

Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT, estado do Rio de Janeiro, 2015-2021

Notification of self-inflicted and interpersonal violence among the LGBT population, state of Rio de Janeiro, 2015-2021

Georgia Thais Lima Cordeiro¹, Vania Reis Girianelli²

DOI: 10.1590/2358-28982023E18951P

RESUMO Este estudo teve como objetivo comparar as características das notificações de violência na população LGBT com as demais populações, ocorridas no estado do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2021. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo painéis repetidos, com base em dados de notificação de violências ocorridas na faixa etária de 18 a 59 anos, disponibilizados pelo estado do Rio de Janeiro. Foram elegíveis 114.093 notificações, sendo apenas 2,8% referentes à população LGBT. Houve, entretanto, um aumento da proporção das notificações nessa população ($\beta = 0,46$; $p < 0,001$), atingindo 4,5% em 2021. A maioria das notificações de violência autoprovocada e interpessoal ocorreu nos mais jovens, de 18 a 39 anos, e nos(as) negros(as), sendo proporcionalmente maior entre a população LGBT ($p < 0,001$). A violência física foi a mais notificada (90,5%). A notificação de tortura (2%) e a violência sexual (8%) foram proporcionalmente maiores nessa população ($p < 0,001$), mas a tortura apresentou leve declínio no período ($\beta = -0,19$; $p = 0,039$). A ampliação do preenchimento da notificação, para além das instituições de saúde, poderia contribuir para redução da subnotificação e, conseqüentemente, dar maior visibilidade à violência vivenciada, em particular, pela população LGBT.

PALAVRAS-CHAVE Violência. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Populações vulneráveis. Pessoas LGBT. Direitos humanos.

ABSTRACT *This study aims to compare the characteristics of violence notifications between the LGBT and other populations, which occurred in the state of Rio de Janeiro from 2015 to 2021. This is an observational epidemiological study of the repeated panels type, based on data of notification of violence, occurred in the age group of 18 to 59 years, made available by the state of Rio de Janeiro. 114,093 notifications were eligible, with only 2.8% referring to the LGBT population. However, there was an increase in the proportion of notifications in this population ($\beta = 0.46$; $p < 0.001$), reaching 4.5% in 2021. Most notifications of self-inflicted and interpersonal violence occurred among the youngest from 18 to 39 years and blacks, being proportionally higher among the LGBT population ($p < 0.001$). Physical violence was the most reported (90.5%). Notification of torture (2%) and sexual violence (8%) were proportionally higher in this population ($p < 0.001$), but torture showed a slight decline in the period ($\beta = -0.19$; $p = 0.039$). The expansion of notification filling, beyond the health institutions, could contribute to the reduction of underreporting and, consequently, give greater visibility to the violence experienced, in particular by the LGBT population.*

KEYWORDS *Violence. Health information systems. Vulnerable populations. LGBT persons. Human rights.*

¹Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
georgiacordeiro23@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

No Brasil, a vigilância de acidentes e violências vinha sendo realizada por meio da análise de informações provenientes do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Os óbitos representam uma pequena parcela dos casos, porque geralmente decorrem da violência interpessoal extrema que ocorre nos diversos contextos de inter-relação social, como o espaço urbano, rural ou doméstico. Adicionalmente, na violência doméstica, os episódios de maus-tratos tendem a ser repetitivos e, no início, não costumam levar ao óbito nem mesmo à internação¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS)², no entanto, reconhece que ainda existem vantagens nos sistemas de informação sobre mortalidade, pois, geralmente, são universais e de boa qualidade; mas deve-se lembrar que os seus dados subestimam a verdadeira magnitude da violência.

O SIH/SUS, por captar apenas os casos que precisaram de internação, também subestima a magnitude da violência^{3,4}. Além disso, pela lógica assistencial desse sistema, a sua abrangência se restringe às internações pagas pelo SUS, rede própria ou conveniada⁵. Ademais, no preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar, ficha que alimenta o SIH/SUS, apesar de haver um campo para informação da causa da internação (código do capítulo XX da CID-10), muitas vezes, só se informa a natureza da lesão (capítulo IX da CID-10), não possibilitando saber qual foi o tipo de causa externa que levou à internação⁶.

Outra limitação em relação à vigilância das causas externas, inerente aos dois sistemas supracitados, é o fato de as informações fornecidas por meio deles serem restritas à vítima, e de forma sucinta, com a descrição do evento restrito ao código da CID-10. Esses sistemas não fornecem informações detalhadas sobre a ocorrência, suas consequências e o perfil da vítima e do provável autor da agressão nos casos de violência³.

Por todos os motivos mencionados, é notório que apenas com a análise de dados do SIM e do SIH/SUS as causas externas são subdimensionadas^{3,4}. Consequentemente, também se torna menor a amplitude de medidas de promoção da saúde e de cultura de paz, e de prevenção e controle das causas externas, principalmente em relação à violência doméstica, sexual e outras violências que permanecem com pouca visibilidade⁷.

Nesse sentido, a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) teve o objetivo de obter um diagnóstico mais sensível de casos de causas externas que demandam atendimentos na rede de saúde, especialmente aqueles não reconhecidos e não incorporados ao SIM e ao SIH/SUS^{3,4}. O Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Viva no âmbito do SUS, em dois componentes: i) vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva Contínuo), e ii) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (Viva Sentinela), com o objetivo de gerar avaliações de forma mais ampla sobre o impacto e a caracterização da violência em todas as regiões do País. Essa estratégia de vigilância configura-se como uma ferramenta para aquisição de informações que podem ser utilizadas para planejar e executar medidas de prevenção das chamadas causas externas e da morbimortalidade no Brasil.

O Viva tem o propósito de fornecer informações fidedignas sobre as causas externas para subsidiar a formulação de políticas públicas intersetoriais e integradas que reduzam a morbimortalidade por esses agravos e que promovam saúde e cultura de paz^{7,8}. Gawryszewski e colaboradores⁴ acrescentam que a implantação do Viva também visa subsidiar a avaliação das ações implementadas e o melhor planejamento de recursos e serviços. A implementação desse sistema, em seu componente do Viva Contínuo e do Viva Sentinela, é responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O registro dos

dados no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é alimentado pelas SMS, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, o que é atribuição da Vigilância em Saúde/Epidemiológica de estados e municípios⁸.

A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências cometidas, o perfil das vítimas e dos(as) prováveis autores(as) das violências. Outro aspecto importante do dispositivo de notificação está relacionado com a necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois essas informações deverão subsidiar o poder público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS⁸. Com o Viva Contínuo, a notificação das violências deve ser entendida para além de um instrumento para obter e produzir informações epidemiológicas, mas como subsídio à garantia dos direitos à saúde e à vida, e, ainda, como incentivo à formação de rede de proteção social e de atenção integral à saúde, seguindo a linha do cuidado em saúde⁸.

Dito isso, a inclusão da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) na notificação de violência ocorreu a partir de 2015, reconhecendo a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e o direito ao uso do nome social. Nesse panorama, podem-se observar as particularidades, a complexidade e a garantia de políticas públicas que perpassam a questão dos direitos LGBT, uma vez que o Brasil apresenta a maior quantidade de assassinatos contra essa população⁹.

O presente estudo tem como objetivo comparar as características das notificações de violência na população LGBT com as demais populações, ocorridas no estado do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2021.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo painéis repetidos¹⁰, para conhecer a violência interpessoal e autoprovocada ocorrida na população LGBT notificada no estado do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2021. Os dados foram oriundos das notificações de violência interpessoal e autoprovocada disponibilizadas pelo estado do Rio de Janeiro. A pesquisa (CAAE: 54012221.2.0000.5240) foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, número 5.170.411, emitida em 16 de dezembro de 2021.

Foram analisadas as variáveis relacionadas com características socioeconômicas e demográficas da vítima (sexo, orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, escolaridade, faixa etária, município de notificação), características da agressão (violência interpessoal ou autoprovocada, tipo de agressão, motivação) e encaminhamentos realizados.

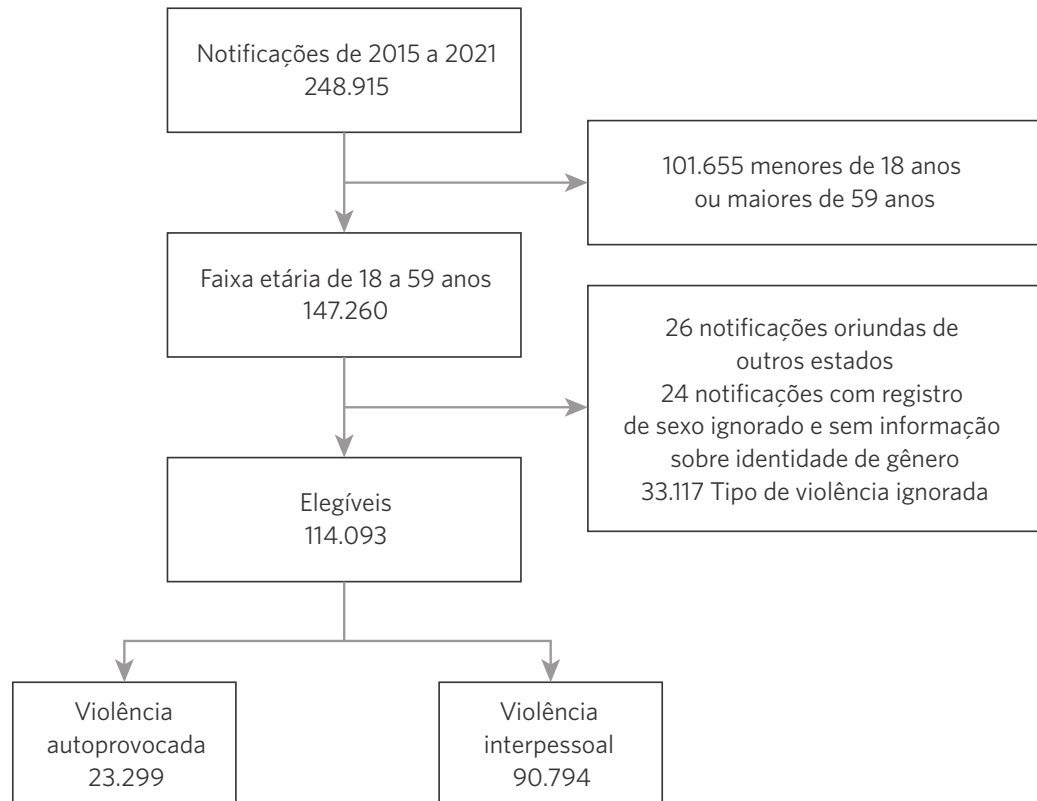
Foi calculado o percentual de cada categoria das variáveis estudadas, estratificando por população LGBT e demais (população não LGBT). O teste qui-quadrado de Pearson foi calculado para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre os estratos, com correção de Yates quando necessário. A tendência temporal foi descrita tendo como variável independente o ano da notificação, e como variável dependente, a proporção das características estudadas. A avaliação foi realizada por regressão linear generalizada, utilizando o método de Prais-Winsten, que é indicado para análise de séries curtas e com autocorrelação ou correlação serial, situação comum em séries temporais de fenômenos sociais¹¹. O aumento ou declínio das proporções foram avaliados com base no coeficiente de regressão (β) e respectiva significância estatística ($p \leq 0,05$). Os dados foram analisados no programa R.

Resultados

No período de 2015 a 2021, foram notificadas 248.915 violências ao estado do Rio

de Janeiro. Destas, foram elegíveis 114.093, sendo que 70,6% corresponderam à notificação violência interpessoal (*figura 1*).

Figura 1. Diagrama do procedimento para seleção dos registros de notificação de violência do estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021^a



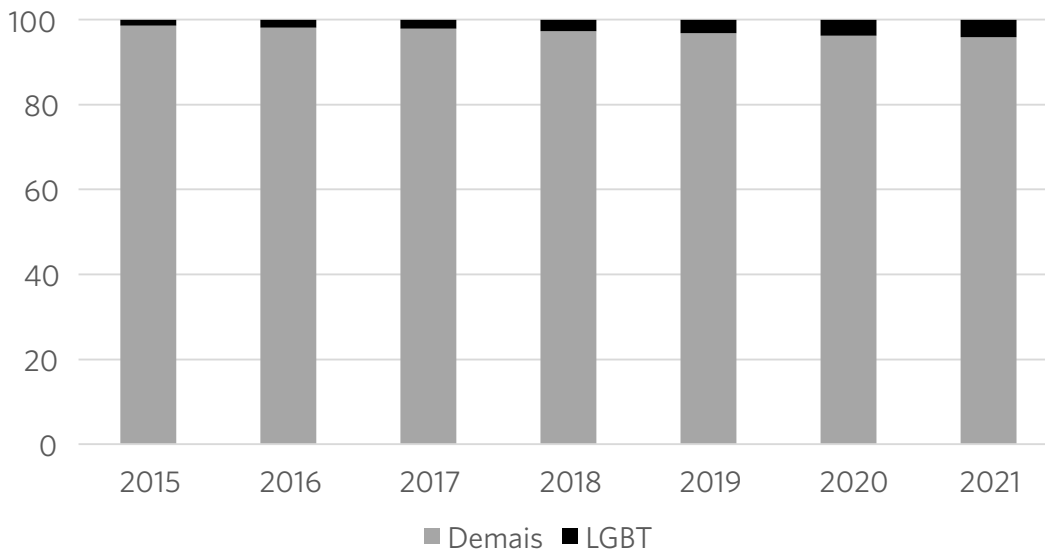
Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

Apenas 2,8% das notificações de violência foram referentes à população LGBT. Houve, entretanto, um aumento da proporção das

notificações nessa população no período ($\beta = 0,46$; $p < 0,001$), variando de 1,4% em 2015 a 4,1% em 2021 (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Distribuição proporcional das notificações de violência interpessoal e autoprovocada por tipo de população e ano. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a



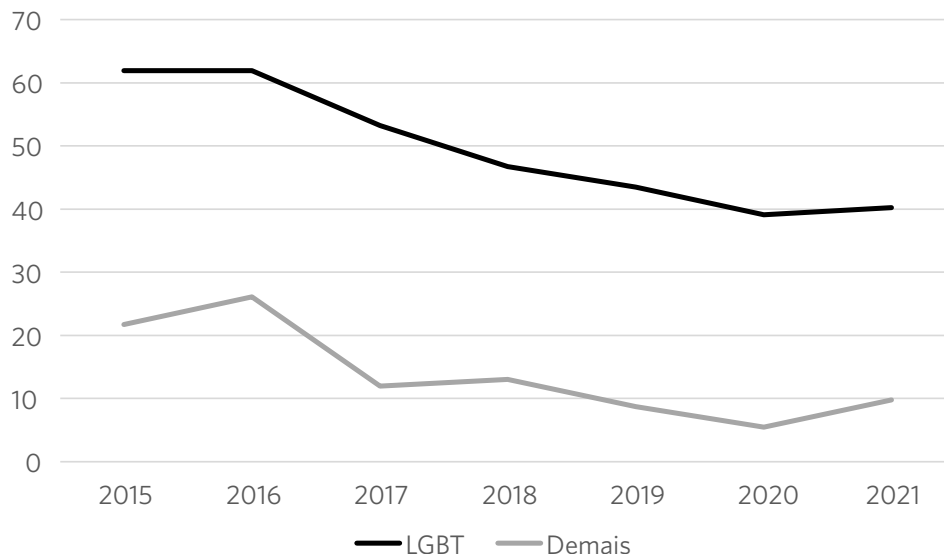
Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

O município de Cardoso Moreira não registrou nenhuma notificação de violência no período. Outros 18 municípios não notificaram violência ocorrida na população LGBT: Angra dos Reis, Bom Jardim, Cambuci, Cantagalo, Conceição de Macabu, Cordeiro, Engenheiro Paulo de Frontin, Italva, Laje do Muriaé, Miracema, Paty do Alferes, Santa Maria Madalena, São Francisco de

Itabapoana, São João da Barra, São José de Ubá, Sapucaia, Trajano de Moraes e Varre-Sai. Houve uma redução expressiva do percentual de municípios sem notificação de violência na população LGBT, variando de 62% em 2015 a 40,2% em 2021 ($\beta = -4,35$; $p < 0,001$); bem como das demais populações ($\beta = -3,25$; $p = 0,002$) (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição proporcional dos municípios sem notificação de violência interpessoal e autoprovocada por tipo de população e ano. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a



Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

A violência autoprovocada obteve 23.299 notificações, sendo que 3,6% delas corresponderam à população LGBT (*tabela 1*). A maioria das notificações ocorreu em mais jovens, de 18 a 39 anos (72,9%), sendo proporcionalmente maior entre a população LGBT (87,2%; $p < 0,001$), e com tendência de estabilidade no período ($p = 0,096$). A população negra também foi a maioria (45,5%), mas com alto percentual de informação ignorada (22,4%), em particular, para a população não LGBT ($p < 0,001$), mas com queda no período ($\beta = -1,92$; $p = 0,018$). Já a escolaridade apresentou elevado registro ignorado (68,7%), comprometendo a análise e com tendência estável no período

avaliado ($p = 0,072$). A maioria foi encaminhada para área da saúde (64,3%), seguida da assistência social (7,2%), sendo proporcionalmente maior para a população LGBT (68,7% e 9,3% respectivamente; $p \leq 0,016$). A maioria dos encaminhamentos se manteve estável no período ($p > 0,05$). Na população LGBT, entretanto, houve um declínio no encaminhamento para delegacia de atendimento à mulher ($\beta = -0,53$; $p = 0,049$). Nas demais, ocorreu um aumento do encaminhamento para saúde ($\beta = 4,2$; $p = 0,009$), assistência social ($\beta = 0,93$; $p < 0,001$) e delegacia da mulher ($\beta = 0,37$; $p = 0,025$); e declínio para outras delegacias ($\beta = -0,92$; $p = 0,008$).

Tabela 1. Características das notificações de violência autoprovocada e encaminhamentos realizados por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a

Características	Total		LGBTQIA+		Demais		p
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária							
18 a 39	16983	72,9	738	87,2	16245	72,4	< 0,001
40 a 59	6316	27,1	108	12,8	6208	27,6	
Raça/cor da pele							
Branca	7310	31,4	306	36,2	7004	31,2	< 0,001
Negra	10599	45,5	426	50,4	10173	45,3	
Amarela ou indígena	175	0,8	5	0,6	170	0,8	
Ignorado ou em branco	5215	22,4	109	12,9	5106	22,7	
Escolaridade							
Até fundamental incompleto	1626	7,0	54	6,4	1572	7,0	< 0,001
Fundamental completo ou superior	5656	24,3	394	46,6	5262	23,4	
Ignorado ou em branco	16017	68,7	398	47,0	15619	69,6	
Encaminhamento							
Saúde	14989	64,3	581	68,7	14408	64,2	0,008
Assistência social	1671	7,2	79	9,3	1592	7,1	0,016
Educação ^b	28	0,1	3	0,4	25	0,1	-
Atendimento à mulher	480	2,1	21	2,5	459	2,0	0,449
Centro de Referência dos Direitos Humanos ^b	23	0,1	1	0,1	22	0,1	-
Ministério Público da União ^b	40	0,2	0	0,0	40	0,2	-
Delegacia de atendimento à mulher	395	1,7	14	1,7	381	1,7	1,000
Outras delegacias	1024	4,4	54	6,4	970	4,3	0,005
Defensoria Pública ^b	43	0,2	5	0,6	38	0,2	-
Total	23299	100,0	846	100,0	22453	100,0	-

Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

^b Dados insuficientes para comparação.

Entre a população LGBT com notificação de violência autoprovocada, a maioria era homossexual (76,5%). Todos(as) os(as) que declararam ser heterossexuais eram transgêneros(as) (6,6%). Quanto à identidade de gênero, 21,2% eram transexuais, em particular, mulher transgênera (12,3%).

Em relação às notificações de violência interpessoal, as características da população são apresentadas na *tabela 2*. A maioria das notificações também ocorreu em mais jovens, de 18 a 39 anos (73,6%), e foi proporcionalmente maior

na população LGBT (81,2%; $p < 0,001$), e com tendência de crescimento no período ($\beta = 0,87$; $p = 0,019$). Houve também um predomínio da população negra (51,9%), bem como alto percentual de informação ignorada (18,7%), principalmente para a população não LGBT (19%; $p < 0,001$), mas com tendência estável no período ($p = 0,112$). A variável escolaridade também apresentou alto percentual de registro ignorado (56,1%), sendo proporcionalmente maior para a população não LGBT ($p < 0,001$), mas com tendência estável no período ($p = 0,992$).

A violência física foi a mais notificada (90,5%), sendo proporcionalmente maior entre a população não LGBT ($p < 0,001$) e com tendência de aumento no período ($\beta = 0,99$; $p = 0,027$), mas com possibilidade de autocorrelação positiva ($d = 1,35$). A notificação de negligência e violência policial/legal foi também maior na população não LGBT ($p < 0,001$), mas com tendência estável no período ($p \geq 0,055$). A notificação de tortura e violência sexual foi proporcionalmente maior na população LGBT ($p < 0,001$), mas a tortura apresentou leve declínio no período ($\beta = -0,19$; $p = 0,039$).

No que se refere aos encaminhamentos, a maioria também foi para área de saúde (39,6%), seguida de delegacias (26,3%) (tabela 1). Na população LGBT, o encaminhamento para

assistência social (7,8%), delegacias (32%) e Centro de Referência dos Direitos Humanos (0,6%) foi proporcionalmente maior ($p < 0,001$), enquanto nas demais, foi a delegacia de atendimento à mulher (18,8%; $p = 0,002$).

Na população LGBT, o encaminhamento apresentou tendência crescente no período para área de saúde ($\beta = 5,24$; $p = 0,006$), assistência social ($\beta = 1,20$; $p = 0,002$) e defensoria pública ($\beta = 4,2$; $p = 0,003$); e declínio para delegacias ($\beta = -1,94$; $p = 0,004$). Na população não LGBT, também houve tendência de aumento de encaminhamento para saúde ($\beta = 3,54$; $p = 0,003$), assistência social ($\beta = 0,88$; $p = 0,001$) e defensoria pública ($\beta = 0,42$; $p = 0,002$); mas também para delegacia de atendimento à mulher ($\beta = 1,05$; $p = 0,020$).

Tabela 2. Características das notificações de violência interpessoal por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a

Características	Total		LGBTQIA+		Demais		p
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária							
18 a 39	66839	73,6	2489	81,2	64350	73,4	< 0,001
40 a 59	23955	26,4	576	18,8	23379	26,6	
Raça/cor da pele							
Branca	25819	28,4	1003	32,7	24816	28,3	< 0,001
Negra	47124	51,9	1674	54,6	45450	51,8	
Amarela ou indígena	859	0,9	32	1,0	827	0,9	
Ignorado/Branco	16992	18,7	356	11,6	16636	19,0	
Escolaridade							
Até fundamental incompleto	10051	11,1	372	12,1	9679	11,0	< 0,001
Fundamental completo ou superior	29791	32,8	1406	45,9	28385	32,4	
Ignorado/Branco	50952	56,1	1287	42,0	49665	56,6	
Tipo de Violência^b							
Física	82141	90,5	2604	85,0	79537	90,7	< 0,001
Psicológica	31855	35,1	1122	36,6	30733	35,0	0,076
Tortura	1789	2,0	93	3,0	1696	1,9	< 0,001
Sexual	7271	8,0	571	18,6	6700	7,6	< 0,001
Tráfico ^c	23	0,0	0	0,0	23	0,0	-
Financeiro	1793	2,0	74	2,4	1719	2,0	0,087
Negligência	726	0,8	8	0,3	718	0,8	< 0,001

Tabela 2. Características das notificações de violência interpessoal por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021^a

Características	Total		LGBTQIA+		Demais		p
	N	%	N	%	N	%	
Policial/Legal	572	0,6	3	0,1	569	0,6	< 0,001
Outros	1152	1,3	22	0,7	1130	1,3	0,007
Encaminhamento							
Saúde	35999	39,6	1263	41,2	34736	39,6	0,075
Assistência social	5340	5,9	238	7,8	5102	5,8	< 0,001
Educação	165	0,2	8	0,3	157	0,2	0,405
Atendimento à mulher	13794	15,2	472	15,4	13322	15,2	0,765
Centro de Referência dos Direitos Humanos	232	0,3	18	0,6	214	0,2	< 0,001
Ministério Público da União	465	0,5	20	0,7	445	0,5	0,328
Delegacia de atendimento à mulher	17015	18,7	508	16,6	16507	18,8	0,002
Outras delegacias	23866	26,3	981	32,0	22885	26,1	< 0,001
Defensoria Pública	147	0,2	4	0,1	143	0,2	0,833
Total	90794	100,0	3065	100,0	87729	100,0	-

Fonte: elaboração própria.

^a Dados disponibilizados em 05/01/2022.

^b Categorias não excludentes.

^c Dados insuficientes para comparação.

A maioria das notificações não tinha registro do motivo da violência (73,9%). Dentre as que apresentaram registro, destacou-se o sexismo, sendo 48,7% na população LGBT e 68,9% nas demais, seguido do conflito geracional, 12,5% e 22,9% respectivamente. Na população LGBT a violência por motivo homofóbico ou transfóbico correspondeu a 0,4% das notificações.

Entre a população LGBT com notificação de violência interpessoal, a maioria era homossexual (69,1%). Quanto à identidade de gênero, 26,5% eram transexuais, em particular, mulher transgênera (18,1%).

Discussão

A notificação de violência foi implantada no Brasil há mais de dez anos¹², no entanto, o município de Cardoso Moreira não exibiu nenhum registro no período estudado. A inclusão da população LGBT na notificação de

violência ocorreu há oito anos¹³, mas 40,2% dos municípios do estado do Rio de Janeiro não notificaram em 2021. Houve, no entanto, uma redução expressiva do percentual de municípios sem notificação de violência nessa população no período avaliado.

O percentual de notificação de violência referente à população LGBT tem aumentado nos últimos anos ($\beta = 0,46$; $p < 0,001$), atingindo 4,5% em 2021, mas ainda é muito baixo; tendo em vista que, a cada 29 horas, uma dessas pessoas é morta no Brasil¹⁴. Estudo realizado no País, de 2015 a 2017, já havia constatado um aumento das notificações dessa população no período¹⁵.

Apesar de ser recente a inclusão das variáveis orientação sexual e identidade de gênero na ficha de notificação de violência, está havendo um maior investimento, sobretudo do movimento social, em disseminar as informações a respeito dessa população, além da própria busca de profissionais por

qualificação para melhor entendimento e atendimento desse segmento social. Ainda não há, contudo, nenhuma legislação para combater a violência baseada na orientação sexual e identidade de gênero. Na Câmara Federal, foi submetido um projeto de lei que previa a criminalização de diversas formas de discriminação em todo o território nacional, inclusive a discriminação LGBTfóbica¹⁶, mas o projeto ainda se encontra em tramitação nas comissões antes de seguir para o Plenário. O Supremo Tribunal Federal, no entanto, interveio para incluir a discriminação contra a população LGBT e outros¹⁷ na lei do racismo¹⁸ até que o Congresso aprove uma lei específica, visando minimizar esse problema.

Ainda é um desafio sensibilizar os profissionais para introduzir na sua prática o ato de notificar, que provavelmente se deve ao desconhecimento acerca de como proceder diante desses casos por preconceitos e dificuldades de abordagem dessas questões. Além disso, o isolamento do profissional de saúde, que se vê diante de um caso complexo, sem ter com quem dividir, sem saber como proceder, favorece o alto percentual de inconsistências identificadas. O atendimento discriminatório e excludente, que ainda ocorre, também pode ser uma barreira de acesso da população LGBT aos serviços de saúde, sobretudo, das pessoas transgêneras^{14,19-21}.

Há necessidade de capacitação continuada dos profissionais de saúde de forma a ativar a sensibilidade e a percepção para o atendimento humanizado, conforme previsto na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT)²², bem como para o preenchimento adequado da ficha de notificação. Muitas vezes, contudo, o trabalho nos serviços de saúde apresenta sobrecarga para os profissionais, conforme foi vivenciado durante a pandemia da Covid-19 e nos atendimentos de emergência, e a exigência de preencher mais um formulário extenso e detalhado pode ser considerada excessiva. Ademais, é preciso levar em conta também que, geralmente, os

profissionais recebem pouco apoio institucional para a realização da notificação, pois não é considerado prioritário na assistência.

Profissionais de outros setores, como educação, assistência social, Centros de Referência de Direitos Humanos, saúde indígena, conselhos tutelares, centros especializados de atendimento à mulher, entre outros, também podem realizar a notificação¹³. É importante ressaltar que a notificação por setores, além da saúde, contribui para ampliar as informações para melhor formulação de políticas públicas, fortalece as redes de cuidado e não fica restrita apenas à área de saúde.

A maioria das notificações de violência autoprovocada ocorreu nos mais jovens, de 18 a 39 anos (72,9%), e nos(as) negros(as) (45,5%), sendo proporcionalmente maior entre a população LGBT ($p < 0,001$). Estudos realizados no País também têm identificado um predomínio da população negra na violência ocorrida na população LGBT, tanto nas notificações¹⁵ quanto nos óbitos¹⁴.

Em relação à notificação de violência autoprovocada na população LGBT, a maioria era homossexual (76,5%), e entre os(as) transexuais, as mulheres foram as mais acometidas (12,3%). No estudo realizado no estado do Paraná, foi identificada característica similar, sendo 33,7% das notificações em lésbicas, 24,9% em gays e 19% entre as mulheres transexuais²³. O estudo também apontou que 29% das notificações foram de tentativa de suicídio. A vulnerabilidade das mulheres transexuais também tem sido apresentada nos últimos três relatórios da Associação Nacional de Travestis e Transexuais²⁴. Outrossim, o levantamento baseado na coleta de notícias de jornais publicadas na mídia brasileira e nas redes sociais constatou que, das 300 mortes violentas ocorridas no Brasil em 2021, 8% foram suicídio¹⁴.

O suicídio é considerado um problema de saúde pública global, pois já representa a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos²⁵. Isso levou a OMS a priorizar a redução da mortalidade e incluí-la como um indicador nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

(ODS) das Nações Unidas sob a meta 3.4, bem como no 13º Programa Geral de Trabalho 2019-2023 e no Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030, ambos da OMS. Quanto à taxa global de suicídio, embora tenha reduzido no período de 2010 a 2016, houve um aumento de 6% no continente americano.

A prevenção do suicídio abrange desde a oferta das condições mais adequadas para atendimento e tratamento efetivo das pessoas em sofrimento psíquico até o controle ambiental dos fatores de risco. Tal violência dimensiona o peso da reprovação social sobre o inconsciente e a autoestima das pessoas vítimas desse agravo – e algumas delas não têm suportado a dor causada pelo olhar e pelas críticas a ponto de tirarem a sua própria vida. Na população LGBT e outros, revela-se o quanto é doloroso e difícil lidar com a sexualidade fora do esquema da heteronormatividade, em uma sociedade cissexista²⁶. O sofrimento, os constrangimentos, os assassinatos e os suicídios são motivados, muitas vezes, devido ao não reconhecimento das vivências trans²⁷, grupo ainda pouco estudados no Brasil, e que, no presente estudo, apresentou baixo percentual de notificações de violência, tanto provocada quanto interpessoal.

A notificação faz parte de uma dimensão da linha de cuidado, que também possui acolhimento, atendimento e seguimento para a rede de assistência e de proteção social. Os casos notificados de violência autoprovocada foram encaminhados, principalmente, para atendimento na área da saúde (64,3%), seguida da assistência social (7,2%), sendo proporcionalmente maior para a população LGBT (68,7% e 9,3% respectivamente). A tendência dos encaminhamentos para a população LGBT para essas áreas manteve-se estável no período ($p > 0,05$), entretanto, houve um declínio para delegacia de atendimento à mulher. O impacto sobre a saúde mental e o comportamento suicida tem maior probabilidade nessa população²⁶, sendo fundamental a disponibilidade dessa informação para identificação da magnitude desse agravo, bem como a melhoria

da oferta de cuidado, envolvendo mais equipes qualificadas nos territórios para ter acolhimento adequado, seguimento do atendimento e inserção na rede intra e intersetorial. Em contrapartida, para a população não LGBT, ocorreu um aumento do encaminhamento para saúde, assistência social e delegacia da mulher, e declínio para outras delegacias.

Em relação às notificações de violência interpessoal, também houve um predomínio dos(as) mais jovens e negros(as), e, da mesma forma, proporcionalmente maior da população LGBT. Tal situação corrobora o racismo estrutural existente na sociedade, em que pessoas negras têm o risco iminente de sofrer violência pela cor da sua pele em função do preconceito e da discriminação²⁸.

A violência física foi a mais notificada (90,5%), principalmente na população não LGBT, e com tendência de aumento no período. Já a notificação de tortura (2%) e de violência sexual (8%) foi proporcionalmente maior na população LGBT, mas a tortura apresentou leve declínio no período. Estudo realizado no Brasil, de 2015 a 2017¹⁵, também identificou a notificação de violência física como a mais frequente na população LGBT (75%), seguida das violências psicológica (28,7%) e sexual (11,2%). A maioria das notificações não tinha registro do motivo da violência (73,9%). A ausência desse registro compromete o cuidado, a proteção das pessoas e a formulação de políticas públicas. Dentre os que apresentaram registro, destacou-se o sexismo, sendo 48,7% na população LGBT e 68,9% nas demais, seguido do conflito geracional, com 12,5% e 22,9% respectivamente. Na população LGBT, a violência por motivo homofóbico ou transfóbico correspondeu a 0,4% das notificações, principalmente entre as mulheres transexuais. Essa população é muito vulnerável à violência, tendo em vista a dificuldade de aceitação, por parte da sociedade, gerando preconceito, discriminação, prejulgamento e violações de direitos. Apenas em abril de 2022, houve o reconhecimento, pela 6ª turma do Superior Tribunal de Justiça, de que a Lei Maria da

Penha se aplica aos casos de violência doméstica ou familiar contra mulheres transexuais²⁹.

Nos casos de violência interpessoal, a maioria dos encaminhamentos também foi para área de saúde (39,6%), seguida de delegacias (26,3%). Na população LGBT, houve um aumento proporcional dos encaminhamentos para assistência social (7,8%), delegacias (32%) e Centro de Referência dos Direitos Humanos (0,6%); enquanto nas demais, foi a delegacia de atendimento à mulher (18,8%). A tendência dos encaminhamentos para a população LGBT apresentou crescimento no período para área de saúde, assistência social e defensoria pública, porém, houve declínio para delegacias. Na população não LGBT, também houve tendência de aumento de encaminhamento para saúde, assistência social e defensoria pública, mas também para atendimento à mulher.

No que diz respeito à notificação da violência contra a população LGBT, por ser recente no Sinan, pode ser que os profissionais de saúde ainda desconheçam quais são os equipamentos específicos e os respectivos fluxos para atender essa população, bem como qual a mobilização de recursos efetivamente desencadeados pela notificação compulsória. Constatou-se, todavia, por meio do monitoramento nos municípios, uma tímida formação de rede para encaminhamento prioritário das vítimas para o Centro de Cidadania LGBTI+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Mulher Transexual, Homem Trans e Intersexual e outros) antes da delegacia, de modo que essas pessoas recebam assistência mais especializada às suas necessidades.

Outro aspecto que contribui para existência da subnotificação nos municípios é a privatização/terceirização na oferta desse tipo de atendimento. Isso provoca fragmentação das ações em saúde, alta rotatividade dos profissionais, fragilidade dos vínculos contratuais, especialmente na atenção básica. Quando há substituição de profissionais, geralmente não há capacitação para eles, o que impede uma boa qualidade dos serviços e compromete a construção de um programa de formação

continuada para enfrentamento do problema.

Tendo em vista os objetivos de contribuir para diminuição de estigmas e colaborar para o melhor entendimento de termos que são recorrentes entre a população LGBT, esse instrumento também poderia ser preenchido pelos setores que atendem essa população, bem como pelos movimentos sociais, devido a estarem mais próximos e conhecerem suas necessidades e dificuldades. Tal possibilidade está prevista na própria ficha, que lista como unidade notificadora: unidade de assistência social, estabelecimento de ensino, Conselho Tutelar, unidade de saúde indígena, Centro Especializado de Atendimento à Mulher e outros; mas isso ainda é pouco divulgado e/ou acordado com as instituições. Nesse sentido, a ampliação do preenchimento desse instrumento por outras instituições poderia contribuir para redução da subnotificação e, consequentemente, dar maior visibilidade à violência vivenciada, em particular, pela população LGBT.

Ressalta-se a necessidade de pesquisas com enfoque na população LGBT, incluindo queer, intersexo, assexual entre outros, que ainda são escassas, principalmente com dados epidemiológicos, de forma a contribuir para subsidiar as políticas públicas de saúde direcionadas a essa população³⁰.

Considerações finais

O presente estudo buscou analisar a notificação de violência interpessoal e autoprovoçada, em particular, na população LGBT. A notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde realizada à autoridade sanitária do território por profissionais de saúde, para fins de adoção das medidas de intervenção pertinentes. Do ponto de vista da vigilância, a notificação é a disparadora imediata da informação para a área Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do município, para digitação, consolidação e análise dos dados. O objetivo é conhecer a sua

magnitude, tendo em vista o planejamento e as providências para enfrentamento da situação de violência. Pela perspectiva da assistência, deflagra a inserção na rede de atenção e de proteção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos.

Nesse contexto, é fundamental o trabalho em equipe multiprofissional para acompanhamento adequado dos casos. A notificação pode ser realizada não só pelos profissionais de saúde, mas também por outros profissionais, inseridos em outras políticas, como assistência social, educação, Centros de Referência de Direitos Humanos, Justiça, Conselho Tutelar, Centro Especializado de Atendimento à Mulher e outros, conforme preconizado no instrutivo. É importante ressaltar que a notificação feita por esses setores, além de ampliar as informações para melhor formulação de políticas públicas, fortalece as redes de cuidado, não se restringindo apenas à área de saúde. Ademais, ratifica a importância de essa notificação ser preenchida também pelos movimentos sociais representativos da população LGBT e outros, evitando o apagamento de dados, as iniquidades e a lacuna no cuidado que são recorrentes nessa população, mas, sobretudo, fortalecendo a rede de proteção específica para esse segmento que, apesar de pequena, começa a despontar nos territórios. Faz-se

necessário, portanto, valorizar a notificação, pois é por intermédio dela que esse problema ganha visibilidade para que possa subsidiar políticas públicas, criando estratégias para promoção da cultura da paz.

Considera-se também fundamental o fortalecimento da representação dos movimentos sociais organizados da população LGBT e outros, nos Conselhos de Saúde, Comitês, Conferências e demais instâncias de participação social para ampliar acesso à saúde. O monitoramento e a avaliação da política pública que ocorrem no âmbito estadual, por meio do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População LGBT, têm que desdobrar em ações para incentivar a criação dos comitês municipais, atendendo ao que está preconizado na PNSI-LGBT.

Colaboradoras

Cordeiro GTL (0000-0002-7241-948X)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão e aprovação da versão final do manuscrito. Girianelli VR (0000-0002-8690-9893)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Schraiber LB, D'oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública*. 2006 [acesso em 2022 out 28]; 25(esp):112-120. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2006.v40nspe/112-120/pt>.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002. [acesso em 2021 nov 15]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf.
- Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007 [acesso em 2022 out 28]; 11(esp1):1269-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CcmXyS4HDfsXZSqGwzv7kVS/?format=pdf&lang=pt>.
- Jorge MHM, Cascão AM, Silva RC. Acidentes e Violências: um guia para o aprimoramento da qualidade da informação. São Paulo: Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 2003.
- Waldman EA, Jorge MHM. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Ciênc. saúde coletiva*. 1999 [acesso em 2022 out 29]; 4(1):71-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/P5NrXStVXhBjd9GR8KsGyvf/?format=pdf&lang=pt>.
- Brasil. Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/39/LGBTI/Plano%20Nacional%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Cidadania%20e%20Direitos%20Humanos%20LGBTI.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf.
- Wareham J. Murdered, Hanged and Lynched: 331 Trans People Killed This Year. Jersey City, United States: Forbes; 2019. [acesso em 2022 out 29]. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/jamiewareham/2019/11/18/murdered-hanged-and-lynched-331-trans-people-killed-this-year/?sh=452b99292d48>.
- Klein CH, Block KV. Estudos Secionais. In: Medronho RA, Block KV, Luiz RR, et al., organizadores. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. p. 193-219.
- Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015 [acesso em 2022 out 27]; 24(3):565-576. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zzG7bfRbP7xSmqgWX7FfGZL/abstract/?lang=pt>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*. 26 Jan 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf.

14. Oliveira JMD, Mott L, organizadores. Mortes violentas de LGBT+ no Brasil: Relatório 2021. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia; 2022. [acesso em 2023 jan 30]. Disponível em: <https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2022/03/mortes-violentas-de-lgbt-2021-versao-final.pdf>.
15. Pinto IV, Andrade SSA, Rodrigues LL, et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2020 [acesso em 2022 out 28]; 23(supl1):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YV7VvNY5WYLWx4636Hq9Z5r/?format=pdf&lang=pt>.
16. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 7582, de 20 de maio de 2014. Define os crimes de ódio e intolerância e cria mecanismos para coibi-los, nos termos do inciso III do art. 1º e caput do art. 5º da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2014. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=616270>.
17. Supremo Tribunal Federal. Inteiro Teor do Acórdão. Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão 26 Distrito Federal. Relator: Min. Celso de Mello, 13 de junho de 2019. Brasília, DF; 2019 [acesso em 2022 out 28]. 566 p. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754019240>.
18. Brasil. Lei nº 7716 de 5 de janeiro de 1989. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Diário Oficial da União. 6 Jan 1989. [acesso em 2022 out 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm.
19. Ferreira AP, Nichele CST, Jesus JG, et al. Evidências científicas sobre o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQI+: revisão do escopo. *Res., Soc. Dev.* 2022 [acesso em 2022 set 8]; 11(10):1-16. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32519>.
20. Silva Neto IF, Barbosa GS, Gregório MJL, et al. Saú-de um direito de todos? Impasses encontrados pela população LGBTQIA+ no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Res., Soc. Dev.* 2022 [acesso em 2022 out 28]; 11(9):e52711932142. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32142>.
21. Santos EL, Prigol AC, Lasmar AS, et al. Dificuldades enfrentadas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transexuais no Programa de Saúde da Família. *Res., Soc. Dev.* 2020 [acesso em 2022 set 8]; 9(9):e193997024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7024>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União. 2 Dez 2011.
23. Santos ROD, Polidoro M, Wanzinack C, et al. Caracterização das notificações de violência autoprovocada em Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) do Estado do Paraná de 2015 a 2017. *Cad. Gên. Tecnol, Curitiba.* 2022 [acesso em 2022 out 28]; 15(45):26-47. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/13624/8958>.
24. Benevides BG, Nogueira SNB, organizadoras. Dossiê: assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018. Brasília, DF: Distrito Drag, Antra, IBTE; 2019. [acesso em 2022 out 27]. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/12/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf>.
25. World Health Organization. Suicide in the world: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2019. [acesso em 2022 nov 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>.
26. Oliveira ET, Vedana KGG. Suicídio e depressão na população LGBT: postagens publicadas em blogs pessoais. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2020 [acesso em 2022 out 28]; 16(4):32-38.

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/168145>.

27. Jesus JG. Homofobia: identificar e prevenir. Rio de Janeiro, RJ: Metanoia; 2015.
28. Almeida SL. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen; 2019.
29. Superior Tribunal de Justiça. Lei Maria da Penha é aplicável à violência contra mulher trans, decide Sexta Turma. Brasília, DF: STJ; 6 abr 2022. [acesso em 2023 fev 13]. Disponível em: [-Lei-Maria-da-Penha-e-aplicavel-a-violencia-contra-mulher-trans--decide-Sexta-Turma.aspx.](https://www.stj.jus.br/sites/porta/p/Paginas/Comunicacao/Noticias/05042022-</div><div data-bbox=)

30. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. Saúde debate. 2019 [acesso em 2023 fev 13]; 43(esp8):305-323. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe8/305-323/pt>.

Recebido em 16/10/2023

Aprovado em 24/02/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Helena Barros de Oliveira