2: Homossexual (gay/lésbica); 3: Bissexual; 8: Não se aplica; 9: Ignorado	0: Heterossexual 1: Homossexual (gay/lésbica) / Bissexual 2. Desconhecido

Fonte: O autor, 2024.

A variável identidade de gênero também compõe a exposição do estudo, por tanto, seguirá os mesmos passos anteriores, permanecendo assim apenas categorias de pessoas cisgênero e transgênero. O quadro 8 apresenta as categorias originais e de resposta para o estudo. Vale ressaltar, a inovação do estudo em analisar uma categoria populacional que só pode ser investigada/observada a partir do ano de 2015.

Quadro 8 - Composição da variável identidade de gênero. Rio de Janeiro. 2024.

Variável	Categoria original de resposta	Categoria de resposta do estudo
Identidade de gênero	1: Travesti; 2: Mulher Transexual; 3: Homem Transexual; 4: Não se aplica; 5: Ignorado	0: outros (cisgênero); 1: Pessoa trans

Fonte: O autor, 2024.

As variáveis como sexo, orientação sexual e identidade de gênero, que são exposições de interesse desta investigação, foram sintetizadas de modo a construir grupos analíticos, aproximando as realidades de exposição das pessoas na realidade concreta. Presentes, originalmente, no SINAN, os possíveis registros incluem feminino (S0) e masculino (S1) para a variável “sexo”; heterossexual (O0), bissexual e homossexual (O1) e “unknown” ou “omitted” (O2) para “orientação sexual”; e, para a variável gênero, é importante considerar que o registro é feito apenas para travestis e mulheres trans (G1) e homens trans (G2), com a interpretação de que dados “não sabe” ou “ignorado” (G0) se referem à população cisgênero, apesar dos limites de validade que isso possa produzir.

Assim, oito grupos foram compostos. São eles: mulheres cisgênero e heterossexuais (S0+O0+G0), mulheres que fazem sexo com mulheres (S0+O1+G0), mulheres cisgênero com orientação sexual desconhecida (S0+O2+G0), travestis e mulheres trans (G1), homens cisgêneros e heterossexuais (S1+O0+G0), homens que fazem sexo com homens (S1+O1+G0), homens cisgênero com orientação sexual desconhecida (S1+O2+G0) e homens trans (G2). Devido à limitada quantidade de casos recuperados nos bancos de dados, as orientações sexuais das pessoas trans não foram combinadas nos grupos formados, representando uma limitação na definição dos grupos de interesse

#### 4) Demais variáveis – covariáveis

As covariáveis do SINAN e SIM são descritas nos quadros 9 e 10 respectivamente, com apresentação da forma original de resposta e recategorização das mesmas para o estudo.

Quadro 9 - Variáveis do SINAN originais e recategorizadas para o estudo. Rio de Janeiro, 2024.

<b>Dimensão</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Categoria original de resposta</b>	<b>Categoria de resposta do estudo</b>
<b>Identificação</b>	Nome	Nominal	Nominal
	Data de Nascimento	Data (dd/mm/aaaa)	Texto (ddmmaaaa)
	Nome da mãe	Nominal	Nominal
<b>Características sociodemográficas</b>	Sexo atribuído ao nascimento	0: Masculino; 1:Feminino; 9:Ignorado	0: Masculino; 1: Feminino
	Raça/cor	0: Branca; 1: Preta; 2: Parda; 3:Amarela; 4: Indígena; 99: Ignorada	0: Branca; 1: Preta/Parda; 2: Amarela; 3: Indígena
	Escolaridade	0: Analfabeto; 1: 1ª a 4ª serie incompleta do E.F; 2: 4ª serie completa do E.F; 3: 5ª a 8ª serie incompleta do E.F; 4: Ensino fundamental II completo; 5: Ensino médio incompleto; 6: Ensino médio completo; 7: Ensino superior incompleta; 8: Ensino superior completo; 9: Ignorado; 10: Não se aplica	0: Mais de 8 anos de estudo; 1: Até 8 anos de estudo
	Situação conjugal	0: Solteira; 1: Viúva; 2: Separada; 3: Casada/União estável; 4: Ignorado	0: Solteira; 1: Viúva; 2: Separada; 3: Casada/União estável
<b>Histórico de saúde</b>	Deficiência física ou mental	Deficiência física (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	0: Não; 1: Sim
		Deficiência mental (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		Deficiência visual (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		Deficiência auditiva (0:	



		Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
	Transtorno mental ou comportamental	Transtorno mental (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	0: Não; 1: Sim
		Transtorno comportamental (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
<b>Histórico de assistência vítima de violência</b>	Encaminhamento a rede de assistência à vítima de violência	À rede de saúde (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	0: Não; 1: Sim
		À assistência social (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		À rede de educação (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		À rede de atendimento à mulher (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		Ao Conselho Tutelar (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		Ao Conselho do Idoso (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		À delegacia do idoso (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		Aos núcleos de direitos humanos (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		Ao Ministério Público (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	

<b>Tipologia da violência</b>	Violência autoprovocada	0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado	0: Não; 1: Sim
	Violência psicológica	0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado	
	Violência física	0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado	
	Violência sexual	0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado	
	Outras formas de violência	Tortura (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	0: Não; 1: Sim
		Tráfico de seres humanos (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		Violência financeira (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		Negligência (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		Violência infantil (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
		Intervenção legal (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)	
Outras formas de violência (0: Não; 1: Sim; 99: Ignorado)			

Fonte: O autor, 2024.

Quadro 10 - Variáveis do SIM originais e recategorizadas para o estudo. Rio de Janeiro, 2024.

<b>Variável</b>	<b>Categoria original de resposta</b>	<b>Categoria de resposta do estudo</b>
Nome	Nominal	Nominal
Data de nascimento	Data (dd/mm/aaaa)	Texto (ddmmaaaa)
Nome da mãe	Nominal	Nominal
Data do óbito	Data (dd/mm/aaaa)	Data (dd/mm/aaaa)
Causa básica	Nominal	0: mortalidade geral; 1:mortalidade por causas violentas
Causa secundária	Nominal	0: mortalidade geral; 1:mortalidade por causas violentas

Fonte: O autor, 2024.

## 6) Variável: tempo em risco e censura

Os estudos de coorte necessitam do acompanhamento do evento de interesse ao longo do tempo, e para isso, o intervalo compreendido entre a ocorrência do evento e o desfecho final, calcula-se o “Tempo de seguimento”. O tempo de seguimento ( $t_0 - t_1$ ), para este estudo, foi uma variável contínua, descrita em anos, criada para medir o intervalo de tempo entre a primeira ocorrência de violência notificada e a ocorrência de óbito por causas violentas, por outras causas, ou pelo término do estudo (31 de dezembro de 2020).

Configura-se censura, os estudos de seguimento onde não foram observados durante o período da pesquisa, a ocorrência do desfecho de interesse, em alguns outros casos, a cura de um tratamento, o óbito, ou até mesmo a mudança migratória dos observados podem ser considerados “perda” ou censura. A observação “incompleta” pode ser justificada pelo recorte temporal da pesquisa, trazendo a reflexão do risco que a população exposta possui mesmo ao término do estudo. Para esta pesquisa, foram censurados os casos de não-óbito pelo fim do estudo e por óbitos por causas não-violentas, constituindo a variável “Censura” (0: Ausente; 1: Presente).

### 3.7 Análises de dados

Todas as fases da análise foram realizadas no software Stata SE 15.

#### 3.7.1. Análise dos resultados do relacionamento probabilístico de dados

Foram analisados os tempos de processamento, os escores (mínimo e máximo), bem como os números absolutos e a proporção de pares formados para cada estratégia de linkage. A partir da eleição da melhor estratégia, balizada pelos procedimentos descritos anteriormente, foi construída a Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), calculando-se a Área sob a Curva (AUC). Foram calculadas a sensibilidade (%), especificidade (%), acurácia (%), a razão de verossimilhança positiva e negativa, o número de pares verdadeiros e o número de

pares falsos para cada ponto de corte dos escores da estratégia eleita. Com base nos indicadores, elegeu-se o melhor ponto de corte.

### 3.7.2. Análise das características da coorte e dos coeficientes de mortalidade por grupo populacional

Foram calculadas frequências absolutas e as proporções de todas as variáveis, incluindo o cálculo de mortalidade proporcional por causa básica e as taxas de mortalidade geral bruta e por causas violentas. As Taxas de Mortalidade foram calculadas por meio da razão entre óbitos e população em cada grupo analisado, utilizando a base do indicador de 100 mil pessoas.

### 3.7.3. Análise de sobrevida por Modelo de Regressão de Cox Proporcional

Aqui está o texto com algumas palavras modificadas:

Para a análise de sobrevivência, utilizamos o modelo de riscos proporcionais de Cox. Este modelo, desenvolvido em 1972 com o objetivo de tornar os modelos de regressão mais flexíveis, consiste em uma análise de regressão múltipla aplicada em estudos de sobrevivência. Ele é recomendado quando se deseja estimar como variáveis independentes influenciam o risco. O modelo de Cox permite identificar quais variáveis independentes têm um impacto significativo quando consideradas em conjunto, levando em conta sua significância estatística dentro de um intervalo de confiança. Além disso, o modelo baseia-se na estimativa do efeito das covariáveis por meio da proporção de riscos ao longo do tempo observado, modelando diretamente a função de risco conforme proposto por Cox (Medronho *et. al.*,2009)

Foram elaboradas curvas de Nelson-Aalen para estimar o Hazard cumulativo de mortalidade por causas violentas. O objetivo desse procedimento foi compreender como a função de risco pode afetar as demais variáveis do estudo. Todas as variáveis de interesse do estudo foram incluídas no modelo de regressão por meio de análise hierárquica. No primeiro nível, foram incluídas as variáveis sociodemográficas. No segundo nível, as variáveis relacionadas ao histórico de saúde. Por fim, no terceiro nível, incorporaram-se as variáveis de acompanhamento dos casos. O quarto modelo consistiu na regressão contendo todas as variáveis significantes (p-valor <0,05). É importante destacar que as covariáveis só avançaram para o próximo nível quando o valor-p foi igual ou inferior a 0,30, sendo

necessário incluir as variáveis "identidade de gênero" e "orientação sexual" por serem as exposições do estudo.

No modelo completo, foi testada o pressuposto de proporcionalidade, fundamental no modelo de Regressão de Cox. Portanto, realizou-se a análise de resíduos de Schoenfeld, avaliando a proporcionalidade do modelo como um todo e de cada variável. Considera-se que os pressupostos do modelo não foram violados quando todos os preditores apresentam p-valor superior a 0,05. Em caso de violação dos pressupostos, a variável foi controlada por meio de estratificação no tempo através do comando *stcox* com a opção *strata* no software Stata SE 15. Cumprindo os pressupostos de proporcionalidade, nova análise foi realizada, repetindo todas as etapas anteriores até a obtenção de um modelo conciso e ajustado. Além de fornecer os coeficientes de cada preditor e seus respectivos Intervalos de Confiança a 95% (Limite Superior e Inferior), também foram apresentados os Hazard Ratio brutos e os Hazard Ratio ajustados.

### 3.8 Aspectos éticos

Este estudo emerge como um projeto guarda-chuva da pesquisa intitulada “Efeitos da identidade (trans)gênero e orientação sexual sobre a notificação e mortalidade por violências: um estudo de coorte” coordenado pelo Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael, submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e aprovado sob o número 52027421.2.0000.5282. Esta pesquisa foi oriunda de dados secundários obtidos através dos bancos de dados do SINAN e SIM, em consonância com os aspectos éticos que envolvem os estudos com seres humanos, especialmente as Resoluções CNS 466/12 e CNS 510/16. Por se tratar de pesquisa oriunda de bancos de dados, houve dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Por outro lado, a equipe de pesquisadores contou com a anuência da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro para o acesso aos bancos de dados.

Os riscos do estudo foram pautados nos danos materiais a informação, visto que, o estudo utilizou fontes de dados secundária. Foram necessárias informações pessoais e confidenciais como “nome” para o relacionamento do banco de dados. Entretanto, após o *linkage* das bases, os nomes foram codificados e separados em um arquivo contendo apenas o

nome completo, nome da mãe e data de nascimento. Esta base é de acesso exclusivo do responsável pela pesquisa.

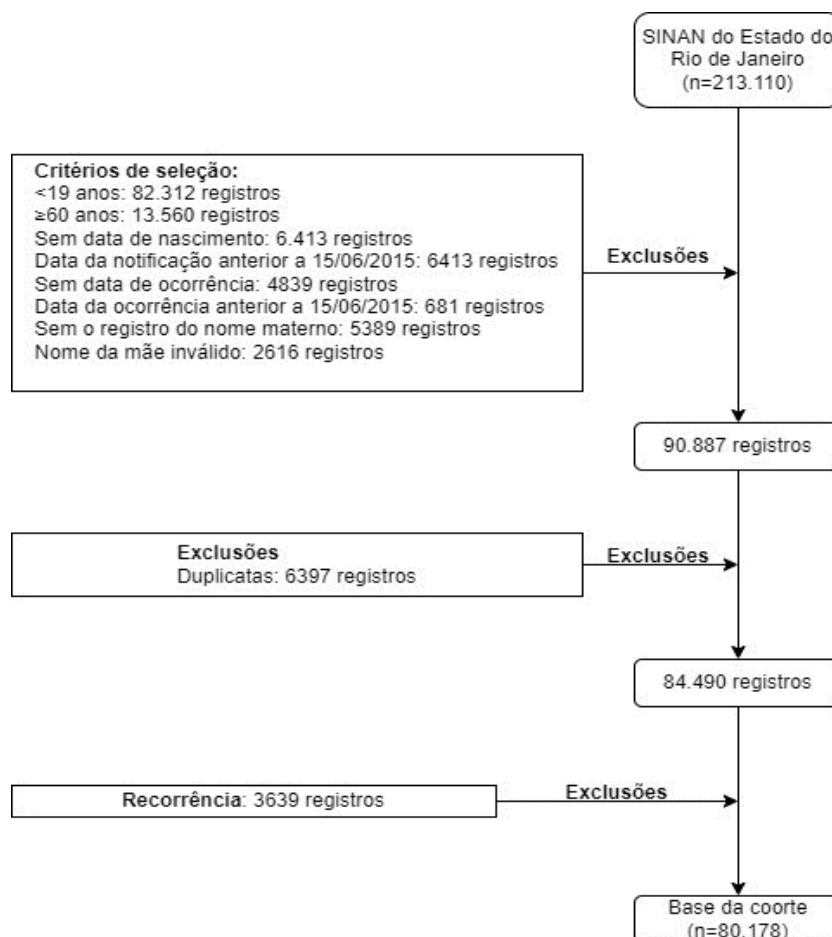
Como benefício, o projeto prevê subsidiar a produção de dados nos campos da Enfermagem e da Saúde Coletiva, auxiliando a gestão pública estadual de saúde do Rio de Janeiro. Isso ocorre principalmente no que se refere à importância da informação qualificada como subsídio para a tomada de decisão que impacte positivamente na visibilidade da população LGBT como sujeitos de direito, qualificando a assistência às pessoas em situação de violência. Por fim, com o término das análises, está prevista a divulgação dos resultados da relação entre violência e óbito para toda a sociedade civil, acadêmica-científica e as populações mais afetadas pelo fenômeno.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Análise de completude e características sociodemográficas, de histórico de saúde e de acompanhamento dos casos pela rede de assistência na base populacional da coorte

A **Figura 4** apresenta a composição amostral que formou a linha de base da coorte pelo SINAN do Estado do Rio de Janeiro. Nota-se que 60,35% (n= 128.620) dos registros foram excluídos com base nos critérios de seleção. Adiciona-se o fato que foram identificadas 3639 recorrências de notificações, ou seja, quando se tratava do mesmo caso, mas com eventos e datas distintas. Neste caso, manteve-se apenas um registro, criando-se variável específica para este fim. Assim, a linha de base foi composta por 80.178 registros.

Figura 4 - Fluxograma de tratamento e composição da linha de base da coorte pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2023 (n=213.110). Rio de Janeiro, 2015-2020.



Fonte: O autor, 2024.

A **Tabela 1** apresenta a análise da completude das variáveis de interesse no banco de dados do SINAN. As variáveis relacionadas às violências interpessoais e autoprovocadas não estão incluídas na tabela, uma vez que possuem registros de 100%, o que é obrigatório para o processo de notificação, evitando assim a redundância de informações.

É importante observar que as variáveis "identidade de gênero", "deficiências físicas e mentais", "transtornos mentais e comportamentais" e "encaminhamentos para as redes de atenção" também têm registros de 100%. No entanto, é fundamental esclarecer que esses registros estão presentes apenas nos casos de interesse. Por exemplo, se alguém se identifica como travesti, mulher trans ou homem trans, isso automaticamente é registrado. Essa abordagem metodológica foi adotada nesta investigação.



É relevante destacar que originalmente 55,55% (n=44.541) dos registros da variável "orientação sexual" não continham informações. Além disso, a variável "escolaridade" teve uma ausência de resposta de 63,41% (50.842), o que inviabiliza seu uso em análises subsequentes. Por fim, no que diz respeito à variável "recorrência de atendimento", que é um indicador sintético construído a partir da repetição de registros da mesma pessoa com ocorrências distintas, o resultado de completude não poderia ser diferente do observado, ou seja, 100%.

Tabela 1 - Análise da completude das variáveis de interesse do estudo no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2024 (n=80.178). Rio de Janeiro, 2015-2020. (continua)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Características sociodemográficas</b>		
<b>Idade</b>		
Registro	80178	100.00
Dado faltante	-	-
<b>Identidade de gênero</b>		
Registro	80178	100.00
Dado faltante	-	-
<b>Orientação sexual</b>		
Registro	80178	100.00
Dado faltante	-	-
<b>Sexo atribuído ao nascimento</b>		
Registro	80168	99.99
Dado faltante	10	0.01
<b>Raça/cor</b>		
Registro	62620	78.10
Dado faltante	17548	21.89
<b>Escolaridade</b>		
Registro	29326	36.58
Dado faltante	50842	63.41

Tabela 1 - Análise da completude das variáveis de interesse do estudo no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2024 (n=80.178). Rio de Janeiro, 2015-2020. (conclusão)

**Situação conjugal**

Registro	47110	58.76
Dado faltante	33068	41.24

**Histórico de saúde**

**Deficiências físicas e mentais**

Registro	80178	100.00
Dado faltante	-	-

**Transtornos mentais e comportamentais**

Registro	80178	100.00
Dado faltante	-	-

**Acompanhamento pela rede de assistência**

**Recorrência de atendimento**

Registro	80178	100.00
Dado faltante	-	-

**Encaminhamentos para as redes de atenção**

Registro	80178	100.00
Dado faltante	-	-

---

Fonte: O autor, 2024.

A **Tabela 2** apresenta as características sociodemográficas, histórico de saúde e acompanhamento dos casos pela rede de assistência. Observa-se que a base da coorte foi preparada com uma população majoritariamente composta por indivíduos entre 19 e 39 anos (n=59.127; 73,74%), predominantemente do sexo feminino (n=61.351/80.168; 76,53%), considerando o sexo atribuído ao nascimento. A maioria da população se autodeclarou como preta ou parda, ou seja, de origem negra (n=40.991/62.620; 65,46%), com mais de 8 anos de estudo (n=19.423/29.326; 66,23%) e estado civil solteiro (n=25.649/47.110; 54,44%).

Além disso, a população inclui 559 travestis e pessoas trans (0,70%) e 1.949 (5,47%) indivíduos que declararam sua orientação sexual como gay, lésbica ou bissexual. Um total de 1.853 (2,31%) pessoas têm registros de deficiências físicas e mentais, 3.828 (4,77%) têm transtornos mentais e comportamentais, e 3.019 (3,20%) têm registros recorrentes de eventos

violentos. A grande maioria, ou seja, 78,12% (n=62.633), foi encaminhada para outros serviços da rede de atenção.

Tabela 2 - Características sociodemográficas, o histórico de saúde e de acompanhamento dos casos pela rede de assistência em uma coorte a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2024 (n=80.178). Rio de Janeiro, 2015-2020. (continua)

Variáveis	n	%
<b>Características sociodemográficas</b>		
<b>Faixa etária</b>		
De 19 a 29 anos	35327	44.06
De 30 a 39 anos	23800	29.68
De 40 a 49 anos	13848	17.27
De 50 a 59 anos	7203	8.98
<b>Grupos de interesse</b>		
Mulher cisgênero heterossexual	28987	36.16
MSM	1159	1.45
Mulher cisgênero com orientação sexual desconhecida	30884	38.52
Travesti e mulher trans	472	0.59
Homem cisgênero heterossexual	4496	5.61
HSH	534	0.67
Homem cisgênero com orientação sexual desconhecida	13550	16.90
Homem trans	87	0.11
<b>Raça/cor</b>		
Não-negros	21629	34.54
Negros	40991	65.46
<b>Escolaridade</b>		
Mais de 8 anos de estudo	19423	66.23
Até 8 anos de estudo (Até o 1º completo)	9903	33.77

Tabela 2 - Características sociodemográficas, o histórico de saúde e de acompanhamento dos casos pela rede de assistência em uma coorte a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2024 (n=80.178). Rio de Janeiro, 2015-2020. (conclusão)

<b>Situação conjugal</b>		
Outros	21461	45.56
Solteiro	25649	54.44
<b>Histórico de saúde</b>		
<b>Deficiências físicas e mentais</b>		
Não	78325	97.69
Sim	1853	2.31
<b>Transtornos mentais e comportamentais</b>		
Não	76350	95.23
Sim	3828	4.77
<b>Acompanhamento pela rede de assistência</b>		
<b>Recorrência de atendimento</b>		
Não	77159	96.23
Sim	3019	3.2
<b>Encaminhamentos para as redes de atenção</b>		
Não	17545	21.88
Sim	62633	78.12

---

Fonte: O autor, 2024.

A **Tabela 3** apresenta a tipologia dos eventos violentos que motivaram o primeiro registro no SINAN durante o período de acompanhamento. Observa-se que os registros indicam que as formas de violência física, psicológica, autoprovocada e sexual estão presentes em 75,25% (n=60.345), 32,36% (n=25.947), 14,93% (n=11.969) e 5,51% (n=4.418) das notificações, respectivamente. Além disso, 21,28% (n=16.980) dos registros incluíram notificações de outras formas de violência.

Tabela 3 - Frequências das formas de violências registradas na coorte de registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2024 (n=80.178). Rio de Janeiro, 2015-2020.

Variáveis	N	%
<b>Violência autoprovocada</b>		
Não	68209	85.07
Sim	11969	14.93
<b>Violência física</b>		
Não	19833	24.74
Sim	60345	75.26
<b>Violência psicológica</b>		
Não	54231	67.64
Sim	25947	32.36
<b>Violência sexual</b>		
Não	75760	94.49
Sim	4418	5.51
<b>Outras violências</b>		
Não	63198	78.82
Sim	16980	21.18

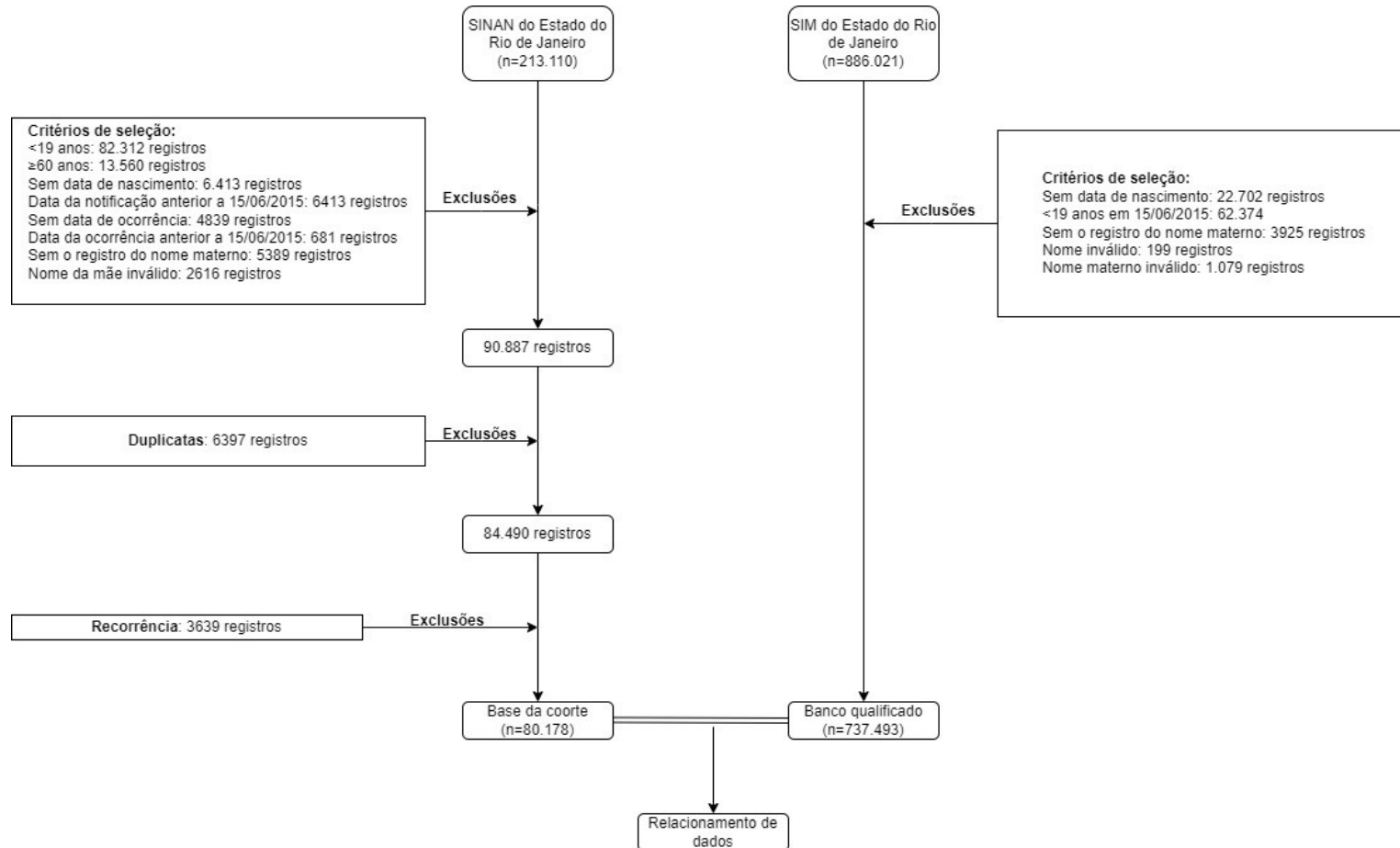
Fonte: O autor, 2024.

#### 4.2 Resultados do relacionamento probabilístico de dados (probabilistic record linkage)

A **Figura 5** apresenta a composição do relacionamento probabilístico de dados entre SINAN e SIM. Nota-se que foram identificados 1556 pares verdadeiros. Ou seja, dos 80.178 registros do SINAN foram recuperados 1556 óbitos.

As **Tabelas 4 e 5** demonstram os resultados do relacionamento probabilístico de dados em função de cada estratégia de blocagem e pareamento utilizada. Nota-se que a estratégia 1 foi processada em menor tempo e obteve escores máximos similares a 5 outras estratégias. Ademais, essa estratégia formou o maior número de pares (n=1556) com o terceiro melhor resultado percentual de pares verdadeiros (38.61%), mantendo-se deste modo mesmo após a fase de deduplicação (38.28%).

Figura 5 - Fluxograma de tratamento e composição da linha de base da coorte pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020, da variável desfecho pelo Sistema de Informação de Mortalidade, e a do relacionamento probabilístico de dados. Rio de Janeiro, 2015-2020.



Fonte: O autor, 2024.

Tabela 4 - Tempo de processamento e scores de precisão das estratégias de relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.

<b>Estratégia</b>	<b>Variáveis de blocagem</b>	<b>Variáveis de pareamento</b>	<b>Tempo (hh:mm:ss)</b>	<b>Escore</b>
1	PN + UM	N + DT + M	00:11:50	10,6 - 29,7
2	PN + UN + DT + PM + UM	N + DT + M	02:28:54	10,6 - 29,7
3	PN + UN + PM + UM	N + DT + M	00:25:46	10,6 - 29,7
4	PN + UN + PM + UM	N + DT	00:20:24	12,1 - 20,0
5	PN + UN + PM + UM	DT + M	00:19:11	10,6 - 18,5
6	PN + UN + DT	N + DT + M	02:19:07	10,6 - 29,7
7	PN + UN + DT	N + DT	01:32:52	12,1 - 20,0
8	PN + DT	N + DT + M	02:10:48	10,6 - 29,7
9	DT	N + DT + M	02:07:21	10,6 - 29,7

Fonte: O autor, 2024.

Legenda: DT: data de nascimento; M: nome da mãe; N: nome; PM: soundex do primeiro nome da mãe; PN: soundex do primeiro nome; UM: soundex último nome da mãe; UN: soundex último nome.

Tabela 5 - Total de pares e pares verdadeiros segundo as estratégias de relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020

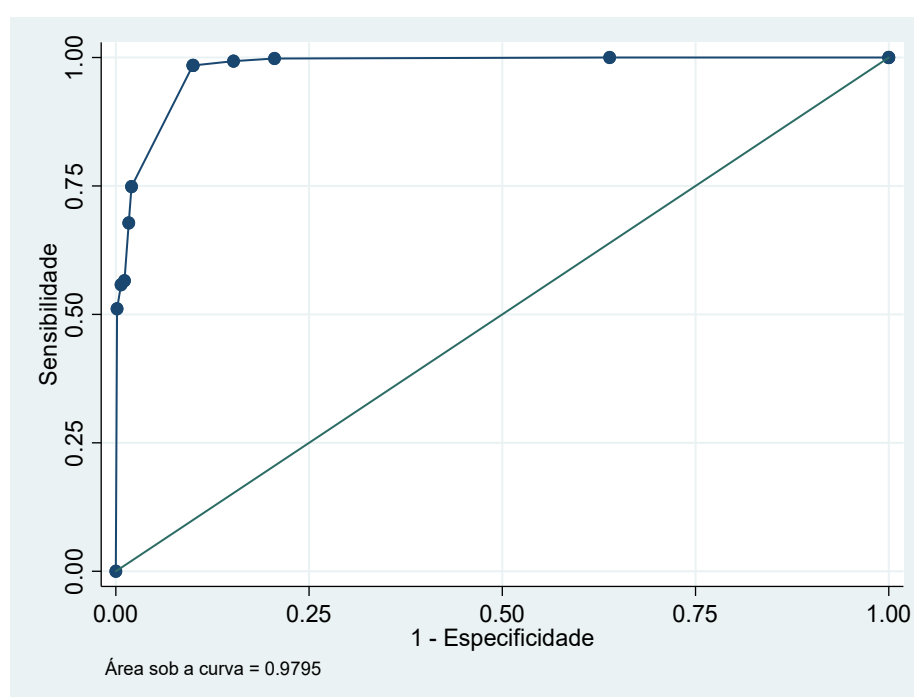
Estratégia	Resultados após o linkage			Resultados após o processo de deduplicação dos pares verdadeiros			
	Total de pares	Pares verdadeiros	%	Número de duplicatas	Pares formados	Pares verdadeiros após a deduplicação	%
1	4087	1578	38.61	22	4065	1556	38.28
2	7296	1570	21.52	19	7277	1551	21.31
3	7262	1570	21.62	20	7242	1550	21.40
4	2388	1111	46.52	10	2378	1101	46.30
5	5561	996	17.91	9	5552	987	17.78
6	7296	1570	21.52	20	7276	1550	21.30
7	2397	1103	46.02	10	2387	1093	45.79
8	7296	1570	21.52	20	7276	1550	21.30
9	7296	1570	21.52	20	7276	1550	21.30

Fonte: O autor, 2024.

A **Figura 3** demonstra a Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) da estratégia eleita (estratégia 8). Com uma Área sob a Curva de 0,979 (IC95%: 0,976-0,983), observa-se que o relacionamento probabilístico tem uma excelente capacidade de discriminação entre os pares verdadeiros e falsos. Neste sentido, essa estratégia foi considerada como a de melhor desempenho e adotada durante as análises desta dissertação.



Figura 6 - Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) da estratégia número 1 de relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: O autor, 2024.

A **Tabela 6** demonstra as propriedades da estratégia número 1. Observa-se que com um ponto de corte de 17,9 no escore, obtém-se Sensibilidade de 98,46%, Especificidade de 90,04%, e valores de Razão de Verossimilhança Positiva e Negativa de 9,84 e 0,02, respectivamente. Nesse sentido, esse ponto de corte permite a identificação correta de 98,46% dos pares verdadeiros e 93,26% dos falsos pares.

Além disso, os valores de razão de verossimilhança demonstram que uma classificação positiva no relacionamento aumenta significativamente as chances de o par ser realmente positivo, enquanto que uma classificação negativa, devido ao seu valor muito baixo, indica que um resultado negativo fornece forte evidência de que o par realmente não é verdadeiro.

Ao analisar a acurácia, observa-se que esse ponto de corte é capaz de classificar corretamente 93,26% das observações, ou seja, 1532 (98,46%) dos 1556 pares verdadeiros, bem como classifica corretamente 2259 (90,04%) dos 2509 falsos pares, reduzindo sobremaneira a necessidade de revisão manual após o relacionamento probabilístico dos dados.

Destaca-se que a estratégia 1, isoladamente, identificou 10 óbitos em pessoas que declaram sua identidade de gênero como travesti, mulher trans ou homem trans, que é uma das variáveis de exposição de interesse do estudo. Todos os óbitos deste grupo foram recuperados em escores iguais ou maiores que 17,9, o que significa que a adoção deste ponto de corte não afetaria a detecção de mortes neste grupo, que pelo volume de dados (11/1556 óbitos; ou 0,71% dos óbitos) pode ser considerado um evento raro.

Tabela 6 - Pontos de corte da estratégia eleita para o relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2024.

Ponto de Corte	S%	E%	Ac%	RV+	RV-	PV	PF
≥ 10,6	100,00	0	38,28	-	-	0	906
≥ 12,1	100,00	36,11	60,57	1,00	-	3	1,088
≥ 12,3	99,81	79,47	87,26	1,56	0	8	133
≥ 13,8	99,29	84,77	90,33	4,86	0,002	13	131
≥ 16,5	98,46	90,00	93,23	6,52	0,008	0	1
<b>≥ 17,9</b>	<b>98,46</b>	<b>90,04</b>	<b>93,26</b>	<b>9,84</b>	<b>0,02</b>	<b>367</b>	<b>199</b>
≥ 18,5	74,87	97,97	89,13	9,88	0,02	110	9
≥ 20	67,8	98,33	86,64	36,83	0,26	175	14
≥ 21,7	56,56	98,88	82,68	40,50	0,33	12	11
≥ 23,5	55,78	99,32	82,66	50,68	0,44	73	13
≥ 29,7	51,09	99,84	81,18	82,33	0,44	795	4
> 29,7	0	100,00	61,72	320,48	0,49	-	-

Fonte: O autor, 2024.

Legenda: S%: Sensibilidade (%); E%: Especificidade (%); Ac%: Acurácia (%); RV+: Razão de Verossimilhança Positiva; RV-: Razão de Verossimilhança Negativa; PV: Número de pares verdadeiros; PF: Número de pares Falsos.

### 4.3 Características da variável desfecho (óbito) após o relacionamento probabilístico de dados.

A **Tabela 7** demonstra a mortalidade proporcional dos 1556 registros de óbitos relacionados em 80.178 notificações de violências. Nota-se que, proporcionalmente, as causas externas (diagnósticos de V01-Y98 e de S00-T98 do CID-10) tem 48,59% (n=756) de todas as mortes recuperadas no relacionamento de dados. Os óbitos foram por causas violentas e possivelmente violentas 625 óbitos deste grupo de mortes (87,53), sendo: Lesões autoprovocadas intencionalmente (Suicídio; CID-10: X60-X84) com 113 mortes (7,26%), Homicídios (CID-10: X85-Y09) com 182 (11,70), Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34) com 329 óbitos (21,14%) e Intervenções legais e operação de guerra (Y35-Y36) com 1 óbito (0,06%). As principais causas identificadas no relacionamento de dados foram: sintomas, sinais e achados anormais, representados pelo Capítulo XVIII do CID-10, doenças do aparelho cardiovascular, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório. As neoplasias figuram na sexta posição de óbitos (n=78; 5.01%).

Tabela 7 - Mortalidade proporcional (%) dos óbitos recuperados no relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020. (continua)

Capítulos do CID-10 (Código)	N	%
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	130	8.35
II - Neoplasias (C00-D48)	78	5.01
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89)	6	0.39
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	32	2.06
V - Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	9	0.58
VI - Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	15	0.96
IX - Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	153	9.83
X - Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	88	5.66
XI - Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	31	1.99
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	4	0.26
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	3	0.19

Tabela 7 - Mortalidade proporcional (%) dos óbitos recuperados no relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de violência interpessoal/autoprovocada e do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Estado do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020. (conclusão)

XIV - Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	19	1.22
XV - Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)	6	0.39
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	2	0.13
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	222	14.27
XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	42	2.7
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98)	714	45.89
XXII - Códigos para propósitos especiais (U00-U99)	2	0.13

Fonte: O autor, 2024.

A **Tabela 8** apresenta as taxas de mortalidade geral (bruta) e por causas violentas e possivelmente violentas por 100.000 habitantes na coorte de pessoas notificadas no SINAN. No que diz respeito à mortalidade geral, observa-se que o aumento das taxas em relação a idade, a orientação sexual, o sexo masculino atribuído ao nascimento, a cor preta e parda (negra), a menor escolaridade, outras situações conjugais que não sejam o estado civil de solteiro, a presença de deficiências físicas e mentais, transtornos mentais e comportamentais, recorrências na notificação/acompanhamento e os encaminhamentos para outros pontos da rede de assistência. A mortalidade por causas violentas apresenta um cenário semelhante, com exceção das variáveis orientação sexual, raça/cor, situação conjugal e encaminhamentos para as redes de atenção.

Tabela 8 - Taxa de Mortalidade Geral bruta e por causas violentas na coorte de registros, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.

Variáveis	n	Mortalidade Geral		Mortalidade por Causas Violentas	
		Óbitos	TM	Óbitos	TM
<b>Faixa etária</b>					
De 19 a 29 anos	35327	494	13.98	304	8.61
De 30 a 39 anos	23800	360	15.13	163	6.85
De 40 a 49 anos	13848	342	24.70	98	7.08
De 50 a 59 anos	7203	360	49.98	60	8.33
<b>Gênero &amp; Orientação sexual</b>					
Mulher cisgênero heterossexual	28987	285	9.83	65	2.24
MSM	1159	13	11.22	4	3.45
Mulher cisgênero com orientação sexual desconhecida	30884	474	15.35	136	4.40
Travesti e mulher trans	472	7	14.83	3	6.36
Homem cisgênero heterossexual	4496	172	38.26	89	19.80
HSH	534	11	20.60	2	3.75
Homem cisgênero com orientação sexual desconhecida	13550	591	43.62	325	23.99
Homem trans	87	3	34.48	1	11.49
<b>Raça/cor</b>					
Não-negros	21629	384	17.75	152	7.03
Negros	40991	818	19.96	326	7.95
<b>Escolaridade</b>					
Mais de 8 anos de estudo	19423	196	10.09	74	3.81
Até 8 anos de estudo (Até o 1º completo)	9903	235	23.73	85	8.58
<b>Situação conjugal</b>					
Outros	21461	347	16.17	114	5.31
Solteiro	25649	404	15.75	171	6.67
<b>Deficiências físicas e mentais</b>					
Não	78325	1463	18.68	608	7.76
Sim	1853	93	50.19	17	9.17
<b>Transtornos mentais e comportamentais</b>					
Não	76350	1368	17.92	585	7.66
Sim	3828	188	49.11	40	10.45
<b>Cronicidade</b>					
Não	77159	1493	19.35	601	7.79
Sim	3019	63	20.87	24	7.95
<b>Encaminhamentos para as redes de atenção</b>					
Não	17545	438	24.96	184	10.49
Sim	62633	1118	17.85	441	7.04

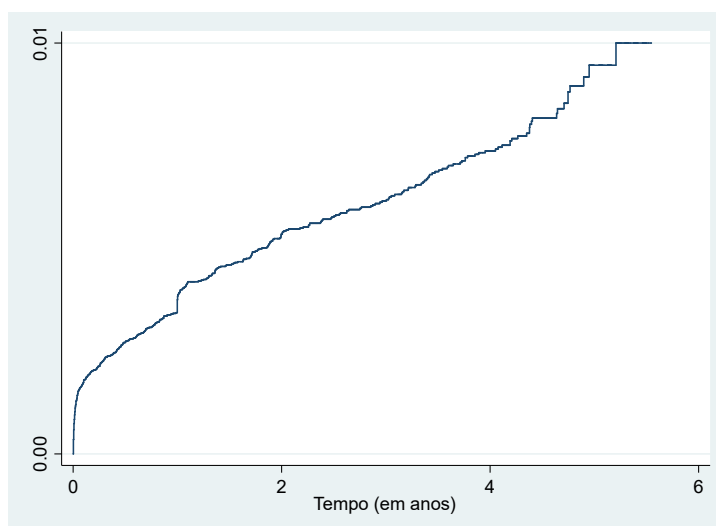
Fonte: O autor, 2024.

Legenda: TM: Taxa de Mortalidade bruta por 100.000 habitantes ano

#### 4.4 Análise de sobrevivência por mortes violentas na coorte de pessoas notificadas no SINAN de violências interpessoais e autoprovocadas.

A **Figura 7** apresenta a estimativa acumulada de risco de Nelson-Aalen para mortes violentas na coorte. Das 80.178 observações, 79.883 eventos foram censurados. Nota-se a elevação do risco de morrer ao longo do tempo, acentuando-se a partir do quarto ano de observação.

Figura 7- Estimativa acumulada de risco de Nelson-Aalen por causas violentas na coorte de registros por violências no SINAN, de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.



Fonte: O autor, 2024.

Na **Tabela 9**, são apresentados os coeficientes de regressão de Cox para a análise de sobrevivência em relação à mortalidade por causas violentas, considerando os coeficientes brutos e ajustados. No entanto, ao analisar o pressuposto de proporcionalidade do modelo completo na **Tabela 10**, nota-se que a variável “situação conjugal” (p 0,028) viola os pressupostos do Modelo de Regressão de Cox Proporcional, ainda que o teste global dos Resíduos de Schoenfeld tenha p-valor  $>0,05$ .

Como forma de reverter a violação dos pressupostos do Modelo de Regressão de Cox Proporcional, adotou-se a estratificação por tempo para a variável “situação conjugal”, gerando um modelo ajustado e ao mesmo tempo parcimonioso, conforme apresentados nas **Tabelas 11 e 12**, respectivamente, representando o modelo final ajustado e os Resíduos de Schoenfeld.

Visando a melhor compreensão dos riscos estimados, os coeficientes testados foram apresentados em Harzard Ratio (HR) na **Tabela 13** e em formato de gráfico forest plot na **Figura 8**. Nota-se que mulheres trans tem 4,07 vezes o risco de morrer por causas violentas das mulheres cisgênero e heterossexuais. Ademais, homens cisgênero e heterossexuais tem risco muito maior que (HR 10.13; IC 95%: 7,04-14,59) que as mulheres cisgênero e heterossexuais. Homens trans tiveram elevado risco, mas a relação estatística é limítrofe e merece escrutínio futuro (p-valor 0,053). Ademais, nota-se que o encaminhamento para os serviços de saúde, assistência social e de assistência jurídica no momento da notificação reduziram em 43% o risco de morte por causas violentas e possivelmente violentas.

Por fim, a **Figura 9** demonstra a curva de sobrevida ajustada para cada grupo de interesse do estudo. É notória a redução da sobrevida ao longo do tempo, sobretudo em grupos de identidades masculinas, em travestis e em mulheres trans.

Tabela 9 - Coeficientes da análise de sobrevida (Modelo de Regressão de Cox) para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.

<b>Preditores</b>	<b>Coefficientes brutos</b>				<b>Modelo Inicial</b>			
	<b>B</b>	<b>p-valor</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>	<b>β</b>	<b>p-valor</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>
<b>Exposição de interesse</b>								
Mulher cisgênero heterossexual	Referência	-	-	-	Referência	-	-	-
MSM	0.46	0.367	-0.55	1.47	0.73	0.164	-0.30	1.75
Mulher cisgênero com orientação sexual desconhecida	0.63	<0.001	0.33	0.92	0.66	0.002	0.24	1.08
Travesti e mulher trans	1.09	0.065	-0.07	2.25	1.40	0.018	0.24	2.57
Homem cisgênero heterossexual	2.24	<0.001	1.92	2.56	2.32	<0.001	1.95	2.68
HSH	0.57	0.425	-0.83	1.98	0.84	0.246	-0.58	2.26
Homem cisgênero com orientação sexual desconhecida	2.27	<0.001	2.00	2.54	2.81	<0.001	2.45	3.17
Homem trans	1.68	0.096	-0.30	3.65	1.95	0.054	-0.03	3.93
<b>Covariáveis: características sociodemográficas</b>								
Idade (em anos)	<b>0.00</b>	0.224	-0.01	0.00	0.00	0.537	-0.02	0.01
Raça/cor	0.13	0.184	-0.06	0.32	0.17	0.203	-0.09	0.42
Situação conjugal	0.23	0.056	-0.01	0.47	0.11	0.433	-0.16	0.38
<b>Covariáveis: histórico de saúde</b>								
Deficiências físicas e mentais	0.22	0.376	-0.26	0.70	-	-	-	-
Transtornos mentais e comportamentais	0.42	0.009	0.10	0.75	0.18	0.426	-0.27	0.63
<b>Covariáveis: rede de assistência</b>								
Encaminhamentos para as redes de atenção	0.67	<0.001	0.57	0.80	-0.57	<0.001	-0.83	-0.30
Cronicidade	0.02	0.908	-0.38	0.43	-	-	-	-

Fonte: O autor, 2024.



Tabela 10 - Resíduos de Schoenfeld para o modelo completo (Modelo 4) da análise de sobrevivência à mortalidade por causas violentas de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.

<b>Preditores</b>	<b>rho</b>	<b>chi2</b>	<b>df</b>	<b>p-valor</b>
<b>Exposição de interesse</b>				
Mulher cisgênero heterossexual	0.013	0.04	1	0.836
MSM	-0.054	0.76	1	0.385
Mulher cisgênero com orientação sexual desconhecida	-0.041	0.43	1	0.512
Travesti e mulher trans	-0.060	0.93	1	0.335
Homem cisgênero heterossexual	0.067	1.15	1	0.284
HSH	-0.004	0	1	0.947
Homem cisgênero com orientação sexual desconhecida	0.085	1.85	1	0.174
Homem trans				
<b>Covariáveis: características sociodemográficas</b>				
Idade (em anos)	-0.099	2.32	1	0.128
Raça/cor	0.029	0.21	1	0.650
Situação conjugal	0.142	4.82	1	0.028
<b>Covariáveis: histórico de saúde</b>				
Transtornos mentais e comportamentais	0.007	0.01	1	0.914
<b>Covariáveis: rede de assistência</b>				
Encaminhamentos para as redes de atenção	0.060	0.94	1	0.331
<b>Teste global</b>		18.15	12	0.111

Fonte: O autor, 2024.

Tabela 11 - Coeficientes do modelo final da análise de sobrevivência (Modelo de Regressão de Cox) para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020. (continua)

<b>Preditores</b>	<b>Modelo Final de Ajuste</b>			
	<b><math>\beta</math></b>	<b>p-valor</b>	<b>LI</b>	<b>LS</b>
<b>Exposição de interesse</b>				
Mulher cisgênero heterossexual	Referência	-	-	-
MSM	0.72	0.165	-0.30	1.74
Mulher cisgênero com orientação sexual desconhecida	0.66	<b>0.002</b>	0.24	1.07
Travesti e mulher trans	1.40	<b>0.018</b>	0.24	2.57
Homem cisgênero heterossexual	2.32	<b>&lt;0.001</b>	1.95	2.68
HSH	0.84	0.247	-0.58	2.25
Homem cisgênero com orientação sexual desconhecida	2.81	<b>&lt;0.001</b>	2.45	3.17
Homem trans	1.95	0.053	-0.03	3.94

Tabela 11 - Coeficientes do modelo final da análise de sobrevida (Modelo de Regressão de Cox) para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020. (continua)

<b>Covariáveis: características sociodemográficas</b>				
Idade (em anos)	0.00	0.517	-0.02	0.01
Raça/cor	0.17	0.208	-0.09	0.42
<b>Covariáveis: histórico de saúde</b>				
Transtornos mentais e comportamentais	0.19	0.417	-0.26	0.64
<b>Covariáveis: rede de assistência</b>				
Encaminhamentos para as redes de atenção	-0.56	<0.001	-0.83	-0.30

Fonte: O autor, 2024.

Tabela 12 - Análise de resíduos de Schoenfeld para o modelo final da análise de sobrevida à mortalidade por causas violentas de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.

<b>Preditores</b>	<b>rho</b>	<b>chi2</b>	<b>df</b>	<b>p-valor</b>	
<b>Exposição de interesse</b>					
Mulher cisgênero heterossexual	-	-	-	-	
MSM	0.01271	0.04	1	0.8398	
Mulher cisgênero com orientação sexual desconhecida	-	0.05467	0.77	1	0.3807
Travesti e mulher trans	0.04101	0.43	1	0.514	
Homem cisgênero heterossexual	0.06012	0.95	1	0.3302	
HSH	0.0667	1.14	1	0.2857	
Homem cisgênero com orientação sexual desconhecida	-	0.00529	0.01	1	0.93
Homem trans	0.0867	1.9	1	0.1676	
<b>Covariáveis: características sociodemográficas</b>					
Idade (em anos)	0.10091	2.4	1	0.121	
Raça/cor	0.02838	0.2	1	0.6532	
<b>Covariáveis: histórico de saúde</b>					
Transtornos mentais e comportamentais	0.00739	0.01	1	0.9054	
<b>Covariáveis: rede de assistência</b>					
Encaminhamentos para as redes de atenção	0.06029	0.96	1	0.3278	
<b>Teste Global</b>	-	9.77	11	0.5511	

Fonte: O autor, 2024.

Tabela 13 - Hazard Ratio do modelo final da análise de sobrevivência (Modelo de Regressão de Cox) para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.

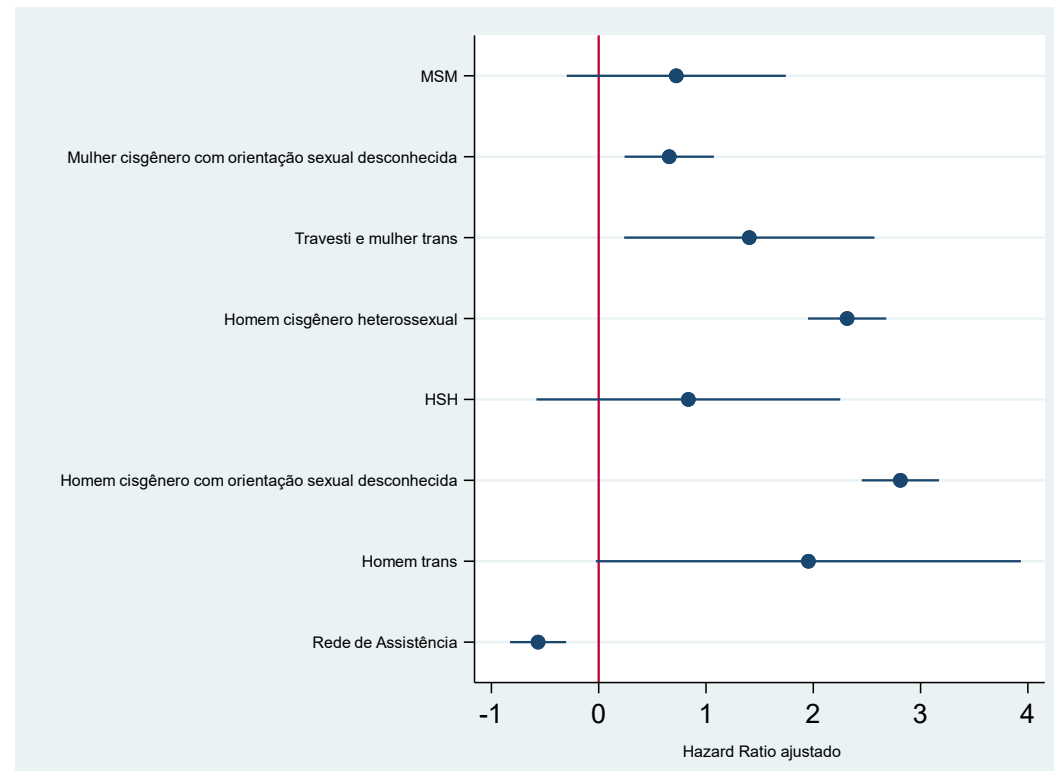
Variáveis	n	Óbitos	HRb	LI	LS	p-valor	HRa	LI	LS	p-valor
<b>Idade</b>	80178	625	0.995	0.988	1.003	0.224	1.00	0.98	1.01	0.517
<b>Gênero &amp; Orientação sexual</b>										
Mulher cisgênero heterossexual	28987	65	Referência	-	-	-				
MSM	1159	4	1.59	0.58	4.37	0.367	2.06	0.74	5.72	0.165
Mulher cisgênero com orientação sexual desconhecida	30884	136	1.88	1.40	2.52	<0.001	1.93	1.27	2.93	0.002
Travesti e mulher trans	472	3	2.97	0.93	9.45	0.065	4.07	1.27	13.07	0.018
Homem cisgênero heterossexual	4496	89	9.35	6.79	12.87	<0.001	10.13	7.04	14.59	<0.001
HSH	534	2	1.77	0.43	7.24	0.425	2.31	0.56	9.50	0.247
Homem cisgênero com orientação sexual desconhecida	13550	325	9.68	7.41	12.63	<0.001	16.64	11.61	23.85	<0.001
Homem trans	87	1	5.36	0.74	38.66	0.096	7.06	0.97	51.18	0.053
<b>Raça/cor</b>										
Não-negros	21629	152	Referência	-	-	-	Referência	-	-	-
Negros	40991	326	1.14	0.94	1.38	0.184	1.18	0.91	1.53	0.208
<b>Situação conjugal</b>										
Outros	21461	114	Referência	-	-	-	-	-	-	-
Solteiro	25649	171	1.26	0.99	1.60	0.056	-	-	-	-
<b>Deficiências físicas e mentais</b>										
Não	78325	608	Referência	-	-	-	-	-	-	-
Sim	1853	17	1.24	0.77	2.01	0.376	-	-	-	-
<b>Transtornos mentais e comportamentais</b>										
Não	76350	585	Referência	-	-	-	Referência	-	-	-
Sim	3828	40	1.53	1.11	2.11	0.009	1.20	0.77	1.89	0.417
<b>Cronicidade</b>										
Não	77159	601	Referência	-	-	-	-	-	-	-
Sim	3019	24	1.02	0.68	1.54	0.908	-	-	-	-
<b>Encaminhamentos para as redes de atenção</b>										
Não	17545	184	Referência	-	-	-	Referência	-	-	-
Sim	62633	441	0.67	0.57	0.80	<0.001	0.57	0.44	0.74	<0.001

Fonte: O autor, 2024.

Legenda: HRb: Hazard Ratio bruto; HRa: Hazard Ratio ajustado; LI: Limite Inferior do Intervalo de Confiança a 95%; LS: Limite Superior do Intervalo de Confiança a 95%;

\*Estratificado por Situação Conjugal.

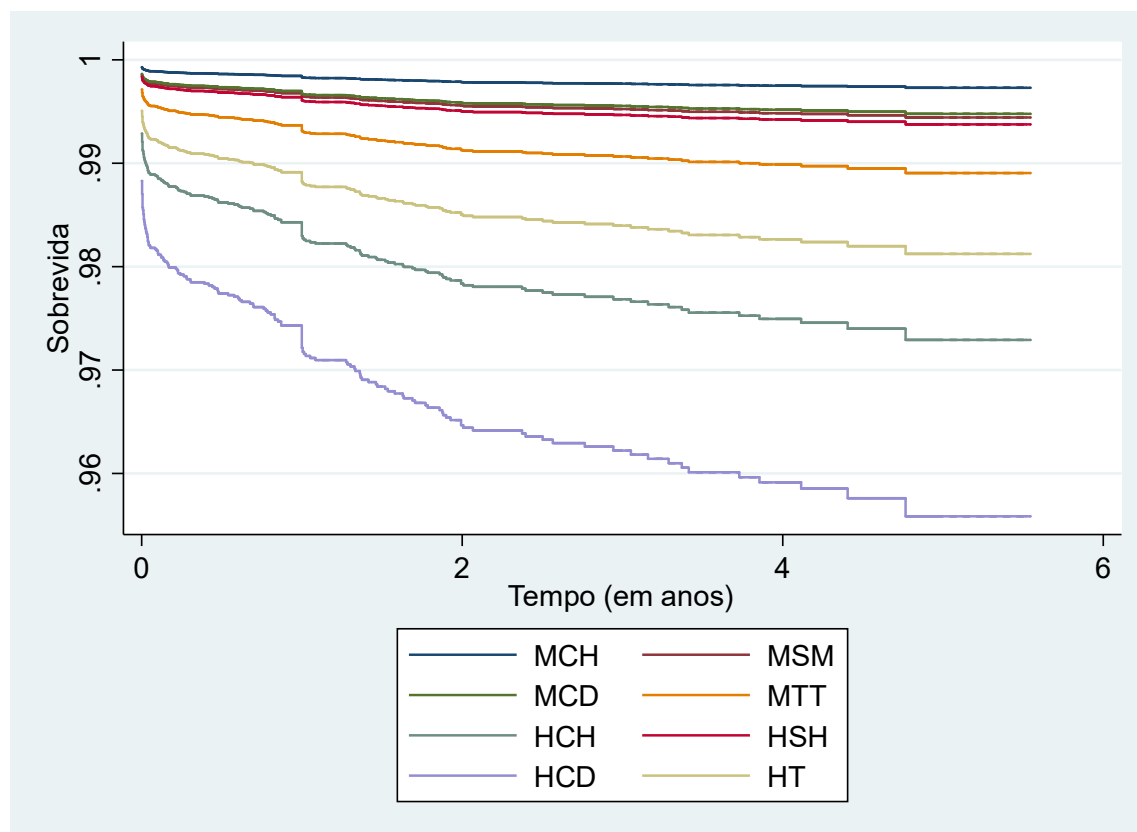
Figura 8 - Forest Plot dos Hazard Ratios ajustados e estratificados por situação conjugal na análise de sobrevivência para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), de 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020. Rio de Janeiro, 2015-2020.



Fonte: O autor, 2024.

Referência: Mulher cisgênero heterossexual

Figura 9 - Curva de sobrevivência ajustada para mortalidade por causa violenta na coorte de notificações de violência no município do Rio de Janeiro (RJ), segundo grupos populacionais de interesse. Rio de Janeiro, 15 de junho de 2015 a 31 de dezembro de 2020



Fonte: O autor, 2024.

Legenda:

MCH	Mulher cisgênero heterossexual
MSM	Mulher que faz sexo com mulher
MCD	Mulher cisgênero com orientação sexual desconhecida
MTT	Travesti e mulher trans
HCH	Homem cisgênero heterossexual
HSH	Homem que faz sexo com homem
HCD	Homem cisgênero com orientação sexual desconhecida
HT	Homem trans

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Análise da acurácia, potencialidades e limitações do relacionamento probabilístico

Os principais resultados desta seção se concentram em apontar a viabilidade e a boa acurácia da realização do relacionamento probabilístico de dados entre os bancos do SINAN de violência interpessoal e autoprovocada e o SIM. Demonstrem também os limites analíticos da mortalidade em função da orientação sexual e da identidade de gênero. Guardando certo pioneirismo, já que a técnica de relacionamento de dados é utilizada de modo mais frequente em condições de saúde sem levar em consideração a essas duas variáveis, estes resultados contribuem significativamente para superar importantes lacunas sobre o tema no Brasil. A determinação de uma estratégia de *linkage*, com parâmetros parcimoniosos para a identificação de pares verdadeiros e falsos, tende a contribuir para a utilização da técnica no cotidiano dos serviços de saúde e na produção acadêmica sobre este tópico, ainda considerado como área escassa no conhecimento produzido no Brasil e no mundo.

Ao adotar rotinas de pré-processamento e considerar o tempo de relacionamento em função do número de pares verdadeiros detectados, o reconhecimento das melhores estratégias de blocagem e processamento constitui um avanço para a adoção sistemática deste método no cotidiano dos serviços, especialmente ao considerar a orientação sexual e identidade de gênero como variáveis de exposição em futuras análises. Estes procedimentos resultaram em uma taxa de detecção de pares verdadeiros com proporções superiores às encontradas em outras investigações cuja variável desfecho foi o registro de morte no SIM. Estudo que relacionou os dados do SINAN de tuberculose encontrou taxa pares verdadeiros de 19,5%,(Oliveira *et al.*, 2016) enquanto em análise baseada no Social Benefits National Registry (Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal—CadU), a taxa foi de 16,5%,(Coeli *et al.*, 2021) por exemplo.

Por outro lado, é importante frisar que estamos diante de chaves de ligação ligeiramente distintas entre essas investigações. Neste artigo, as chaves de vinculação se restringiram às variáveis “nome”, “data de nascimento” e “nome da mãe”. Ainda que o município de residência seja tradicionalmente utilizado em relacionamentos probabilísticos, no caso específico do nosso estudo, foi considerado que esta variável poderia trazer mais elementos de incerteza do que de solução. Isso porque ao desejar alcançar grupos como

travestis e mulheres trans, bem como pessoas reconhecidamente vítimas de violências, em função da base populacional utilizada, é especialmente importante considerar a possibilidade de mudanças constantes de endereços ao longo do tempo em função de estigmas e da própria estrutura de violências que as cercam.(Veroneze, 2022) Tem sido consenso na produção brasileira que a instabilidade habitacional é um fator presente na vida de parte significativa de travestis e mulheres trans.(Grinsztejn *et al.*, 2017; Rafael *et al.*, 2021) Essas distinções nas estratégias de relacionamento probabilístico de dados podem auxiliar a explicar as diferenças na detecção de pares verdadeiros entre os estudos.

Complementando esta análise, a definição de um ponto de corte nos escores do relacionamento probabilístico de dados constitui-se como outro aspecto importante para o avanço na adoção desta técnica em análises tanto por serviços de vigilância em saúde quanto pelos setores acadêmicos. Reconhecendo o ponto de corte, a fase de revisão manual dos pares tende a ser mais eficiente, (Peres *et al.*, 2014; Rebora *et al.*, 2023) reduzindo significativamente o tempo de processamento e melhorando a acurácia em futuros relacionamentos de dados. Nota-se que a adoção de scores  $\geq 17,9$  reduziu 56,16% dos pares a serem revisados, sendo 90,04% dos pares verdadeiramente negativos. Em outras palavras, com uma especificidade elevada ( $>90,00\%$ ) e com a perda de apenas 25 pares verdadeiros, erroneamente classificados como falsos (sensibilidade de 98,46%), a estratégia demonstrou excelentes propriedades, elementos compatíveis com outras estratégias de linkage realizadas com conjuntos de dados brasileiros.(Coeli *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2016) Além disso, ao incorporar os óbitos na base de vinculação do SINAN, nota-se que os graus de concordância do indicador Kappa são elevados e próximos de 1 em todas as variáveis de interesse deste estudo, revelando que a adoção de um ponto de corte mais elevado ( $\geq 17,9$ ) não implica em perdas para análises futuras.

No entanto, ainda que a utilização do método seja promissora na análise de mortalidade em função da orientação sexual e da identidade de gênero, cautelas são necessárias. Embora a qualidade de preenchimento do SINAN tenha melhorado ao longo dos anos, (Pinto *et al.*, 2020) notadamente, o presente estudo identificou que a orientação sexual não foi informada (ou seja, foi preenchida como “não sabe” ou “ignorado”) em 44,45% dos casos. Situação similar pode ser observada quanto a “raça/cor”, “estado conjugal” e, de modo ainda mais acentuado, quanto a variável “tempo de escolaridade”.

A qualidade e a completude de informações nos sistemas de informações em saúde brasileiros têm sido um desafio constante e antigo para pesquisadores e gestores da saúde, uma vez que a omissão desses dados compromete sobremaneira a capacidade analítica e a

formulação de políticas públicas.(Correia; Padilha; Vasconcelos, 2014; Flanagin *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2022) Por serem variáveis constantemente e reconhecidamente associadas às assimetrias e iniquidades em saúde,(Alcântara *et al.*, 2022; Castro *et al.*, 2019; Cobo; Cruz; Dick, 2021; Evedove *et al.*, 2021; Malta *et al.*, 2021) sua omissão nos modelos analíticos, quer seja como variável confundidora ou, em alguns casos, como variável de exposição, podem produzir enviesamentos importantes na produção de conhecimento sobre o tema. Nessa toada, refletir sobre estratégias de sensibilização profissional para a incorporação destas práticas de questionamento sensível e atento aos usuários, bem como de tomada de consciência de que esses fatores são preponderantes para a construção de ações em saúde, são elementos de urgência na atualidade.

Cuidado especial também deve ser tomado em relação à classificação da variável “identidade de gênero”. Embora apresente a totalidade de respostas, a metodologia de classificação da população cisgênero no SINAN precisa ser profundamente relativizada, uma vez que a ficha utilizada no sistema leva somente em consideração os registros de travestis, mulheres trans e homens trans.(Ministério da Saúde, 2016) Em outras palavras, são consideradas cisgênero as pessoas que não tiveram o registro no formulário, ou melhor, que tenham registro “desconhecido” (representado na ficha pelas opções “não sabe” ou “ignorado”).

Por outro lado, as pessoas não-cisgênero que não tenham relatado sua verdadeira identidade ou sequer tenham sido questionadas sobre ela, bem como pessoas não-binárias, cuja identidade sequer é possível de ser registrada, também terão registro “desconhecido”. Esse cenário sacrifica especialmente a propriedade de sensibilidade do instrumento e, por sua vez, em análises de mortalidade é possível que ocorra uma invasão de óbitos para pessoas cisgênero, resultando, em uma aproximação potencialmente equivocada dos riscos entre pessoas cisgênero e travestis, mulheres trans e homens trans.(Rafael *et al.*, 2023)

É provável que o número de óbitos em travestis e pessoas trans seja maior do que foi capturado no processo de *linkage*, resultando em um viés de classificação. Enquanto homens e mulheres cisgênero têm o seu nome estabelecido de modo passivo, ou seja, durante o nascimento,(Mota *et al.*, 2022) pessoas trans e não-binárias se envolvem ativamente na escolha deste nome e ainda enfrentam importantes barreiras burocráticas para conseguir compatibilizá-lo com a sua identidade.(Rafael *et al.*, 2023c) Assim, ao considerar o óbito como variável tempo-dependente, é possível que o nome registrado no formulário de notificação, o nome de registro civil (nome atribuído a nascimento),(Ministério da Saúde, 2016) possa ser modificado até o momento da morte. Assim, nestes casos, o óbito não será



atribuído à pessoa, resultando em um falso negativo e, mais uma vez, aproximando os riscos entre pessoas cisgênero e pessoas transgênero.

Além dos limites já expostos e que devem ser levados em consideração no momento das interpretações de relacionamentos probabilísticos com estes conjuntos de dados, é preciso considerar um importante viés de seleção em futuras análises. Ao selecionar a única base que contém informações sobre orientação sexual e identidade de gênero, o SINAN de violência interpessoal e autoprovocada, apreendemos de modo parcial as informações reais vividas pela população. Isso porque nem todas as pessoas sofrem violências e nem todas as pessoas que sofrem violência serão notificadas pelos serviços de saúde.

Estudos têm apontado diferenças substanciais nas prevalências de violências entre os inquéritos primários e os resultados obtidos pelo SINAN.(Leite *et al.*, 2023; Lima *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2017) Um notável exemplo dessas diferenças é o fato de os inquéritos apontarem a violência psicológica como a mais prevalente,(Rafael *et al.*, 2023d) enquanto os dados do SINAN sinalizam a violência física como sendo a de maior magnitude dos eventos violentos.(Pinto *et al.*, 2020) Essa diferença pode estar associada à própria compreensão dos profissionais de saúde sobre o que vem a ser o fenômeno das violências, assim como à interpretação de quais são as violências dignas de relatos e quais não são, já que as noções sobre este fenômeno são influenciadas pelas conformações sociohistóricas da sociedade.(Krug *et al.*, 2002)

Em outras palavras, a cultura, os valores e a estrutura social afetam diretamente como as pessoas percebem o que é e o que não é considerado como violência, bem como produzem uma espécie de estratificação de quais violências são mais violentas que outras e, conseqüentemente, aquelas que são dignas de relato imediato e aquelas que não apresentam urgência de serem registradas.(Butler, 2004) Assim, violências físicas e sexuais, bem como os casos que ameaçam iminentemente a vida, são potencialmente mais notificadas que as demais. Esse viés de informação acaba por gerar resultados do SINAN que são distintos da realidade estimada por inquéritos. Neste contexto, análises oriundas de linkage cuja base populacional seja a partir do SINAN devem ser interpretadas com cautela, uma vez que os registros se referem a uma população submetida a contextos específicos e muitas vezes distintos daqueles observados na população geral.

Corroborando para as especificidades da população registrada no SINAN, são abundantes os estudos que demonstram que a população LGBTQ+ enfrenta profundas barreiras no acesso aos serviços de saúde(Scheim *et al.*, 2021; Tran *et al.*, 2023), especialmente no nível da Atenção Primária à Saúde, *locus* privilegiado para a notificação de

violências.(Mendonça *et al.*, 2020) Um estudo realizado no município do Rio de Janeiro e adjacências mostrou que 43,89% das travestis e mulheres trans pesquisadas não estavam matriculadas em unidades de Atenção Primária, e mesmo aquelas que tinham algum acesso, os níveis de utilização dos serviços eram baixos em comparação com a população geral.(Rafael *et al.*, 2023b) Situação similar foi observada em um Respondent Driven Sampling realizado em Salvador, Recife e Fortaleza.(Leite *et al.*, 2021) Consequentemente, os resultados provenientes de análises a partir do linkage probabilístico com este conjunto de dados estão potencialmente subestimados em relação aos impostos pelo fenômeno das violências e, consequentemente, a base populacional pode ser relativamente distinta da realidade deste grupo.

Deste modo, as interpretações encontradas em análises oriundas da técnica de linkage com este conjunto de dados devem sempre considerar a subnumeração de óbitos em relação à identidade de gênero e à orientação sexual e, consequentemente, a subestimação dos riscos destes grupos populacionais. Em outras palavras, recomenda-se que os resultados a serem obtidos em análises provenientes de relacionamentos probabilísticos de dados sejam sempre interpretados como melhores que a realidade concreta.

Este viés seria contornado com a introdução nos sistemas de informação brasileiros de uma chave única de identificação(Rafael *et al.*, 2023c), tal como os números dos registros civis, o cadastro de pessoas físicas ou o cadastro nacional no sistema de saúde, bem como a introdução das variáveis “orientação sexual” e “identidade de gênero” em outros sistemas de coleta de dados, e não somente no SINAN de violências interpessoais e autoprovocadas.(Canavese *et al.*, 2022; Rafael *et al.*, 2023c) Até lá, ainda que com reconhecidas imprecisões e os limites analíticos, há de se estimular a realização de procedimentos de relacionamentos probabilísticos de dados com o objetivo de melhor conhecer as necessidades dos grupos populacionais, melhorar a técnica para a captura de informações sobre a população LGBTQ+ e, consequentemente, avançar na formulação de políticas públicas compatíveis com as necessidades deste grupo.

Deste modo, apesar das imprecisões produzidas pelo formato de coleta de dados das variáveis “identidade de gênero” e “orientação sexual”, a técnica de relacionamento probabilístico de dados constitui técnica importante e com elevado potencial de aplicação no cotidiano dos serviços de saúde. Com a identificação de possíveis estratégias de bloqueio e pareamento, bem como a partir da detecção do melhor ponto de corte dos escores de linkage, a técnica passa ter melhor usabilidade no cotidiano das pesquisas e do monitoramento dos serviços de vigilância em saúde.

## 5.2 A relação entre a orientação sexual e identidade de gênero como risco de morte por causas violentas

Esta seção trará ao debate, achados na literatura nacional e internacional que corroboram com os dados encontrados por este estudo, principalmente no que tange a análise de sobrevivência de pessoas com orientação sexual e identidade de gênero declaradas. Observamos por este estudo, que o risco de morte entre mulheres trans por causas violentas é quatro vezes maior quando comparado com o grupo de mulheres cisgênero heterossexual. E que o risco de morte por causas violentas de homens cisheterossexuais chega a ser dez vezes maior do que o grupo de mulheres cisgênero heterossexual. Por fim, a curva de sobrevivência apresentada demonstrou notória diminuição em relação ao tempo entre homens cisgênero heterossexuais, travestis e mulheres trans.

A violência é um fenômeno complexo, difuso e multicausal, enraizado em fatores sociais, culturais, políticos e econômicos, manifesta-se em práticas de diferentes níveis. Para Souza (2005), homens, tanto como agressores quanto como vítimas, são mais vulneráveis a esse evento. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres.

Pode-se observar, que a agressividade faz parte do constructo social de masculinidade, e que em sua maioria, o uso de álcool e outras drogas, o acesso facilitado a armas, tempo de escolaridade inferior a 8 anos, faixa etária de 19-29 anos, raça/cor negra, são componentes presentes na ocorrência de mortes por violência. É o que aponta os dados da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNSISH, 2008). Por fim, conclui que, a banalização da violência, tanto no espaço público quanto doméstico, torna-se crucial na abordagem explícita de comportamentos violentos, independentemente do gênero envolvido.

Para a PNSISH, o desafio está na abordagem sistêmica da violência, desafiando a visão essencializado do homem como agressor “por natureza/biológica”, e busca por intervenções pautadas na prevenção dos eventos. A compreensão ampla da violência é fundamental para explorar os indicadores de morbimortalidade masculina por causas externas, dos quais estão inclusos os acidentes, agressões e suicídios (PNSISH,2008).

Em 2014, mesmo após a implementação da PNSISH, as causas externas representaram a principal causa de mortalidade masculina. Destaca-se para a faixa etária com 54% entre os homens de 20-29 anos. As mortes devido a agressão por arma de fogo ou de arma não especificada representaram 29.297 obitos sendo 95% em homens com a mesma faixa etária (Brasil, 2015).

Em um estudo, realizado na Inglaterra através de uma coorte de base populacional (n=139.486), entre 1988 a 2019, teve como objetivo geral estimar a mortalidade geral e por causas específicas entre pessoas transgêneros e cisgêneros. Entre seus resultados, a coorte constituiu em 1.951 transfemininas (1.801 brancas [92,3%]) e 1.364 indivíduos transmasculinos (1.235 brancos [90,4%]) pareados com 68.165 homens cisgêneros (59.136 brancos [86,8%]) e 68.004 mulheres cisgênero (57.762 brancas [84,9%]). Os adultos transmasculinos eram mais jovens (idade média 29,20 [0,36] anos) entre os grupos. O estudo encontrou taxa de mortalidade de 528,11 mortes por 100.000 habitantes/ano entre pessoas transfemininas e 325,86 mortes em pessoas transmasculinas. O grupo de homens e mulheres cisgênero apresentaram taxas menores, ambas com 315,32 e 260,61 mortes por 100.000 habitantes/ano, respectivamente. É possível observar também que pessoas transfeminina tiveram menor mortalidade por câncer (0,52; IC 95%, 0,32-0,83) e maior mortalidade por causas externas (1,92; IC 95%, 1,05-3,50) quando comparado ao grupo de mulheres cisgênero (Jackson *et. al.*, 2023).

No sul da Suécia, foi realizado um outro estudo que teve como objetivo investigar as associações entre orientação sexual e mortalidade por todas as causas. Utilizando o inquérito de saúde pública de 2008 (n=25.071), os autores relacionaram os dados com o registro nacional de causas de morte da Suécia, a mortalidade foi acompanhada prospectivamente até o ano 2017 ou até a ocorrência do desfecho. Através do linkage determinístico, foi possível calcular a taxa de risco (HR), IC 95%, e mortalidade estimada em modelo de sobrevivência múltipla (regressão de cox). Dentre os achados, homens e mulheres bissexuais apresentaram maior mortalidade em comparação ao grupo de heterossexuais, ambas com HR 1,91(1,10-3,30) e 3,18 (1,64-6,18) (Lindström, Rosvall., 2020).

Já nos Estados Unidos, um estudo que se debruçou a investigar as disparidades de mortalidade entre adultos de minorias sexuais, utilizou dados de 24.384 entrevistados para a Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição no período de 1999 a 2014. Os autores, relacionaram os dados com arquivos de mortalidade do Índice Nacional de Mortes do país para obtenção dos seus achados. Sendo observados, risco de mortalidade expressiva entre mulheres de minorias sexuais, com estimativas que variam de 2,0 (IC 95%: 1,3-3,2) a

2,1(IC95%:1,4-3,3), quando comparadas em mulheres de não-minorias sexuais (Laughney, Eliason., 2021).

Os resultados obtidos por esta pesquisa, tornam-se inovadores no que tange a robustez dos dados da população estudada, isto é, minorias sexuais e pessoas transgênero. Sendo pioneiro ao divulgar informações de uma coorte que só pôde ser aferida a partir de 2015, com a implementação nacional das variáveis orientação sexual e identidade de gênero a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada do SINAN. Como resultado, é possível observar (figuras 3 e 4) a análise gráfica de sobrevivência por mortes violentas, representadas pela estimativa acumulada de risco de Nelson-Aalen e pela curva de Kaplan-Meier. Observa-se que o tempo de sobrevivência é menor em função dos grupos de travestis/pessoas trans, lésbicas, gays e bissexuais.

Entre as alternativas implementadas pelo Brasil para o enfrentamento do problema em questão, vale destacar, o Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito) realizado pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Dados do inquérito de 2017 revelam que foram registrados 48.532 atendimentos em 90 serviços sentinela em 23 capitais do estado e distrito federal. Destes, 91,1% (n=44.243) foram classificados como acidentes e 4.289 (8,9%) violências. Vale destacar, que as agressões e maus-tratos foram responsáveis por 7,9% dos casos (Brasil, 2017).

Outros dados que se fazem relevante no inquérito de 2017 são as caracterizações dos atendimentos por lesões autoprovocadas e violência intrafamiliar. O relatório evidencia que as vítimas de automutilação (autoflagelo) são caracterizadas pelo sexo feminino (51,2%), com idade entre 20 a 39 anos (50,2%), da cor parda (47,5%) e com escolaridade menor que 8 anos de estudo (42,0%). Já as vítimas de violência intrafamiliar, destaca-se para, o percentual de atendimentos na capital carioca (29,9%) e na disparidade de ocorrência entre o sexo feminino e masculino, 50,8% e 16,8%, respectivamente. Destaca-se para a maior ocorrência de casos entre a faixa de 0 a 9 (68,0%) anos de idade (Brasil, 2017).

Ao analisar prevalência de violência, ocorrida com o grupo de LGBTQIA+ no Estado do Rio de Janeiro a partir de 2015, é possível observar alguns estudos que se esforçam para se aproximar da magnitude do problema em questão, como é o exemplo do estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, que teve com o objetivo geral avaliar a orientação sexual como fator de risco para mortalidade por causas violentas, dentre seus resultados, 72% (n=23.002) da população do estudo sofreu alguma forma de violência física seguida de 28% de violência psicológica (Carvalho, 2021).

Em um outro estudo, de método ecológico, que buscou analisar a tendência e a espacialização das violências contra populações vulneráveis no território brasileiro entre 2009 e 2017, demonstrou que a tipologia da violência predominante foram as físicas e psicológicas. O sexo feminino correspondeu ao maior número de ocorrência, seguida da população preta ou parda e da população LGBT. Destaca-se para o predomínio da violência física na população LGBT com 83% (n=12.113) seguida de 34% (n=6.191) para as psicológicas. Também foi possível observar para a centralidade da ocorrência das violências LGBTs nas regiões centro-oeste e sudeste do Brasil, ambas com 2,2% dos casos notificados. (Soares, Guimarães, Bonfada, 2021).

Dados do perfil das notificações de violência em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no SINAN, de 2015 a 2017, revelam que 53,5% (n=24.564) das ocorrências pertenciam ao grupo de homossexuais/bissexuais cisgênero, 35,1% (n= 8.613) travestis e transexuais com ausência da orientação sexual, e por fim, 11,5% (n= 2.822) e transexuais de orientação homossexual/bissexual. Predominância para adultos (69,1%) e para raça/cor negra, chegando a 49,7% entre adolescente de 10 – 14 anos. Observa-se também, a tipologia das violências notificadas, sendo a física de maior frequência em todas as idades, chegando a 79,1% entre 20-59 anos. A violência sexual, correspondeu a 40,7% dos casos em adolescentes de 10-14 anos (Pinto *et. al.*, 2020).

Em um estudo realizado em Brasília, com o objetivo de determinar as características e fatores de vulnerabilidade ao HIV e a violências contra LGBT, revelou que na amostra composta por 159 participantes 80% se autodeclararam homens homossexuais e 38% como mulher lésbica, em sua modelagem multivariada, o desfecho violência apresentou associação significativa para os menores de 30 anos (Barco, Suamy, 2020).

Pode-se observar também, em um estudo que utilizou como base de dados a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, a análise da associação entre orientação sexual autodeclarada e a violência física, sexual e psicológica. Os resultados mostram que das 88.531 pessoas entrevistadas, 1,89% eram lésbicas, gays ou bissexuais, vale ressaltar, que o percentual é inferior ao preenchimento dos registros ignorados/em branco. Todas as tipologias da violência apresentam-se mais prevalentes em mulheres lésbicas e bissexuais, sendo a psicológica em 40,53% (IC95% 34,29–47,09), física 15,84% (IC95% 10,99–22,28) e sexual 5,50% (IC95% 3,23–9,20) (Vasconcelos, *et. al.*, 2023).

As relações de violência quando analisadas em conjunto com as categorias sociodemográficas indicam o perfil da população do estudo, portanto, nota-se que os achados presentes neste estudo (Tabela 8) divergem dos apresentados na literatura no que tange a faixa

etária dos casos. Dois caminhos possíveis para a justificativa de tal fato encontram-se na exclusão dos registros em idade inferior a 19 anos e superior a 60 anos, limitando-se aos jovens e adultos e nos apontamentos da literatura para a predominância da violência sexual em crianças e adolescentes.

No presente estudo, a coorte formada pelo registro do SINAN e do SIM, identificou maior frequência dos casos entre 19 e 29 anos (Tabela 2). Esse dado traz à reflexão no que tange a expectativa de vida de travestis e mulheres transexuais. Segundo a Transgender Europe (TGEU) a idade estimada da população trans é de 35 anos, chegando a metade do valor da população geral. Tal organização relatou a ocorrência de 2.609 homicídios em pessoas trans. no período de 2008 a 2017 e classificou o Brasil como líder no ranking mundial de homicídio de pessoas travesti e transexuais, a 14 anos consecutivos (ANTRA, 2023).

A questão racial do estudo, que podem ser observadas nas tabelas 8 e 9, demonstram significância estatística do coeficiente da análise hierarquizada de sobrevida (Regressão de Cox) para mortalidade por causas violentas. Dentre a frequência da coorte acompanhada, o percentual de óbitos em negros foi maior nas duas estratificações (mortalidade geral e por causas específicas). Dados estes, que corroboram com os achados entre 2005 e 2015 no Brasil, onde são apontados o aumento de 18,2% de homicídios em pessoas negras (Cerqueira, *et al.*, 2017). O estigma racial sobreposto a discriminação de gêneros demonstraram ser um importante indicador para o aumento de vulnerabilidades.

Mesmo que escasso, os dados publicados para especificidade do grupo de minorias sexuais e pessoas trans, a escolaridade mostre-se como outro indicador de relevância. Vide, os dados publicados pela Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil, realizada em 2016, onde mostram que 60,2% dos estudantes LGBT se sentem inseguros no ambiente escolar em virtude de sua identidade sexual, quando referido a expressão de gênero, 42,8% relatam a mesma hostilidade (Lima, 2020). Neste sentido, reconhecemos que esses espaços, não favorecem os excluídos da normatividade patriarcal.

Com relação ao suicídio e a lesões autoprovocadas, dados secundários do Sistema Nacional de Notificação de Mortes Violentas (NVDRS) dos Estados Unidos (n= 2.209), mostrou que 24% (n= 530) dos jovens de 12 a 14 anos que morreram por suicídio eram LGBT, em seguida, os jovens de 25 a 29 anos com 8 % (n= 176) autodeclarados LGBT. O estudo teve como objeto explorar a variabilidade das circunstâncias em torno das mortes por suicídio entre jovens e adultos por categoria de identidade sexual e de gênero. Por fim, conclui-se que a disparidade entre suicídios entre LGBT e não-LGBT é maior em idades mais jovens (Ream, 2019).

Dentre as limitações da análise, observam-se algumas lacunas possíveis de serem aferidas em desdobramentos de estudo futuros, estas são: a) acredita-se que o registro de causa básica do óbito e causas secundárias requerem análises aprofundadas afim de melhorar o registro de óbitos por causas violentas; b) o tempo de coorte, sendo limitado em cinco por este estudo; c) o relacionamento de mais bases de dados afim de melhorar a completude dos dados.

### **5.3 Implicações para a Enfermagem em Saúde Coletiva**

A última seção, foi destinada a reflexão crítica do processo de trabalho do qual se compõe este estudo. O serviço de vigilância em saúde e epidemiologia é composto por um sistema multiprofissional, e a enfermagem em saúde coletiva tem se apresentado como uma importante categoria para o aprimoramento do trabalho. Vale ressaltar, que um caso suspeito e/ou confirmado de um evento, a notificação deverá ser realizada em qualquer unidade de saúde, sendo um profissional da enfermagem ou não a realizar a notificação. Por tanto, a enfermagem, símbolo do cuidar e do vínculo ao paciente, torna-se pioneira ao olhar atento a possíveis adventos.

Nesse contexto, a informação tornara-se componente chave do cenário de trabalho, onde podemos perceber diversas áreas da ciência que necessitam de informação para tomada de decisão. O interesse em avaliar a qualidade da informação tem sido crescente entre os estudos com dados secundários de sistemas de informação. Para Paim (2005), os atributos de qualidade são inerentes ao produto-informação que ao serem tratados em termos precisos e identificáveis, podem ser mensurados e quantificados.

A completude é um desses atributos e resulta da inclusão de todos os dados necessários para responder a uma questão de determinado problema. No âmbito dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), essa dimensão é também denominada de completitude e pode ser entendida como “o grau em que os registros de um sistema de informação possuem valores não nulos.

Um estudo realizado com o objetivo de avaliar a qualidade do preenchimento das notificações compulsórias de violência no Brasil, 2011-2014, relata que a qualidade dos registros de notificações compulsórias no Brasil apresenta variação na precisão das informações, o que pode impactar estratégias para aprimorar a saúde da população. Apesar da



experiência extensa com os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no país, observa-se uma notável disparidade na completude das variáveis. Em particular, no contexto da violência, há um aumento nas notificações, mas a qualidade dos dados é comprometida.

O preenchimento mais preciso destaca-se em variáveis menos subjetivas, como "sexo" e "idade", evidenciando-se em estudos similares. Isso pode ser atribuído à natureza menos complexa do preenchimento dessas variáveis. No entanto, questões mais subjetivas, como "raça/cor da pele", revelam classificações de preenchimento regular e ruim, alinhando-se a pesquisas anteriores mencionadas.

Variáveis como "escolaridade" apresentam preenchimento ruim, indicando a necessidade de melhorar a coleta de informações socioeconômicas. Dados sobre a residência têm boa qualidade de preenchimento, essenciais para mapear locais de violência. Porém, o bloco referente aos dados do provável autor da violência mostra grau de incompletude ruim, dificultando a compreensão do perfil do agressor.

A falta de preenchimento de variáveis obrigatórias no Sinan destaca-se, apontando para possíveis deficiências no processo. A falta de conhecimento ou treinamento dos profissionais de saúde sobre a importância do preenchimento adequado é citada como uma limitação, afetando a coleta precisa de dados. Estudos dessa natureza contribuem para identificar inadequações estruturais nos instrumentos de coleta de dados; carência de treinamento dos operadores em decorrência de atualizações do sistema de informação; revisão de documentos técnicos referentes à classificação de variáveis, entre outras. Podem ainda, se constituir em estratégias para melhoria da qualidade dos dados e informações, ao estimular o uso integrado de bancos de dados, possibilitando o resgate de informações incompletas ou inconsistentes.

Apesar dos avanços tecnológicos, destaca-se a importância de gestores interessados na manutenção dos SIS e na capacitação contínua dos profissionais de saúde para garantir notificações completas como um instrumento eficaz no tratamento de doenças.

Em um estudo sobre a incompletude dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) no Rio Grande do Sul de 2000 a 2019, constatou-se que houve 146.882 óbitos por causas externas (CEs), representando 9,5% das mortes no período. A análise revelou excelente integridade nos dados de sexo, idade, local de óbito e raça/cor da pele para todas as causas de óbito, exceto para escolaridade, que apresentou desempenho inferior, com alta incompletude em 2019, variando de 26,0% a 38,8% para diferentes causas de morte, como quedas e acidentes de transporte (Barbosa *et al.*, 2023).

Ressalta-se que a classificação inicial de campos como indispensáveis, essenciais ou secundários pelo Ministério da Saúde, embora tenha sido alterada em 2001 para recomendar o preenchimento de todas as variáveis, pode ter influenciado a percepção equivocada entre os profissionais de saúde, afetando a completude dos dados.

Um estudo no Rio Grande do Norte em 2013 indicou conhecimento insatisfatório sobre o preenchimento da Declaração de Óbito (DO) entre médicos, professores, residentes e estudantes de medicina, destacando a necessidade de capacitação ao longo da formação acadêmica para garantir a integralidade das informações. Diante do exposto, é relevante destacar que informações precisas em saúde podem influenciar a eficácia das ações e serviços, sendo ferramentas cruciais contra desfechos evitáveis (Sousa *et al.*, 2020).

Portanto, conclui-se que a enfermagem em saúde coletiva possui ampla responsabilidade com a qualidade da informação, desde o aprimoramento dos instrumentos de coleta de dados ao treinamento técnico-científico de equipes de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante ao exposto, a violência nos dias atuais, pode ser considerada como um problema global de saúde. De causa multifatorial, e abrigando diversos fatores de risco, foi possível aferir pelo estudo, que o risco de morte entre mulheres trans por causas violentas é quatro vezes maior quando comparado com o grupo de mulheres cisgênero heterossexual e que o risco de morte por causas violentas de homens cisheterossexuais chega a ser dez vezes maior do que o grupo de mulheres cisgênero heterossexual. Assim como, observado na análise de sobrevivência (Regressão de Cox), menor sobrevivência em função do tempo para os grupos de homens cis heterossexual, travestis e pessoas trans.

As inovações encontradas por este estudo, o classificam como pioneiro ao divulgar informações do risco de morte de minorias sexuais e de gênero no Estado do Rio de Janeiro (2015-2020). Vale ressaltar, que a inserção das variáveis: orientação sexual e identidade a ficha nacional de notificação/investigação de violência interpessoal, completam dez anos em 2024, possibilitando novos estudo com tempo maior de observação entre exposição e desfecho.

As análises desenvolvidas pelo estudo, corroboram com a importância do surgimento de novos estudos estatísticos com análises a luz da orientação sexual e identidade de gênero. É o exemplo da investigação do censo demográfico brasileiro (IBGE), que enfrenta disputas políticas, morais e ideológicas para averiguação das questões referente a sexualidade e identidade de gênero de seus cidadãos.

É importante destacar, que representantes da sociedade civil como as entidades da ANTRA e RedeTrans Brasil, seguem coletando dados de mortalidade na população de travestis e mulheres trans, as difusões dos seus achados somam-se categoricamente com os resultados obtidos por este estudo.

O poder de mudança social é possível com a premissa de que o conhecimento e a informação sejam incorporados por todos, principalmente para aqueles onde a realidade social não é um espaço favorável para a vida. O empoderamento e fortalecimento da comunidade LGBTQIA+ mostra-se como uma importante ferramenta na resistência das iniquidades sociais. Espera-se que os resultados obtidos por esse estudo, possam instigar pesquisadores e pesquisadoras, LGBTs e não LGBT, a se incomodarem com o cenário inseguro de vida dessa população. Rebelar-se é preciso.

## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, D. C. *et al.* Intersectionality and transsexuality in the process of discrimination: an integrative review. **Revista Enfermagem UERJ**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. e66665, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1417107/e66665-interseccionalidade-e-transexualidade-diagramado-eng.pdf> acessado em 15 de dez. de 2023.
- BARCO, Suamy Daniela Cepeda. Fatores de vulnerabilidade ao HIV e violência entre pessoas LGBT do Distrito Federal e Rio de Janeiro. 2020. Disponível em [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB\\_c534f5aa77c3dc78b92bd0e5d104c187/Description](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_c534f5aa77c3dc78b92bd0e5d104c187/Description) acessado em 20 de jun. de 2023.
- BENEVIDES, Bruna G; NOGUEIRA, Sayonara N. B. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020. Disponível em <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2023/01/dossieantra2023.pdf> acessado em 16 nov. de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf) acessado em 05 de jan. de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SINAN-RJ. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/site/Conteudo/Vigilancia.aspx?Area=ASINFO>.
- BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal:Centro Gráfico, 1988.
- BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, p. 126-150, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/NkpLbcXZf5mPHkHrksGGXnf/abstract/?lang=pt> acessado em 04 de jan. de 2024.
- BUFFARA, Júlia Maria Milanese. Conceitos sobre gênero e diversidade: um desafio para a sociedade e o direito. 2022. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ref/a/nFP7RcFDvhtNjCvy9GmrH9q/> acessado em 04 de jan. de 2024.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- BUTLER, J. **Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence**. London: Verso, 2004.
- CANAVESE, D. *et al.* A call for the urgent and definitive inclusion of gender identity and sexual orientation data in the Brazilian health information systems: what can we learn from the monkeypox outbreak?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 11, p. 4191–4194, 2022. Disponível em

<https://www.scielo.br/j/csc/a/MXkL3NDTbwrLm4g7pjsYGrz/?format=pdf&lang=en>  
acessado 15 de jan. 2024.

CASTRO, C. M. S. *et al.* Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 11, p. 4153–4162, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/b5vm8LHcnpZ4rdRQwkRKkgL/abstract/?lang=pt> acessado em 16 de jan. 2024.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 9, p. 4021–4032, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHDVj/abstract/?lang=pt> acessado em 05 de jan de 2024.

COELI, C. M. *et al.* Record linkage under suboptimal conditions for data-intensive evaluation of primary care in Rio de Janeiro, Brazil. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 190, 2021. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34130670/> acessado em 29 de nov. de 2023.

COLLING, Leandro; ARRUDA, Murilo; NONATO, Murillo. Perfechatividades de gênero: a contribuição das fechativas e afeminadas à teoria da performatividade de gênero. **cadernos pagu**, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cpa/a/nnMNWqQW7tjNCP9Kn9tgYJf/abstract/?lang=pt> acessado em 12 de dez. de 2023.

CORREIA, L. O. dos S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 4467–4478, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/HGyrfBHWLXMd3mz74HCcvpy/abstract/?lang=pt> acessado 14 de out. de 2024.

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

EVEDOVE, A. U. D. *et al.* Mudança na situação conjugal e incidência de comportamentos de proteção à saúde em adultos com 40 anos ou mais: estudo VigiCardio (2011-2015). **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 433–443, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/FNTnD8shyvQ7FHTwgJCZLzM/abstract/?lang=pt> acessado 18 de jan de 2024.

FLANAGIN, A. *et al.* The Reporting of Race and Ethnicity in Medical and Science Journals. **JAMA**, [s. l.], v. 325, n. 11, p. 1049, 2021. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2776936> acessado em 20 de jan de 2024.

FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade I: a vontade de saber. São Paulo: Graal, 2005.

GARCÍA-MORENO, Claudia *et al.* Estimativas globais e regionais de violência contra as mulheres: prevalência e efeitos na saúde da violência por parceiro íntimo e violência sexual

por não parceiro . **Organização Mundial da Saúde**, 2013. Disponível em <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-viol%C3%Aancia> acessado 14 de jul. 2023.

GOERGEN, Pedro L. Cultura e formação: a ideia de formação humana na sociedade contemporânea. **Pro-Posições**, v. 30, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pp/a/DKNPcT3ZVd3T67p9tXHWXwQ/abstract/?lang=pt> acessado em 15 de set. 2023.

GRADIM, Clícia Valim Côrtes; SOUSA, Ana Maria Magalhães; LOBO, Juliana Magalhães. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2007. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/9826> acessado 16 de fev. de 2024.

GRINSZTEJN, B. *et al.* Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. **The Lancet HIV**, [s. l.], v. 4, n. 4, p. e169–e176, 2017. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28188030/> acessado 20 de jan de 2024.

HUGHES LD, King WM, Gamarel KE, Geronimus AT, Panagiotou OA, Hughto JMW. Differences in All-Cause Mortality Among Transgender and Non-Transgender People Enrolled in Private Insurance. *Demography*. 2022 Jun 1;59(3):1023-1043. doi: 10.1215/00703370-9942002. PMID: 35548863; PMCID: PMC9195044. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35548863/> acessado 21 de Jan. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2022. [internet], 2022. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=destaques> acessado em 24 Set 2022.

JACKSON SS, Brown J, Pfeiffer RM, Shrewsbury D, O'Callaghan S, Berner AM, Gadalla SM, Shiels MS. Analysis of Mortality Among Transgender and Gender Diverse Adults in England. *JAMA Netw Open*. 2023 Jan 3;6(1):e2253687. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.53687. PMID: 36716027; PMCID: PMC9887492. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2800814#:~:text=This%20cohort%20study%20found%20that,%25%2C%20compared%20with%20cisgender%20people.> Acessado 01 de Jan 2024.

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: [s. n.], 2002. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615> acessado 24 de nov 2023.

LINDSTRÖM M, Rosvall M. Sexual orientation and all-cause mortality: A population-based prospective cohort study in southern Sweden. *Public Health Pract (Oxf)*. 2020 Jul 12;1:100032. doi: 10.1016/j.puhip.2020.100032. PMID: 36101682; PMCID: PMC9461313. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666535220300318> acessado 25 de Jan 2024.

LAUGHNEY CI, Eliason EL. Mortality Disparities Among Sexual Minority Adults in the United States. *LGBT Health*. 2022 Jan;9(1):27-33. doi: 10.1089/lgbt.2020.0482. Epub 2021 Oct 25. PMID: 34698549. Disponível em <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/lgbt.2020.0482?journalCode=lgbt#:~:text=Deat>

hs%20occurred%20among%205.3%25%20of,minority%20females%20(Table%202).  
Acessado 18 de Jan 2024.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-posições**, v. 19, n. 2, p. 17-23, 2008. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pp/a/fZwcZDzPFNctPLxjzSgYvVC/?format=pdf&lang=pt> acessado em 24 de Jan 2024.

LIMA, Tatiane. Educação básica e o acesso de transexuais e travestis à educação superior. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, p. 70-87, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pp/a/fZwcZDzPFNctPLxjzSgYvVC/?format=pdf&lang=pt> acessado em 24 de Jan 2024.

LEITE, F. M. C. *et al.* Análise dos casos de violência interpessoal contra mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, 2023. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pp/a/fZwcZDzPFNctPLxjzSgYvVC/?format=pdf&lang=pt> acessado em 14 de Jan 2024.

LEITE, B. O. *et al.* Association between gender-based discrimination and medical visits and HIV testing in a large sample of transgender women in northeast Brazil. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 199, 2021.

LIMA, V. M. da F. *et al.* Characterization and completeness of notification sheet of violence against the older adults in Niterói-RJ, 2011-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 32, n. 1, 2023. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pp/a/fZwcZDzPFNctPLxjzSgYvVC/?format=pdf&lang=pt> acessado em 26 de Jan 2024.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J. Health Inform.*, v.2, n. 1, p. 20-4, 2010. Disponível em <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4> acessado 18 de Jan 2024

MEDRONHO, R.A. *et al.* *Epidemiologia*. 2a . ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006, pp. 323-341.

MISKOLCI, Richard. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**, p. 150-182, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/soc/a/BkRJy9GszMddwqpncrJvdn/?format=pdf&lang=pt> acessado 05 de Fev 2024.

MALTA, D. C. *et al.* Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: National Health Survey, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 24, n. suppl 2, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZRMgDg8DVvCKmkQC44WB7nH/> acessado 05 de Jan 2024.

MENDONÇA, C. S. *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 2247–2257, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível

<https://www.scielo.br/j/csc/a/5GyqvZVTTXQLnSbVwcZ6QvL/?lang=pt> acessado 05 Jan 2024.

MOTA, M. *et al.* “Clara, esta sou eu!” Nome, acesso à saúde e sofrimento social entre pessoas transgênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 26, 2022. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/LBHRScphPKRNvQp9xdwZ9vQ/> acessado 15 Jan 2024.

OLIVEIRA, G. P. de *et al.* Accuracy of probabilistic and deterministic record linkage: the case of tuberculosis. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 50, n. 0, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JPcBN9XKMb9JMxPL3JGZjcR/?lang=en> acessado 18 Jan 2024.

OSMO, A. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saude Soc. São Paulo*, v.24, sup 1.1, p.205-218,2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpcTnz7YNJyMzjN/> acessado 20 Jan 2024.

PERES, S. V. *et al.* Determinação de um ponto de corte para a identificação de pares verdadeiros pelo método probabilístico de linkage de base de dados. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 428–436, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/CZf6T9qtZbCHj9xhJJ67WjP/abstract/?lang=pt> acessado 18 Jan 2024.

PINTO, Isabella Vitral *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YV7VvNY5WYLwx4636Hq9Z5r/abstract/?lang=pt> acessado 14 Jan 2024.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 129-135, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpcTnz7YNJyMzjN/> acessado 20 Jan 2024.

SIQUEIRA, Marcelo Costa. *Gestão Estratégica da Informação*. Rio de Janeiro: Brasport, 2005. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9PkdpcTnz7YNJyMzjN/> acessado 20 Jan 2024.

SOARES, J.R.T. *et al.* Violência comunitária vivenciada pela população de travestis e mulheres transexuais no Rio de Janeiro: estudo transversal. **Research, society and development**, v. 10, p. e30310414155, 2021. Disponível em [file:///C:/Users/casa/Downloads/14155-Article-183827-1-10-20210409%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/casa/Downloads/14155-Article-183827-1-10-20210409%20(2).pdf):

SOUSA, Cyntia Meneses de Sá *et al.* Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência-Brasil, 2011-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 477-487, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VXDRVF4cfrFKwk7rLNS3Yt/> acessado 15 Nov 2023.

REAM GL. What's Unique About Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth and Young Adult Suicides? Findings From the National Violent Death Reporting System. *J Adolesc Health*. 2019 May;64(5):602-607. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.10.303. Epub 2019



Jan 31. PMID: 30711364. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30711364/> acessado 19 de Dez 2023.

VIANA, N., SOARES, B.C., VIANA, N. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: SOARES, B.C., VIANA, N. (orgs.) Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2013. Disponível em <https://repositorio.usp.br/item/002331344> acessado 20 Jan 2024.

RAFAEL, R. de M. R. *et al.* Ensaio teórico-metodológico sobre validade da informação da identidade de gênero no monitoramento epidemiológico da violência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 57, 2023a. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xHRB3zZfZ58QYwTPQGwpVbF/?format=pdf&lang=pt> acessado em 20 Jan 2024.

RAFAEL, R. de M. R. *et al.* Fatores associados ao acesso à Atenção Primária à Saúde por travestis e mulheres trans do Rio de Janeiro. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, [s. l.], v. 16, n. 12, p. 33934–33956, 2023b. Disponível em <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3530> acessado 20 Jan 2024.

RAFAEL, R. de M. R. *et al.* Inclusão ou ilusão da identidade de gênero no país com o maior número de assassinatos de transgêneros: um ensaio crítico brasileiro. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 27, 2023c. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/FPZHqqNT4ST9TG9kBNqHJHb/#> acessado em 20 Jan 2024.

RAFAEL, R. de M. R. *et al.* Intimate Partner Violence Among Brazilian Trans and Cisgender Women Living with HIV or at HIV Risk During COVID-19 Era: Another Epidemic?. **Transgender Health**, [s. l.], 2023d. Disponível em <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2023.0057> acessado 20 Jan 2024.

RAFAEL, R. de M. R. *et al.* Prevalence and factors associated with suicidal behavior among trans women in Rio de Janeiro, Brazil. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 16, n. 10, p. e0259074, 2021. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34679106/> acessado em 22 Jan 2024.

REBORA, P. *et al.* Development and validation of an electronic database-based frailty index to predict mortality and hospitalization in a population-based study of adults with SARS-CoV-2. **Frontiers in Medicine**, [s. l.], v. 10, 2023. Disponível em <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2023.0057> acessado 20 Jan 2024.

SANTOS, R. V. *et al.* Cabem recomendações para usos de “raça” nas publicações em saúde? Um enfático “sim”, inclusive pelas implicações para as práticas antirracistas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 3, 2022. Disponível em <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2023.0057> acessado 20 Jan 2024.

SCHEIM, A. I. *et al.* Health care access among transgender and nonbinary people in Canada, 2019: a cross-sectional survey. **CMAJ Open**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. E1213–E1222, 2021. Disponível em <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/trgh.2023.0057> acessado 20 Jan 2024.

SILVA, M. M. A. da *et al.* Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 26, n. 1,

p. 183–194, 2017. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1679-49742017000100183&lng=pt&nrm=is](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742017000100183&lng=pt&nrm=is) acessado 18 Jan 2024.

TRAN, G. M. *et al.* Correlates of hazardous alcohol drinking among trans and non-binary people in Canada: A community-based cross-sectional study. **Drug and Alcohol Dependence**, [s. l.], v. 250, p. 110872, 2023. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37406573/> acessado 20 Jan 2024.

VERONEZE, R. T. Vulnerabilidades das travestis e das mulheres trans no contexto pandêmico. **Revista Katálysis**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 316–325, 2022. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rk/a/sbRXwBD8bHm9Q8cRrwZ4xBc/?format=pdf&lang=pt#:~:text=2021,-6&text=entre%20pessoas%20trans%20masculinas%2C%20femininas,%2C%20principalment e%2C%20no%20contexto%20pand%3%AAmico>. Acessado 22 Jan 2024.

## ANEXO A – Declaração de óbito

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I	Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito Hora
		3 Cartão SUS	4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)
		5 Nome do Falecido	6 Nome da Mãe
II	Residência	8 Data de nascimento	9 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado
		10 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela
III	Ocorrência	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorçado 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo
		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento
IV	Fetal ou menor que 1 ano	16 CEP	17 Bairro/Distrito Código
		18 Município de residência Código	19 UF
V	Condições e causas do óbito	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outros estabelec. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 9	21 Estabelecimento Código CNES
		22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento	23 CEP
VI	Médico	24 Bairro/Distrito Código	25 Município de ocorrência Código
		26 UF	27 Idade (anos) Nível
VII	Causas externas	28 Escolaridade (última série concluída) 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002
		30 Número de filhos vivos Nascidos vivos Perdas fetais/abortos	31 Nº de semanas de gestação
VIII	Cartório	32 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		34 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	35 Peso ao nascer Gramas
IX	Localid. S/ Médico	36 Número da Declaração de Nascimento Vivo	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 9 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos
		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
OBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		CID	
39 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	
39 CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		a) Devido ou como consequência de:	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		b) Devido ou como consequência de:	
		c) Devido ou como consequência de:	
		d) Devido ou como consequência de:	
VI	Médico	40 Nome do Médico	41 CRM
		42 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML
VII	Causas externas	44 Município e UF do SVO ou IML	45 Data do atestado
		46 Assinatura	47 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
VIII	Cartório	48 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 3 <input type="checkbox"/> Família Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Hospital 4 <input type="checkbox"/> Outra 9	49 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
		50 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO 51 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Código	52 Cartório Código
IX	Localid. S/ Médico	53 Cartório Código	54 Registro
		55 Data	56 Município Código
57 UF		58 Declarante	
59 Testemunhas A B			

## ANEXO B – Ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual						
	2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09						
	3	Data da notificação								
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)					
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros								
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9	Data da ocorrência da violência				
8	Unidade de Saúde		Código (CNES)							
Notificação Individual	10				Nome do paciente					
	11	Data de nascimento								
	12	(ou) Idade	13	Sexo	14	Gestante	15	Raça/Cor		
	16		Escolaridade							
	17	Número do Cartão SUS		18		Nome da mãe				
Dados de Residência	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)	21	Distrito			
	22	Bairro		23	Logradouro (rua, avenida,...)	Código				
	24	Número	25		Complemento (apto., casa, ...)	26	Geo campo 1			
	27	Geo campo 2		28		Ponto de Referência	29	CEP		
	30	(DDD) Telefone		31	Zona	32	País (se residente fora do Brasil)			
	<b>Dados Complementares</b>									
	Dados da Pessoa Atendida	33			Nome Social	34			Ocupação	
35								Situação conjugal / Estado civil		
36				Orientação Sexual	37				Identidade de gênero:	
38								Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		
Dados da Ocorrência	40				UF	41		Município de ocorrência		
	43				Bairro	44		Logradouro (rua, avenida,...)		
	45		Número	46		Complemento (apto., casa, ...)	47		Geo campo 3	
	49				Ponto de Referência	50		Zona		
	52				Local de ocorrência	53		Ocorreu outras vezes?		
	54				A lesão foi autoprovocada?					