

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISADORA LARA SANITÁ

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRAVESTIS QUE ATUAM
COMO PROFISSIONAIS DO SEXO**

UBERLÂNDIA-MG

2018

ISADORA LARA SANITA

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRAVESTIS QUE ATUAM
COMO PROFISSIONAIS DO SEXO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a Conclusão do Curso e obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Profa. Dr. Marcelle Ap. de Barros
Junqueira

Co-orientador: Enf. Lauro Ricardo Lima Santos

UBERLÂNDIA-MG

2018

ISADORA LARA SANITÁ

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM TRAVESTIS QUE ATUAM
COMO PROFISSIONAIS DO SEXO**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado
para conclusão do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Uberlândia e obtenção do título de Enfermeira,
pela banca examinadora, formada por:

Uberlândia, 04 julho de 2018.

Profa. Dr. Marcelle Ap. de Barros Junqueira

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser tão maravilhoso na minha vida e me proporcionar experiências de crescimento pessoal e espiritual.

Agradeço também pelas pessoas que ele coloca em meu caminho, e por todos que de certa forma me ajudaram a concretizar esse trabalho e o meu curso que sempre foi um sonho pra mim e sozinha eu jamais seria capaz de tamanho feito.

[...] Somos todas travestis
iguais em tudo e na sina:
de viver fora da rua,
fábricas e sesmarias,
de viver sem nossa mãe
quando esta ainda está viva,
de um dia ir parar
viva ou morta numa esquina,
e de enfim se questionar
sempre alguma vez na vida:
se não vale mais saltar
fora da ponte e da vida
do que viver travesti,
nunca ser reconhecida.

(Morte e Vida Travesti)

RESUMO

Este trabalho procura refletir sobre a problemática da prostituição travesti, considerando este fenômeno no âmbito dos transtornos mentais. **Objetivo:** Identificar sinais e sintomas de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre travestis profissionais do sexo da cidade de Uberlândia – MG. **Método:** Foi desenvolvido um estudo transversal, descritivo e de caráter quantitativo com 46 travestis profissionais do sexo de junho a dezembro de 2017. Para coleta de dados foi utilizado um questionário sobre informações sociodemográficas e o Self Report Questionnaire (SQR-20) que ao final faz-se uma somatória dos respectivos pontos e se o resultado for maior ou igual a sete, comprova-se algum transtorno mental para o entrevistado. **Resultados:** A idade das participantes variou de 18 a 44 anos, sendo a idade média de 24,3 anos. A minoria possui ensino médio completo (28,30%); sobre etnia a maioria (41,30%) consideram-se pardas; estado civil a maior parte (84,80%) são solteiras. De 46 travestis, 18 (39,13%) apresentaram resultado positivo para TMC. **Considerações:** Os resultados sobre TMC mesmo sendo negativo para a maioria das entrevistadas, não descarta que precisa haver mais medidas públicas de saúde e estudos sobre essa população.

Palavras-chave: Travestis; Profissionais do sexo; Transtornos mentais comuns.

ABSTRACT

This work seeks to reflect on the issue of transvestite prostitution, considering this phenomenon in the context of mental disorders. **Objective:** To identify signs and symptoms of Common Mental Disorders (CMD) among sex workers of the city of Uberlândia - MG. **Methods:** A cross-sectional, descriptive and quantitative study was carried out with 46 shemale sex workers from June to December 2017. For data collection, a questionnaire on sociodemographic information and the Self Report Questionnaire (SQR-20) that at the end is made a sum of the points and if the result is greater than or equal to seven, some mental disorder is verified for the interviewee. **Results:** The participants' ages ranged from 18 to 44 years, with the mean age being 24.3 years. The minority has completed secondary education (28.30%); on ethnicity the majority (41.30%) considerer themselves browns; Most civil status (84.80%) are single. Of 46 transvestites, 18 (39.13%) presented a positive result for TMC. **Considerations:** The results on TMC even though it is negative for most of the interviewees, does not rule out that there needs to be more public health measures and studies on this population.

Keywords: Transvestites; Sex workers; Common mental disorders

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1 Transtornos mentais comuns	14
2.2 Ansiedade	15
2.3 Depressão	16
2.4 Estresse	17
3. OBJETIVOS.....	19
4. MÉTODO	20
4.1 Delineamento.....	20
4.2 População	20
4.3 Aspectos éticos	20
4.4 Local do estudo.....	20
4.5 Aplicação dos instrumentos	20
4.6 Instrumentos coleta de dados.....	21
4.7 Análises dos dados	21
5. RESULTADOS	22
6. DISCUSSÃO.....	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A	36
ANEXO A.....	35

1. INTRODUÇÃO

Para Dejours (2010, p. 156) “o trabalho é a ocasião de transportar mais uma vez o cenário original do sofrimento para a realidade social, num teatro menos generosamente aberto, contudo, que o precedente ao livre voo da imaginação”. O trabalho no contexto da prostituição influencia na liberdade e generosidade que elas vivem.

As prostitutas colocam esse temor em cena. Estão sempre em perigo. No discurso social estão identificadas ao dejetos, ao falo, à parte perdida do corpo. Como tal, à margem da falta, toda lei protetora as exclui dos direitos sociais e individuais, tornando-as o alvo privilegiado da violência destinada ao retorno do recalcado¹. Aqui, ou estão situadas aquém do desejo, ou tentando preservá-lo (RAMOS, 2000, p. 136).

Com isso o trabalho deve ser escolhido além do ganho financeiro, deve-se pensar na satisfação que você tem quando atua, nas propostas de crescimento pessoal, conforto e melhoria na qualidade de vida. O sofrimento vem quando há frustração e um “beco sem saída” onde você se vê sem opções de mudar o rumo (RAMOS, 2000).

Mas, mais do que isso, sua tarefa não tem significação humana. Ela não significa nada para a família, nem para os amigos, nem para o grupo social e nem para o quadro de um ideal social, altruísta, humanista ou político (DEJOURS, 1992, p. 49).

O autor utiliza da psicanálise para abordar a dificuldade de um trabalho sem reconhecimento social daqueles que dedicam sua vida na prostituição. Dejours (1994) diz ainda que um trabalho que não traz um reconhecimento pode tornar-se perigoso para a saúde mental. Para as profissionais do sexo os riscos decorrente de sua profissão por parte de um não reconhecimento podem gerar desmotivação, stress, depressão, sem contar os efeitos secundários, como o aumento excessivo do uso de drogas (TORRES; DAVIM; COSTA, 1999).

¹ **Retorno do recalcado** é um conceito da psicanálise que descreve o processo ou mecanismo psíquico mediante o qual os conteúdos que foram **recalcados**, ou seja, expulsos da consciência, tendem constantemente a reaparecer de maneira distorcida ou deformada (retornando, por exemplo, como sintomas, sonhos, atos falhos e lapsus).

Identificada como a “profissão mais antiga do mundo”, a prostituição tem sido encarada pelas sociedades, ao longo da história, sob os mais diversos enfoques (BARROS, 2005).

Alguns aspectos sociais determinavam a procura pela prostituição: os padrões, as normas de comportamento e os valores morais vigentes (valorização da virgindade, a monogamia, o patriarcalismo) que conferiam ao homem uma liberdade sexual justificada e aceita socialmente. Ademais, prostituir-se pode representar uma escolha que em termos econômicos, sexuais e emocionais, poderia viabilizar para a mulher a vivência de uma condição mais autônoma e independente (ENGEL, 2004).

No entanto as profissionais do sexo como grupo marginalizado, parecem apresentar saúde mais debilitada que os outros grupos comparáveis da população. Isso se deve a fatores como longas jornadas de trabalho, maior exposição à violência física ou sexual, condições precárias de trabalho e dificuldade de acesso ao sistema de saúde (RÖSSLER, 2010).

Uma vez que o estatuto de cidadã é negado a essas trabalhadoras, dificulta-se o seu acesso aos sistemas de saúde, educação e proteção social. A respeito disso o documento do Ministério da Saúde afirma que:

Não é de se estranhar a ausência ou a invisibilidade das profissionais do sexo na rede pública de saúde, porque não se percebem, da mesma forma que não são percebidas como detentoras dos mesmos direitos da população em geral e, por isso mesmo, não conseguem acessar tais serviços ou necessitam mascarar os supostos sinais da diferença e do estigma social² para obter os benefícios coletivos ofertados pela rede, acessando-a disfarçadamente (BRASIL, 2002, p.78).

Podemos notar pela citação acima a distinção dos direitos à saúde dessas profissionais devido ao estigma social. Além do mais a Organização Mundial de Saúde (OMS), prevê que o perfil de profissionais do sexo no Brasil, pode ser atribuído um alto grau de vulnerabilidade as drogas. Assim como infecções por DST's, que considera que o uso de álcool e drogas pela profissional do sexo e por seus parceiros potencializa o relaxamento do controle, dificultando a negociação do uso do preservativo (BRASIL, 2002).

² **Estigma social** é uma forte desaprovação de características ou crenças pessoais, que vão contra normas culturais. Estigmas sociais frequentemente levam à marginalização. Para a Sociologia, num sentido contemporâneo, o estigma também pode ser conceituado como uma marca objetiva que recebe uma valoração social negativa.

Na Constituição Federal de 1988 consta 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 (BRASIL, 1988).

Porém mesmo sendo lei a realidade que temos hoje é a falta de acesso da população LGBT dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e a dificuldade das suas demandas de saúde e sociais serem atendidas (BRASIL, 1988).

Ao acessar o Sistema Único de Saúde essa parcela da população se sente coagida de expressar a sua sexualidade de forma livre e sem enquadrar-se em um padrão na hora dos atendimentos por causa do medo social e estigma que ainda é muito forte, da falta de preparo dos profissionais de saúde que vem desde a graduação até a cultura heteronormativa e do preconceito enraizado nos processos de socialização que é reproduzido diariamente por esses trabalhadores, isso afeta o cuidado com essas questões específicas de saúde desse grupo (BRASIL, 2008).

É preciso reconhecer que todas as formas de preconceito por orientação sexual e por identidade de gênero, como nas questões LGBT, influenciam na determinação social da saúde, no processo do sofrimento tanto físico, como principalmente no psíquico, decorrente do preconceito e do estigma social ainda prejudicarem o processo de cuidado em saúde dessas pessoas (BRASIL, 2011).

Esse conceito amplo de saúde que advém da reforma sanitária nos é colocado que saúde não provem somente de questões físicas, esta relacionado com a exclusão social decorrente do desemprego, à falta de acesso à moradia e a alimentação digna, isso afeta diretamente na qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Quanto ao princípio da equidade, também estruturador do SUS, o que se coloca em evidência é o fato de que grupos sociais distintos, como negras, índias, mulheres, crianças, idosas e LGBT's, podem ter necessidades de saúde diferenciadas, implicando demandas por ações governamentais também diferenciadas.

O princípio da equidade: remete ao entendimento de que existem indivíduos ou grupos populacionais mais vulneráveis devido à sua condição socioeconômica, e que, por isso, estes devem ser priorizados nos processos de intervenção estatal (SILVA e LIMA 2005, p. 48).

A Política LGBT é composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e

compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Considerada uma população que é sistematicamente excluída as lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), vêm a várias décadas buscando inserir suas pautas nas discussões que envolvem a luta no campo dos direitos (BRASIL, 2013).

Apesar disso, ainda observa-se, a dificuldade enfrentada por essa população diante das mais variadas formas de violência e das discriminações vivenciadas em decorrência da orientação sexual e da identidade de gênero (BRASIL, 2013).

As conquistas que contemplam a diversidade sexual têm avançado no Brasil. O Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral dos LGBT's, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)³, conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2013).

Assim, uma nova questão se apresenta para a construção histórica dos direitos humanos: Como garantir que as pessoas não sejam discriminadas em razão de sua orientação sexual ou por assumirem uma identidade de gênero distinta do seu sexo biológico? Aqui é importante ressaltar que mesmo que o tema tenha sido tratado em alguns momentos da história, a inscrição da diversidade sexual na discussão pública como sujeitos de direitos é absolutamente contemporânea (OLIVEIRA, 2015).

De fato, a questão dos direitos das minorias sexuais não estava nem ao menos esboçada na Declaração dos Direitos Humanos, mesmo esta proclamando a que nenhuma forma de discriminação seria aceitável. O Brasil, desde 2003, tem liderado junto com os outros países da Europa e da América Latina esforços para que a Organização das Nações Unidas, (ONU) reconheça que a livre orientação sexual e identidade de gênero são direitos humanos fundamentais. No final de 2008, foi aprovada uma declaração, sem caráter vinculativo, apoiada por 66 países, que reafirma a necessidade de proteger as pessoas independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero (OLIVEIRA, 2015).

Ao apresentar temas envolvendo direitos, cidadania e diversidade sexual, encontraram-se pontos de contato entre eles, pois a construção dos Direitos possui vinculação direta com a construção da Cidadania e consequentemente, o que surge dessas construções

³ A **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** é reconhecida como uma inovação gerencial na política pública de saúde. Constituem-se como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS).

deve contemplar todas as pessoas, independente da identidade de gênero ou da orientação sexual (OLIVEIRA, 2015).

Sabe-se que a luta pela cidadania no Brasil tem um caminho longo a ser percorrido. No tocante a diversidade sexual, acredita-se que o caminho é mais longo, pois há o desafio de desconstruir conceitos e valores que sustentam a não visibilidade LGBT, não somente nas agendas públicas, mas no dia a dia dos que ainda normatizam a heterossexualidade, promovendo dessa forma diversos agravos, desrespeitos, manifestação de estigma e discriminação (OLIVEIRA, 2015).

Devido a tudo que foi citado, a principal abordagem nesse estudo sobre a prostituição e as travestis é analisar os possíveis Transtornos Mentais Comuns, criando um novo estudo sobre o tema.

A depressão, as crises de ansiedade e sensações de pânico parecem ser frequentes entre as Travestis. Essa teoria é reforçada por outras pesquisas, que também evidencia a necessidade de mais estudos sobre a saúde do grupo, alertando para a saúde mental (BRASIL, 2013).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Transtornos Mentais Comuns (TMC)

Os Transtornos mentais comuns, assim definidos por Goldberg; Huxley (1992) estão relacionados a sintomas como sofrimento psíquico, insônia, cefaleia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, tristeza, ansiedade e preocupação somática.

Segundo Santos (2002), transtorno mental comum (TMC) se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10a Revisão).

Ainda, segundo Santos (2002), esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, podemos inferir que esse quadro agrava principalmente quando se trata de profissionais do sexo que são muitas vezes julgadas pelo ambiente de trabalho e não sentem – se acolhidas para tal tratamento, porém muitas vezes, quando procuram esta assistência, são subdiagnosticadas com outras doenças tratando o físico/fisiológico e não o psíquico, podendo, desta forma, receber um tratamento errôneo e nada humanizado, agravando assim o quadro e sua condição de vida.

Sabe-se que o TMC é uma das maiores causas de incapacidade funcional e que acometem em maior número as mulheres e populações economicamente mais desfavorecidas (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; AQUINO; NICOLAU; PINHEIRO, 2011). Eventos de vida estressantes e desempenho insatisfatório de papéis sociais podem acarretar baixa autoestima, aumentando assim a suscetibilidade de transtornos mentais comuns.

Outros fatores relevantes ao aumento do TMC são internações hospitalares, problemas interpessoais, mudanças de moradia, acesso desigual aos cuidados de saúde, problemas de saúde, desemprego, condições inadequadas de habitação e ser vítima de violência e criminalidade (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Jansen, Mondin, *et al.*, (2011) apontam que o uso do tabaco, álcool e sedentarismo também mostram associações com transtornos mentais comuns. O uso da nicotina pode tanto levar ao desenvolvimento do TMC quanto ao aumento da probabilidade de tornar-se um fumante, uma vez que o seu uso pode ser utilizado como "automedicação" para baixar o nível de ansiedade.

Fonseca, Guimarães e Vasconcelos (2008) atentam para o fato de que o TMC é uma das mais importantes causas de morbidade na atenção primária de saúde.

Tem sido observado que indivíduos com transtornos mentais comuns apresentam, em média, duas vezes mais queixas de saúde física do que aqueles sem TMC (ARAÚJO, NETO, *et al.*, 2003).

No Brasil, o TMC tem apresentado grande impacto econômico em função das demandas nos serviços de saúde e do absenteísmo no trabalho. Neste sentido, a OMS (2002) aponta para a importância de monitorização da saúde mental das comunidades, através de indicadores que incluam o número de indivíduos que apresentem este problema e a qualidade de cuidados que os mesmos recebem.

Moreira, Bandeira, *et al.*, (2011) apontam que no Brasil poucos estudos foram realizados para investigar a prevalência de transtornos mentais comuns em populações assistidas, considerando a importância do assunto para a organização e planejamento de serviços de saúde mental.

2.2 Ansiedade

Incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura (ASSOCIATION, 2014).

Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada à tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva (ASSOCIATION, 2014).

Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. Assim, embora os transtornos de ansiedade tendam a ser altamente mórbidos entre si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.3 Depressão

O termo *depressão*, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s) (PORTO, 1999).

Os sentimentos de tristeza e alegria colorem o fundo afetivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro. Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. As reações de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da atividade simpática e inquietude (PORTO, 1999).

Enquanto *sintoma*, a depressão pode surgir-nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas (PORTO, 1999).

Enquanto *síndrome*, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) (PORTO, 1999).

O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo, com 1 milhão de óbitos anuais por esse evento. Com mortalidade mundial de 16 óbitos por 100.000 habitantes, o suicídio torna-se um importante problema de saúde pública (WHO, 2005).

O Brasil, desde 1960, atravessa uma transição epidemiológica, na qual os óbitos por causas externas estão em crescimento em substituição às doenças infecciosas e parasitárias. O crescimento nas taxas de suicídio tem contribuído com essa tendência, sendo essa a terceira causa de óbito por fatores externos identificados: homicídio (36,4%), óbitos relacionados ao trânsito (29,3%) e suicídio (6,8%) (REICHENHEIM, 2011).

No Brasil, a ocorrência também é expressivamente maior entre homens (MARÍN-LEON; BARROS, 2003; LOVISI *et al.*, 2009; BANDO, SCRIVANI *et al.*, 2009) corroborando a tendência mundial de que os homens são três vezes mais propensos do que as mulheres a cometer suicídio (GAJALAKSHMI; PETO, 2007; DE MELLO-SANTOS, BERTOLOTE e WANG, 2005).

Além das diferenças de gênero e idade, outros fatores se relacionam com a ocorrência de suicídio, já que esse fenômeno resulta de uma complexa rede de interação biológica, genética, psicológica, sociocultural e econômica (WHO, 2005).

Estudos populacionais têm evidenciado que os fatores desigualdade social, baixa renda e desemprego, bem como escolaridade, influenciam a ocorrência desse desfecho. Uma possível explicação é que a posição socioeconômica promove distintos padrões materiais de vida, com diferentes níveis de exposições a fatores de risco ambientais e de acesso a recursos, alterando inclusive fatores comportamentais e psicossociais como percepção de violência, sentimentos de privação e stress. Dessa forma, os fatores econômicos influenciam a saúde do indivíduo, inclusive a saúde mental (SAMPSONS, 2003; ROBERT, 1999).

2.4 Estresse

Apresentam-nos uma definição de stress:

O stress é uma resposta complexa do organismo, que envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer evento que seja interpretado pela pessoa como desafiante. Nosso enfoque é na resposta do organismo a um estímulo mediado pela interpretação que lhe é dado. Esse estímulo, interpretado como desafiador, provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno que, por sua vez, cria uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. A necessidade de adaptação exige a emissão de vários comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o stress, ou seja, suas estratégias, adequadas ou não de enfrentamento (LIPP e MALAGRIS, p.475, 2001).

Segundo o psicólogo Myers (1999), após ressaltar que diferimos no modo como avaliamos as inúmeras situações capazes de acionar a reação de stress, aponta as catástrofes, as mudanças significativas na vida e os problemas do cotidiano como os fatores estressantes mais estudados, identificando o sentimento de perda do controle sobre a vida como o aspecto psicológico comum a todos eles.

Assume destaque dentre os agentes estressores a perda de suporte social. A família, a escola, o trabalho e a comunidade são nossas principais fontes de suporte social e exercem papel preponderante no enfrentamento de crises, e para o desenvolvimento de mecanismos de adaptação emocional (CORTE, 1998).

As doenças de ordem mental são difíceis de diagnosticar precocemente, especialmente pelo seu caráter consideravelmente subjetivo. O diagnóstico tardio pode gerar alterações psicoemocionais, orgânicas, sociais e culturais, algumas vezes de difícil reversão. Prevê a

OMS que o índice de morbidade de ordem mental e neurológica chegue a 15% no ano de 2020, com apenas uma minoria da população em sofrimento mental recebendo tratamento adequado (MORENO, 2012).

3. OBJETIVO

Avaliar os Transtornos Mentais Comuns (TMC), entre travestis profissionais do sexo da cidade de Uberlândia – MG.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, de caráter quantitativo.

4.2 População

Foram entrevistadas 46 travestis profissionais do sexo, da cidade de Uberlândia - MG, Brasil. Estas travestis fazem parte da Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil, tendo todas elas como profissão a prostituição.

4.3 Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido ao CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da Universidade Federal de Uberlândia, aprovado com o parecer de número: 1.864.944.

4.4 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Minas Gerais, na cidade de Uberlândia. Este município tem cerca de 676.613 habitantes de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

Uberlândia se localiza no estado de Minas Gerais no Brasil, onde está situada em uma posição estratégica da malha viária mineira, sendo assim, considerada a Capital Nacional da Logística na unidade da Rede Nacional.

4.5. Aplicação dos Instrumentos

A aplicação dos instrumentos de coleta de dados com as travestis participantes ocorreu durante os meses de junho até dezembro de 2017, durante as reuniões que acontecem quinzenalmente da Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil, que trabalha com travestis e diversidades de gênero.

A coleta foi pactuada com os coordenadores do Grupo onde não foi interferida nenhuma atividade realizada nas reuniões. O Grupo disponibilizou espaço que garantiu a privacidade e o sigilo no processo de coleta.

4.6. Instrumentos coleta de dados

Após a apresentação dos objetivos do estudo e mediante os devidos esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), foi solicitado o consentimento do participante para se iniciar o procedimento metodológico.

O instrumento utilizado na pesquisa o questionário “Questionário *Self Report Questionnaire* (SQR-20) – Traduzido” (Apêndice A) tem como função avaliar de forma sucinta a saúde mental dos entrevistados, de forma geral avaliar transtornos mentais comuns que acometem uma grande porção da população.

Este questionário contém 20 questões subdividas em quatro grandes grupos que variam de acordo com sintomas somáticos, decréscimos de energia vital, variações de humor e também pensamentos depressivos.

Sendo assim vai de encontro com a literatura como já foi mencionado que os transtornos mentais mais comuns, caracterizam-se por sintomas não-psicóticos como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (GOLDBERG e HUXLEY, 1992).

O questionário tem somente duas variáveis de respostas que compreendem, SIM ou NÃO, sendo assim computado para cada resposta positiva um ponto e zero para cada negativa. Ao final faz-se uma somatória dos respectivos pontos e se o resultado for maior ou igual a sete, comprova-se algum transtorno mental para o entrevistado.

4.7 Análises de Dados

Foram realizadas análises descritivas dos dados demonstrados em tabelas no Excel e Word a partir da apuração de frequências simples (absolutas e percentuais) e medidas de centralidade (média, mediana, desvio padrão).

5. RESULTADOS

O perfil sociodemográfico (Tabela 1) da população estudada aponta travestis com idade média de 24,3 anos, com faixa etária variando entre 18 e 44 anos.

No estado civil, 84,8% informaram ser solteiras e 15,2% são casadas ou possuem união estável. Já nos dados “Tipo de Habitação” apenas 17,4% possuem residência própria, seguida de 82,6% que detêm de residência alugada ou outro tipo de moradia.

Evidenciou-se que 67,4% das prostitutas possuíam ensino médio incompleto ou nível fundamental, seguidas por apenas 32,6 % que possuíam ensino médio completo e superior incompleto.

A renda *per capita* média foi acima de três salários-mínimos (considerando o valor de R\$ 937,00).

Na classificação de raças, 41,3% auto declararam ter cor da pele parda, seguidos de 28,3% negra, 21,7% branca, e somente 8,7% declararam-se amarela-oriental.

Tabela 1. Descrição da amostra de acordo com variáveis sociodemográficas – Uberlândia (MG), 2017.

Pergunta	Resposta		Frequência	Porcentagem	N total	
	Travesti		46	100%		
Sexo de nascimento	Masculino		46	100%	46	
	Feminino		0	0%		
Estado Civil	Solteira		39	84,80%	46	
	Casada		4	8,70%		
	União Estável		3	6,50%		
Etnia	Branca/caucasiana		10	21,70%	46	
	Negra		13	28,30%		
	Parda		19	34,80%		
	Amarela/oriental		4	4,30%		
Alfabetizada	Sim		46	100%	46	
	Não		0	0%		
Escolaridade	Fundamental Completo		5	10,90%	46	
	Fundamental Incompleto		10	21,70%		
	Médio Completo		13	28,30%		
	Médio Incompleto		16	34,80%		
	Superior Incompleto		2	4,30%		
	Superior Completo		0	0%		
Tipo de Habitação	Outro tipo de moradia		21	45,60%	46	
	Residência alugada		17	37%		
	Residência própria		8	17,40%		
	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Teste de normalidade de (valor p)
Idade (em anos)	18	44	24,30	23	4,83	0,0002
Salário (em dinheiro)	R\$ 900,00	R\$ 10.000,00	R\$ 2.876,09	R\$ 1.900,00	R\$ 2.198,40	0,0000

Entre os sintomas listados no *Self-Reporting Questionnaire*, observou-se que o grupo de sintomas predominantes foi o de “sintomas somáticos” (Tabela 2). Para esse grupo a questão com maior percentual foi “dorme mal?” atingindo uma porcentagem de 52,17%. Já a questão com maior percentual de respostas afirmativas na média geral, encontram-se no grupo “variações de humor” com a questão “sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?” apresentando um resultado de 60,87%.

Os percentuais com menor valor de respostas afirmativas foram para as variações de pensamentos depressivos: “você se sente uma pessoa inútil sem préstimo?” 8,70%, seguido de “tem tido ideia de acabar com a sua vida?” 15,22% responderam que não.

Já a questão relacionada ao trabalho, obteve maior percentual de negação na qual foi: “Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)” 58,70% responderam que não.

As questões que também são relevantes sobre as emoções e decréscimo de energia vital mostraram-se com valor de negação superior que foram: “Tem chorado mais do que o costume?” com percentual de 71,74%, seguido de “Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias.” 65,22% e “Tem se sentido triste ultimamente?” 58,70% disseram que não.

Tabela 2 – Valores do questionário *Self Report Questionnaire* (SQR-20) – traduzido, respondido por travestis profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=46).

Perguntas do questionário: <i>SELF REPORT QUESTIONNAIRE</i> (SQR-20)	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
1- Você tem dores de cabeça frequente?	16	34,78%	30	65,22%
2- Tem falta de apetite?	15	32,61%	31	67,39%
3- Dorme mal?	24	52,17%	22	47,83%
4- Assusta-se com facilidade?	17	36,96%	29	63,04%
5- Tem tremores nas mãos?	11	23,91%	35	76,09%
6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	28	60,87%	18	39,13%
7- Tem má digestão?	10	21,74%	36	78,26%
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	21	45,65%	25	54,35%
9- Tem se sentido triste ultimamente?	19	41,30%	27	58,70%
10- Tem chorado mais do que costume?	13	28,26%	33	71,74%
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	16	34,78%	30	65,22%
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	18	39,13%	28	60,87%
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)	19	41,30%	27	58,70%
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	11	23,91%	35	76,09%
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	14	30,43%	32	69,57%
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	4	8,70%	42	91,30%
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	7	15,22%	39	84,78%
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	21	45,65%	25	54,35%
19- Você se cansa com facilidade?	18	39,13%	28	60,87%
20- Tem sensações desagradáveis no estomago?	13	28,26%	33	71,74%

Analisando as respostas individuais das travestis (Tabela 3), e contabilizando a somatória, lembrando que a partir de sete respostas afirmativas já é sugestivo de TMC, de 46 entrevistadas, 18 (39,13%) indicam maior probabilidade de TMC.

Dentre as 18 travestis com resultado positivo para TMC, as respostas que deram maior índice afirmativo foram: “Tem dificuldades de pensar com clareza?” 72,2% responderam que sim, seguido do mesmo valor percentual para “Sente-se cansado (a) o tempo todo?”.

As repostas que deram menor valor afirmativo foram: “Sentem tremores nas mãos?” 33,3% responderam que sim, seguido de “Tem má digestão?” com 27,7% e “Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?” com o menor percentual (22,2%).

Tabela 3 - Somatória das respostas individuais das travestis referente ao SQR-20.

ENTREVISTADA	SQR1	SQR2	SQR3	SQR4	SQR5	SQR6	SQR7	SQR8	SQR9	SQR10	SQR11	SQR12	SQR13	SQR14	SQR15	SQR16	SQR17	SQR18	SQR19	SQR20	SCORE	TMC
TRAVESTI 1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	6	NÃO
TRAVESTI 2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	7	SIM
TRAVESTI 3	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	13	SIM
TRAVESTI 4	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	5	NÃO
TRAVESTI 5	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	SIM
TRAVESTI 6	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	8	SIM
TRAVESTI 7	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	6	NÃO
TRAVESTI 8	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	6	NÃO
TRAVESTI 9	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	6	NÃO
TRAVESTI 10	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	6	NÃO
TRAVESTI 11	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	6	NÃO
TRAVESTI 12	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	6	NÃO
TRAVESTI 13	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	5	NÃO
TRAVESTI 14	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	NÃO
TRAVESTI 15	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	5	NÃO
TRAVESTI 16	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	9	SIM
TRAVESTI 17	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	NÃO
TRAVESTI 18	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	11	SIM
TRAVESTI 19	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	6	NÃO
TRAVESTI 20	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	10	SIM
TRAVESTI 21	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	7	SIM
TRAVESTI 22	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	13	SIM
TRAVESTI 23	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	10	SIM
TRAVESTI 24	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	NÃO
TRAVESTI 25	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	5	NÃO
TRAVESTI 26	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	4	NÃO
TRAVESTI 27	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	5	NÃO
TRAVESTI 28	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	9	SIM
TRAVESTI 29	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	13	SIM
TRAVESTI 30	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	NÃO
TRAVESTI 31	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	13	SIM
TRAVESTI 32	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	NÃO
TRAVESTI 33	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	5	NÃO
TRAVESTI 34	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	9	SIM
TRAVESTI 35	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	7	SIM
TRAVESTI 36	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	10	SIM
TRAVESTI 37	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	NÃO
TRAVESTI 38	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	NÃO
TRAVESTI 39	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	NÃO
TRAVESTI 40	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	8	SIM
TRAVESTI 41	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	5	NÃO
TRAVESTI 42	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	6	NÃO
TRAVESTI 43	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	4	NÃO
TRAVESTI 44	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	SIM
TRAVESTI 45	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	6	NÃO
TRAVESTI 46	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	6	NÃO

Positivo TMC = 18

Negativo TMC = 28

6. DISCUSSÃO

Romano (2008) realizou um estudo de natureza qualitativa, voltado à atenção a saúde das travestis da Lapa. Naquela oportunidade, dentre outras coisas, descreveu que a maioria das entrevistadas possuía ensino fundamental incompleto. Em nossa investigação encontramos resultados semelhantes, a maioria das participantes 67,4% possuíam ensino médio incompleto ou nível fundamental.

Outra pesquisa realizada na cidade de Porto Alegre por Santos *et al.*, (2010), identificou a mesma característica sobre a escolaridade das entrevistadas. Como destacam Santos e Santos (2011), as instituições de ensino devem representar ambientes saudáveis de socialização que associe pluralidades e diferenças, mas é percebido que as travestis nos espaços escolares vivenciam condições de discriminação e preconceito.

Como no entender de Junqueira (2007):

A homofobia compromete a inclusão educacional e a qualidade do ensino. Incide na relação docente estudante. Produz desinteresse pela escola, dificulta a aprendizagem e conduz à evasão e ao abandono escolar. Afeta a definição das carreiras profissionais e dificulta a inserção no mercado de trabalho.

Percebe-se na fala de Junqueira (2007) o quanto a homofobia tem impacto social e influencia diretamente no futuro da população LGBT. Além disso, a educação tem um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis (MURPHY, 1991).

Em relação aos fatores associados ao TMC, é consenso na literatura que baixa escolaridade, baixa renda e sexo feminino aumentam a tendência dessas manifestações (FONSECA; GUIMARÃES e VASCONCELOS, 2008; GOMES *et al.*, 2013). Costa (2005) encontraram em sua pesquisa 36% de índice de TMC, relacionando os resultados a fatores como pobreza e baixa escolaridade.

No que se refere à remuneração mensal declarada pela maioria das participantes, esta foi de até três salários mínimos. O que pode ser atrativo devido à alta remuneração e a baixa exigência de estudos.

É expressivo o número de travestis que não atingindo a inserção em empregos “formais”, são atraídas pela possibilidade de bons rendimentos na “pista”, bem como pelas redes de sociabilidade que se formam entre travestis que se prostituem e recorrem à prostituição como meio de sobrevivência (SOUSA, 2008, p. 54).

Por outro lado, há demonstração de que a prostituição possui outros significados além da renda:

A prostituição travesti vai além das necessidades materiais, ou uma alternativa que lhes sobra diante das possibilidades de serem inseridas por outras vias no mercado de trabalho. As ruas e as equinas se constituem em espaços que lhes proporcionam sociabilidade, identificação e a sensação de ser alvo de desejo (NOGUEIRA e LEÓN, 2012, p. 64)

Ambos os autores das citações acima, formularam que não é somente pelo dinheiro, apesar da necessidade enfrentada, mas também é pela ascensão social que as mesmas buscam.

A despeito da grande população de travestis no país, poucas investigações estão voltadas para o conhecimento das questões relacionadas ao dia-dia desta população. No geral, a maioria dos trabalhos sobre as travestis ou mesmo prostitutas, estão voltados para doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a contaminação por HIV, na premissa de que esse problema seja o único enfrentado pelas travestis (LOURENÇO, 2009).

Quanto à questão relacionada à tristeza e satisfação a (Tabela 2) mostra que a maioria das travestis não se sentem tristes e nem insatisfeitas com as atividades cotidianas. Em um estudo de Lewinsohn, Redner e Seeley (1991) a felicidade é vista como uma emoção ou estado de sentimento, considerando que a satisfação de vida refere-se a um processo mais cognitivo, crítico. Condições insignificantes de bem-estar com a vida resultariam em fator de risco para depressão iminente.

Existe uma ilusão de felicidade, buscando poder e status. Considera-se o sexo com os clientes também como razão para o prazer, ocultando práticas que não obtêm fora da profissão (CORREA e HOLANDA, 2012).

Trabalho, bons relacionamentos sociais, atividades de lazer também mostram boa relação com a felicidade. Considera-se também como determinante da felicidade, o indivíduo ser saudável, possuir vida familiar e amizades, além do fato de ser casado. Afirma-se que, em geral, pessoas casadas são mais felizes do que aquelas que são solteiras (LEWINSOHN; REDNER e SEELEY, 1991). Que no caso dos nossos resultados a (Tabela 1) mostra que a maioria das entrevistadas encontram-se solteiras.

Um estudo realizado por Vidal *et al.*, (2013) revela que a prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na atenção básica é relevante, chegando a um terço da demanda, taxas essas que alcançam e até ultrapassam os 50%. No cenário brasileiro, as pesquisas sobre TMC demonstraram taxas de prevalência que variaram de 17 a 35% (GOMES

et al., 2013). Destaca-se em nosso estudo a prevalência de TMC equivalente a 39,13%, observando-se uma taxa considerável para a população analisada.

Entre as categorias de sintomas de TMC avaliados pelo SRQ-20, encontrou-se como destaque os “sintomas somáticos” com isso vale ressaltar que o diagnóstico do Transtorno com Sintomas Somáticos é aplicado a indivíduos que apresentam qualquer número de sintomas somáticos, desde que esses sintomas sejam acompanhados por pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou preocupações associadas com a saúde (ARAUJO, 2014).

Algumas características são: pensamentos desproporcionais e persistentes sobre a gravidade dos próprios sintomas; nível persistentemente elevado de ansiedade sobre a saúde ou sintomas; excesso de tempo e energia dedicados a estes sintomas ou problemas de saúde (ARAUJO, 2014).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após esse apanhado geral pode-se analisar o quanto o tema é abrangente e pouco estudado. Quando pensamos no tabu que ainda existe sobre a prostituição e trazemos isso para a saúde pública, de imediato vem às intervenções epidemiológicas sobre DST's, colocando as prostitutas em um grupo de vulnerabilidade, sendo que cada indivíduo tem maior ou menor exposição de acordo com sua vivência social.

É conexo comentar a forma que as travestis como um grupo marginalizado e pouco lembrado, estão muito mais suscetíveis às doenças de cunho psicológico, e que o problema vai muito além das vertentes de saúde, englobam fatores sociais, culturais, políticos, legislativos e econômicos. E quando nós excluimos isso e focamos somente no que a classe pode representar como “fator de doença”, faz com que os olhos se voltem cheios de preconceito e estigma social, tirando o foco do que realmente é importante. O indivíduo como ser social que necessita de educação, saúde de qualidade, garantia de direitos de trabalho, entre outros.

O real problema é a falta de recursos, pessoas qualificadas, estudos humanizados e competência, para mudar a realidade e fazer com que a qualidade de vida dessa população seja melhorada. Para que a prostituição não seja um refúgio, mesmo olhando os resultados e comprovando que apenas 39,13% foi positivo para TMC, quando analisamos que é um dos poucos lugares que as travestis possuem espaço, pensamos que esses valores poderiam ser diferentes caso tivessem mais apoio e uma base social mais sustentada.

Esse estudo foi muito gratificante, porque ele dá abertura para outras pessoas terem interesse em pesquisar mais sobre o tema e poder olhar para as profissionais do sexo e as travestis com uma nova perspectiva. Todos nós buscamos lazer, bem estar, e uma boa qualidade de vida e isso interfere diretamente nos TMC.

Mesmo sendo um estudo que a análise dos resultados de TMC foi negativa para a maioria das profissionais, não devemos descartar que precisa haver mais políticas públicas para essa classe, garantindo a equidade que é abordada pelo SUS.

Sentimos falta de bibliografias especializadas neste tema, para poder referenciar mais autores. E nos consideramos pioneiros na cidade de Uberlândia e região.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno DSM-5** [American Psychiatric Association, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. Porto Alegre: Artmed, 948p., 2014.

ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jun. 2018.

AQUINO, P. S., Nicolau, A. I. O., & Pinheiro, A. K. B. (2011). Desempenho das atividades de vida de prostitutas segundo o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64(1), 136-44.

ARAÚJO, T. M., Neto, A. M. S., Reis, E. J. F. B., Dutra, F. R. D., Azi, G. R., & Alves, R. L. (2003). Trabalho docente e sofrimento psíquico: um estudo entre professores de escolas particulares de Salvador, BA. **Revista Faeeba**, 20, 485-495.

BANDO DH, Scrivani H, Morettin PA, Teng CT. Seasonality of suicide in the city of Sao Paulo, Brazil, 1979-2003. **Rev Bras Psiquiatr.** 2009;31(2):101-5.

BARROS, A. M. D. **Direito do Trabalho**. 1. ed. São Paulo: LTR, 2005.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio a Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. **Revista Saúde Pública** nº 42, ano 3: 570-3. Brasília/DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.836 de 01 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 02 dez. 2011. Seção 1 n. 231, p. 37. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays**. Brasília/DF, 2011.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

CORREA, W. H.; HOLANDA, A. F. Prostituição e sentido de vida: relações de significado. Psico-USF, Itatiba, v. 17, n. 3, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712012000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2018.

COSTA, A. G., & Ludermit, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, 21(1), 73-79.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat, J. F. (2010). O indivíduo na organização (3a ed., p. 149 - 174). São Paulo: Atlas, 2010.

_____.A loucura do trabalho: estudos da psicopatologia do trabalho (5a ed.). São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DE MELLO-SANTOS C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Rev Bras Psiquiatr.** 2005; 27(2):131-4.

ENGEL, M. **Meretrizes e doutores - Saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

FONSECA, M. L. G., Guimarães, M. B. L., & Vasconcelos, E. M. (2008). Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: Uma revisão bibliográfica. **Revista APS**, Rio de Janeiro, 11(3), 285-294.

GAJALAKSHMI V, Peto R. Suicide rates in rural Tamil Nadu, South India: verbal autopsy of 39000 deaths in 1997-98. *Int J Epidemiol.* 2007;36(1):203-7.

GOLDBERG, D., Huxley, P. (1992). Common mental disorders: a bio-social model. New York: Tavistock/Routledge.

GOMES, V. F., Miguel, T. L. B., & Miasso, A. I. (2013) Common mental disorders: socio-demographic and pharmacotherapy profile. **Revista Latino-Am Enfermagem**, 21(6),1203-1211.

JANSEN, K., Mondin, T. C., Ores, L. C., Souza, L. D. M., Konradt, C. E., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. (2011). Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: Uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(3), 65-79.

JUNQUEIRA, R. D. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meios a disputas. Brasília, 2007.

LEWINSOHN, P. M.; REDNER, J.; SEELEY, J. R. The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. **Subjective well-being: An interdisciplinary perspective**, p. 141-169, 1991.

LIPP, Marilda E. N. e MALAGRIS, Lúcia E. N. O stress emocional e seu tratamento. In: Rangé, Bernard **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**, Artmed, São Paulo, 2001.

LOURENÇO, A. N. **Travesti: A construção do corpo feminino perfeito e suas implicações para a saúde**. Dissertação Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) -

Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2009.

LOVISI GM, et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Bras Psiquiatr.** 2009;31(Supl 2):S86-93.

MARÍN-LEÓN L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev Saúde Pública.** 2003;37(3):357-63.

MOREIRA, J. K. P., Bandeira, M., Cardoso, C. S., & Scalón, D. (2011). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do programa saúde da família. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 60(3), 221-226.

MORENO, E. A. C. Fatores associados ao risco de Transtorno Mental Comum. Dissertação (mestrado). Univ. Federal de Pernambuco. Recife, 2012.

MURPHY JM, Olivier DC, Monson RR, Sobol AM, Federman EB, Leighton AH. Depression and anxiety in relation to social status. **Arch Gen Psychiatry** 1991;48:223-8.

MYERS, David. Introdução a Psicologia Geral. Rio de Janeiro. LTC, 1999. 533 pp.

NOGUEIRA, F. J. S. & LEÓN, A. G. “Trabalhadas no Feminino”: um estudo sobre corpo, desejo e prostituição travesti em Fortaleza – CE. **Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad**. N°8. Año 4. Abril – Julio de 2012. Argentina. ISSN: 1852 – 8759. pp. 55 – 67.

OLIVEIRA, A. D. D. S. Direitos e cidadania da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v.8, n. 2, p. 198-204, abr. mai. jun 2015. ISSN 2317-5079.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2002). Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa; OMS. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso: 10 abr. 2018.

PORTO, J.A.D. Conceito e Diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.1, n.1, p.6, maio 1999.

RAMOS, L. N. (2000). A profissão mais antiga do mundo e o trabalho feminino (p.133-142). In: JERUSALINSKY, A. et al. (2000). O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo. Porto Alegre: Artes e Ofícios.

REICHENHEIM ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello-Jorge MHP, da Silva CMFP, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet.** 2011;377(9781):1962-75.

ROBERT SA. Socioeconomic position and health: the independent contribution of community socioeconomic context. **Annu Rev Sociol.** 1999;25(1):489-516.

ROMANO, V. F. As travestis no programa saúde da família da Lapa. **Saúde Social**, São Paulo, v. 17, n. 02, p. 211-219, abr./jun. 2008.

RÖSSLER W et al. The mental health of female sex workers. *Acta Psychiatr Scand.* University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland, 2010;122 (2):143-52.

SAMPSON RJ. The neighborhood context of well-being. *Perspect Biol Med.* 2003;46(3 Suppl):S53-64.

SANTOS, E. C. et al. Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde. **R. Interam. Psicol.** v. 44, n. 02, p. 235-245, 2010.

SANTOS, M.E.S.B. Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de antirretrovirais no Estado de São Paulo, Brasil. 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

SANTOS, R. M.S & SANTOS, A. S. Memórias de trajetórias escolares de Travestis. Educação, Gestão e Sociedade: **Revista da Faculdade Eça de Queiros**, ISSN 2179-9636, v. 1, n. 3, set. 2011.

SILVA, José Paulo Vicente da & LIMA, Juliano de Carvalho. 2005. "Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira". In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. p. 43-73.

SOUSA, C. B. Trabalho e exploração – categorias de compreensão análoga para as travestis que atuam na prostituição do setor comercial sul em Brasília. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Serviço Social) - Universidade de Brasília, Brasília DF, 2008.

TORRES, G. de V.; DAVIM, R. M. B.; COSTA, T. N.A. da. Prostituição: causas e perspectivas de futuro em um grupo de jovens. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, 7 (3), p. 9-15, julho 1999.

Vidal, C. E. L, Yanez, B. F. P., Chaves, C. V. S., Yanez, C. F. P., Michalaromichs, I. A., & Sousa, L. A. (2013). Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres **Caderno de Saúde Coletiva**, 21(4), 457-464.

WHO. Suicide prevention and special programmes. World Health Organization; 2005.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **SAÚDE MENTAL, VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E DO AMBIENTE DE TRABALHO NO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DO SEXO**, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Marcelle Aparecida Barros Junqueira (coordenadora), Ana Rosa Ribeiro Elias e Lauro Ricardo de Lima Santos**. Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar **indicadores de saúde mental (transtornos mentais comuns, qualidade de vida, satisfação com a vida, traumas na infância) e de vulnerabilidade individual e do ambiente de trabalho (uso de drogas, comportamentos de risco ao HIV/AIDS, violência no ambiente de trabalho) entre travestis e mulheres profissionais do sexo**. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelos pesquisadores: **Marcelle Aparecida Barros Junqueira (coordenadora), Ana Rosa Ribeiro Elias e Lauro Ricardo de Lima Santos**. O termo será recolhido momentos antes da entrevista, após ser esclarecido, realizado a leitura e explicada todas a finalidade do trabalho. Na sua participação você **será entrevistada, utilizando-se questionários, a fim de que cada questionário seja respondido em uma ordem subsequente**. As entrevistas serão gravadas e logo em sequencia a transcrição das mesmas, todas as gravações serão apagadas, para assegurar o sigilo das entrevistadas. **Em nenhum momento você será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada**. Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos para você **pode estar relacionados com a possibilidade do participante sentir-se triste, ansiosa ou desconfortável com perguntas de cunho pessoal, contidas nos questionários**. Caso isto aconteça, o pesquisador estará à disposição para ouvir e dar todo o apoio necessário ao participante. Será garantida a total privacidade e será mantido sigilo sobre as informações fornecidas, evitando o risco da perda da confidencialidade e sigilo sobre as informações. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Marcelle Aparecida Barros Junqueira (coordenadora), Ana Rosa Ribeiro Elias e Lauro Ricardo de Lima Santos**., pelos os telefones (34) 99219-2625 e (34) 99919-9503, , na Universidade Federal de Uberlândia, Campus Umuarama - Bloco 2U, Av. Pará, 1720 - Bairro Umuarama, Uberlândia - MG - CEP 38400-902. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ... de de 201....

Participante da pesquisa

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SQR-20) - TRADUZIDO

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
	SIM	NÃO
1- Você tem dores de cabeça frequente?		
2- Tem falta de apetite?		
3- Dorme mal?		
4- Assusta-se com facilidade?		
5- Tem tremores nas mãos?		
6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
7- Tem má digestão?		
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?		
9- Tem se sentido triste ultimamente?		
10- Tem chorado mais do que costume?		
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12- Tem dificuldades para tomar decisões?		
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)		
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?		
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?		
19- Você se cansa com facilidade?		
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?		