

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Geórgia Thais Lima Cordeiro

**Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT no Estado do
Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021**

Rio de Janeiro

2022

Geórgia Thais Lima Cordeiro

**Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT no Estado do
Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vania Reis Girianelli.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Notification of self-inflicted and interpersonal violence in the LGBT population in the State of Rio de Janeiro from 2015 to 2021

.

C794n Cordeiro, Geórgia Thais Lima.
Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021 / Geórgia Thais Lima Cordeiro. -- 2022.
93 f. : il. color.

Orientadora: Vania Reis Girianelli.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 80-91.

1. Violência. 2. Sistemas de informação de agravo de notificação. 3. Populações vulneráveis. 4. Pessoas LGBT. 5. Direitos Humanos. I. Título.
CDD 362.896

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Glauce de Oliveira Pereira - CRB-7-5642
Biblioteca de Saúde Pública

Geórgia Thais Lima Cordeiro

**Notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT no Estado do
Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 06 de outubro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Jaqueline Gomes de Jesus
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Vania Reis Girianelli (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro
2022

Dedico essa dissertação a minha mãe, Waldenita Moncorvo Lima Cordeiro e ao meu pai Edmundo dos Santos Cordeiro (*in memoriam*) e toda minha ANCESTRALIDADE e meus ANTEPASSADOS, por todo empenho e dedicação para que eu tivesse acesso ao estudo, contribuindo para descobrir e entender melhor a mim, as pessoas e o mundo. Dedico também a todes LGBTQ+, vítimas de violência, que devido ao preconceito tiveram suas vidas ceifadas e seus corpos atacados.

AGRADECIMENTOS

Sempre foi meu desejo entrar para área acadêmica, porém ao longo da minha trajetória profissional, fui adiando por uma série de motivos. Cada hora era algo que acontecia desde dúvidas em relação a minha capacidade intelectual para enfrentar esse desafio, considerando a idade e o tempo de trabalho, pensava assim: “já estou quase me aposentando...”, até problemas de saúde pessoal e na família. Todavia consegui vencer tais dificuldades e ingressei no Mestrado Profissional, num lugar que eu sempre quis, de referência do nosso país na formação e qualificação de profissionais de saúde, em meio à uma pandemia, onde a insegurança e o medo, tomou conta de todos nós. E por isso preciso agradecer.

Primeiramente agradeço à DEUS SUPREMO, ao meu MESTRE MEISHU SAMA e aos meus ANTEPASSADOS que me permitiram eu estar viva hoje e não ter perdido ninguém do meu núcleo familiar mais próximo para a COVID19 e me solidarizo com as mais de 680 mil famílias que perderam seus entes queridos. Perdi pessoas amigas para essa doença, fica minha saudade e tristeza, porque não tive a possibilidade de estar ao lado delas e de suas famílias nesse momento difícil.

Esse sonho, não foi realizado solitariamente, tive apoio da minha família, especialmente da minha irmã Wal, do meu companheiro Jorge, agradeço de coração por compreenderem minha ausência, minha ansiedade, minha impaciência e meu nervosismo. Amo vocês, gratidão!

Agradeço também aos colegas de trabalho pelo apoio e aprendizado, aos colegas de Mestrado pela força, trocas e risadas mesmo sendo no grupo virtual, a ilustre banca por ter aceitado o convite e por fim, mas não menos importante, a minha eterna gratidão a minha orientadora pelo conhecimento transmitido, paciência e parceria no trabalho: Professora Vania, obrigada!

RESUMO

A violência é um grave problema de saúde pública e afeta grande parcela da população mundial, destacando como uma das principais causas de morte na população jovem e negra. No Brasil, os casos de violência passaram a ser de notificação compulsória em 2011. A notificação é um dos aspectos da linha de cuidado que possibilita, além de conhecer e consequentemente dar visibilidade ao problema, acolher e encaminhar o indivíduo para a assistência necessária em diversas áreas e definir estratégias de intervenção no enfrentamento da violência e na construção de políticas públicas de saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travesti e Transexuais (LGBT) propôs a inclusão dos campos orientação sexual e identidade de gênero, sendo incorporados em 2015. Tais conceitos podem não ser ainda de domínio da maioria dos profissionais e resultar em erros no preenchimento. A incompletude de alguns campos de diversas fichas dos sistemas de informação tem sido relatada, em particular os considerados não diretamente relacionados a doença, evento ou agravo objeto da notificação, como raça ou cor da pele. O presente estudo tem como objetivo analisar as notificações de violência autoprovocada e interpessoal na população LGBT no Estado do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2021. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo painéis repetidos, para conhecer a violência interpessoal e autoprovocada ocorrida na população LGBT notificada no estado do Rio de Janeiro nesse período. Foi utilizado banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizado pelo estado do Rio de Janeiro. Foram elegíveis para o estudo 147.210 notificações. Dessas, 33.117 (22,5%) o tipo de violência não foi registrado, o que compromete a análise, mas o percentual tem decrescido no período. Apenas 2,8% das notificações de violência foram referentes a 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 negros(as), sendo proporcionalmente maior entre a população LGBT ($p < 0,001$). A violência física foi a mais notificada (90,5%), principalmente na população não LGBT ($p < 0,001$). Já a notificação de tortura (2,0%) e violência sexual (8,0%) foram proporcionalmente maiores na população LGBT ($p < 0,001$), mas a tortura apresentou leve declínio no período ($\beta = -0,19$; $p = 0,039$). O alto percentual de inconsistências identificadas sinaliza a necessidade aprimoramento do sistema de informação e capacitação continuada dos profissionais de saúde. A oferta de uma qualificação permanente se constitui um fator de fundamental importância e para melhor atuação dos profissionais de saúde no preenchimento desse instrumento tão potente e rico de informações epidemiológicas. Além de proporcionar o conhecimento acerca das terminologias para uma melhor compreensão das diferentes dimensões de gênero e diversidade sexual, contribuindo com a ruptura do conservadorismo e sendo capaz de reduzir os problemas encontrados, superar o preconceito e a discriminação.

Palavras-chave: violência; sistemas de informação de agravo de notificação; populações vulneráveis; pessoas LGBT; direitos humanos.

ABSTRACT

Violence is a serious public health problem and affects a large portion of the world's population, highlighting as one of the main causes of death in the young and black population. In Brazil, cases of violence became compulsory notification in 2011. Notification is one of the aspects of the line of care that allows, in addition to knowing and consequently giving visibility to the problem, receive and refer the individual to the necessary assistance in several areas and define intervention strategies in coping with violence and in the construction of public health policies. The National Policy of Comprehensive Health Care for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (LGBT) proposed the inclusion of the fields of sexual orientation and gender identity, being incorporated in 2015. Such concepts may not yet be the domain of most professionals and result in errors in filling. The incompleteness of some fields of various information systems records has been reported, in particular those considered not directly related to disease, event or injury object of notification, such as race or skin color. This study aims to analyze the notifications of self-inflicted and interpersonal violence in the LGBT population in the State of Rio de Janeiro from 2015 to 2021. This is observational epidemiological research of the type repeated panels, to know the interpersonal and self-inflicted violence that occurred in the LGBT population reported in the state of Rio de Janeiro during this period. A database of the National System of Notifiable Diseases (SINAN) made available by the state of Rio de Janeiro was used. The study was eligible for 147,210 notifications. Of these, 33,117 (22.5%) the type of violence was not registered, which compromises the analysis, but the percentage has decreased in the period. There was, however, an increase in the proportion of notifications in this population ($\beta = 0.46$; $p < 0.001$), reaching 4.5% in 2021. Most reports of self-inflicted and interpersonal violence occurred in the youngest 18 to 39 years and blacks, being proportionally higher among the LGBT population ($p < 0.001$). Physical violence was the most reported (90.5%), especially in the non-LGBT population ($p < 0.001$). Notification of torture (2.0%) and sexual violence (8.0%) were proportionally higher in the LGBT population ($p < 0.001$), but torture showed a slight decline in the period ($\beta = -0.19$; $p = 0.039$). The high percentage of inconsistencies identified signals the need for improvement of the information system and continued training of health professionals in completing this instrument so powerful and rich in epidemiological information. In addition to providing knowledge about the terminologies for a better understanding of the different dimensions of gender and sexual diversity, contributing to the rupture of conservatism and being able to reduce the problems encountered, overcome prejudice and discrimination.

Keywords: violence; health information systems; vulnerable populations; LGBT persons; human rights.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção Saúde.....	32
Figura 1 - Diagrama de avaliação de autocorrelação da estatística de Durbin-Watson para sete observações.....	43
Figura 2 - Diagrama do procedimento para seleção dos registros de notificação de violência do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021.....	44
Gráfico 1 - Distribuição percentual do tipo de notificação de violência por ano. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	45
Gráfico 2 - Distribuição proporcional das notificações de violência por tipo de população e ano. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	47
Gráfico 3 - Distribuição proporcional dos municípios sem notificação de violência por tipo de população e ano. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	48
Gráfico 4 - Distribuição percentual das notificações de violência autoprovocada na população LGBT segundo orientação sexual. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	61
Gráfico 5 - Distribuição percentual das notificações de violência autoprovocada na população LGBT segundo identidade de gênero. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	61
Gráfico 6 - Distribuição percentual das notificações de violência interpessoal da população LGBT segundo orientação sexual. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	67
Gráfico 7 - Distribuição percentual das notificações de violência interpessoal da população LGBT segundo identidade de gênero. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e percentual do tipo de notificação de violência por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	46
Tabela 2 - Número e percentual de notificação de violência por tipo de população e ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	46
Tabela 3 - Distribuição proporcional dos municípios sem notificação de violência por tipo de população e ano. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	47
Tabela 4 - Número e percentual do sexo biológico incompatível com identidade de gênero por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	49
Tabela 5 - Número e percentual dos encaminhamentos com registros inadequados referentes as violências notificadas por ano. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	49
Tabela 6 - Número e percentual das não conformidades das características das vítimas por ano de notificação. Rio de Janeiro. 2015 a 2021.....	51
Tabela 7 - Número e percentual de ausência de registro do local de residência das vítimas por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	52
Tabela 8 - Número e percentual das não conformidades do local e hora de ocorrência da violência por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	53
Tabela 9 - Número e percentual do tipo e forma de violência notificada como autoprovocada por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	55
Tabela 10 - Número e percentual das características do agressor das notificações de violência autoprovocada por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.	56
Tabela 11 - Número e percentual do tipo de violência interpessoal com registro ignorado ou em branco por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021	57
Tabela 12 - Número e percentual do meio de agressão das violências psicológicas por ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	58
Tabela 13 - Características das notificações de violência autoprovocada por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	59
Tabela 14 - Características das notificações de violência autoprovocada por tipo de população e ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	60
Tabela 15 - Número e percentual dos encaminhamentos realizados referentes as notificações de violência autoprovocada por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	62

Tabela 16 - Número e percentual dos encaminhamentos realizados referentes a violência autoprovocada por tipo de população e ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.	63
Tabela 17 - Características das notificações de violência interpessoal por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	64
Tabela 18 - Características das notificações de violência interpessoal por tipo de população e ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	66
Tabela 19 - Número e percentual dos encaminhamentos realizados referentes as notificações de violência interpessoal por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	68
Tabela 20 - Número e percentual dos encaminhamentos realizados referentes a violência interpessoal por tipo de população e ano de notificação. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATAV	Área Técnica de Ações contra Violência
CESPE	Coordenação de Equidade em Saúde de População Específicas
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CLAVES	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
DANT	Doenças e agravos não transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
GMRJ	Guarda Municipal do Rio de Janeiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
RJ	Rio de Janeiro
SAPV	Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações Vulneráveis
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESEG	Secretaria de Estado de Segurança Pública do Rio de Janeiro
SESI	Serviço Social da Indústria
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
VE	Vigilância Epidemiológica
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	OBJETIVOS.....	20
1.1.1	Objetivo Geral.....	20
1.1.2	Objetivos Específicos.....	20
1.2	JUSTIFICATIVA.....	20
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1	HISTÓRICO DA INCLUSÃO DA VIOLÊNCIA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	22
2.2	VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL.....	25
2.3	VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA.....	27
2.4	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBT.....	33
2.5	VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO LGBTQIA+	38
2.6	VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	39
3	METODOLOGIA.....	41
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	41
3.2	FONTE DE DADOS E VARIÁVEIS	41
3.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	42
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4	RESULTADOS.....	44
5	DISCUSSÃO.....	70
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
	REFERÊNCIAS.....	80
	ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS.....	92

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema surgiu no final de 2016, na ocasião em que ingressei na área técnica de saúde LGBT, ainda inserida na Superintendência de Atenção Básica, e solicitei os dados sobre violência na população LGBT+ para Equipe Técnica de Notificação e Prevenção de Violência, da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), responsável pela implantação e tabulação dos dados da ficha de notificação interpessoal e autoprovocada. Naquele momento, a referida Secretaria foi convidada integrar o projeto coordenado pela Secretaria de Estado de Segurança do Rio de Janeiro (SESEG/RJ) destinado aos profissionais de segurança pública do Estado, para o atendimento às ocorrências de violência com os grupos vulneráveis, como mulheres, crianças e adolescentes, LGBT+ e idosos, além de fatos que envolviam a intolerância religiosa e discriminação racial, com a finalidade de construir o app ValoraSeg. O objetivo era construir um guia orientador para os operadores de segurança pública, (PMERJ, PCERJ e GM RIO) sobre como acolher, atender e encaminhar as vítimas de violência. Em razão desse trabalho órgãos do Estado e do Município do Rio de Janeiro foram envolvidos e na ocasião houve a oportunidade de trocar experiências com o representante do ISP e conversar sobre os sistemas de informações, registros das ocorrências de violência tanto na Segurança Pública quanto na Saúde, subnotificações, qualidade das informações, entre outros. Cabe ressaltar, que o mesmo desconhecia a existência na área de Saúde de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que representa as atividades de vigilância das doenças transmissíveis, das DANTs e seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. No momento estava sendo elaborada a publicação do 1º Dossiê de Violência LGBT+ do Instituto de Segurança Pública/ISP e houve interesse por parte do representante desse órgão de que as informações da saúde, constasse na publicação. As variáveis orientação sexual e identidade de gênero tinham sido inseridas na ficha de notificação interpessoal e autoprovocada, recentemente, e dessa forma poderia ter acesso aos dados das vítimas de violência LGBTIfóbica na saúde a partir do preenchimento do instrumento pelos profissionais de saúde. Ao receber os dados da equipe, deparei-me com que já suspeitava, em função de ter conhecimento sobre o SINAN e os entraves e problemas que existem em relação em notificar, o preenchimento inadequado e a baixa qualidade das informações, motivando investigar as causas dessas fragilidades, inconsistências e incongruências. De lá para cá houve mudança, contudo ainda tímida, conforme o panorama encontrado nessa pesquisa, reiterando o que a literatura aponta sobre a escassez de dados e a invisibilidade dessa população.

Outro aspecto que muito contribuiu para o meu interesse por esse de estudo, foi a minha inserção profissional tanto na prestação da assistência em saúde em um hospital de Emergência, quanto a minha atuação no nível central como técnica da Área Técnica de Ações Contra a Violência (ATAV), ambos na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), locais que me permitiram vivenciar na prática o atendimento as vítimas de violência como também refletir criticamente sobre as possibilidades de melhoria desse instrumento e ao mesmo tempo, sensibilizando os profissionais de saúde para compreender a importância do melhor preenchimento de forma qualificada e humanizada, com atendimento e seguimento oportuno das vítimas, contribuindo em produzir informações que revelasse o panorama da violência dos territórios e a construção de redes de atendimento. Minha participação nesses espaços me permitiu a aproximação com a temática da violência, oportunizando aprofundar conhecimentos através do curso de aperfeiçoamento Impactos da Violência na Saúde promovido pelo CLAVES/FIOCRUZ, a produção de trabalhos acadêmicos apresentados em congressos e seminários, contribuindo para a formação profissional, produção de artigos relacionados a essa temática, em parceria com o Núcleo de Políticas Públicas Indicadores e Identidades (NUPPII) - antigo núcleo de Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino - da Escola de Serviço Social (ESS) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), bem como a participação na realização de capacitações relacionadas ao enfrentamento da violência e da atenção as vítimas e suas famílias voltada para os profissionais de saúde do estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2007 a 2016.

Assistente Social graduada em 1988, ingressei no mercado de trabalho, através de uma empresa multinacional, na área de construção naval, o que me levou a fazer a especialização em Saúde do Trabalhador em 1995, no CESTEH/ENSP/FIOCRUZ. Retornei ao campo de trabalho com a perspectiva de requalificar minha inserção profissional, contribuindo para a melhoria da saúde dos trabalhadores nos espaços ocupacionais. Trabalhei no INMETRO e posteriormente no Sistema "S" FIRJAN/SESI, na área de Saúde Ocupacional.

A partir de 1999, comecei a trabalhar na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, tendo iniciado a minha trajetória profissional, enquanto servidora pública estadual, no Hospital Estadual Getúlio Vargas, atuando na Emergência, e posteriormente, na enfermaria de Pediatria, o que me aproximou da temática da violência em decorrência dos atendimentos realizados nesse nosocômio. Atualmente trabalho na gestão, tendo passado pela Superintendência de Atenção Básica, na Área Técnica da Violência, em função da experiência citada, o que me motivou a fazer em 2010 o curso de aperfeiçoamento Impactos da Violência na Saúde, no CLAVES/ENSP/FIOCRUZ. Hoje atuo na Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações Vulneráveis, na Coordenação de Equidade e Populações Específicas,

na equipe de Saúde LGBTI+, que além de coordenar o Comitê Estadual de Saúde LGBTI+, possui também as atribuições de implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos municípios; identificar as necessidades dessa população nos territórios; elaborar o Plano Estadual de Atenção à Saúde Integral da população LGBTI+, incentivar a inclusão da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde; implantar políticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito à população LGBTI+, promover a reflexão sobre o enfrentamento da LGBTIFOBIA e as suas consequências na saúde e representar o setor saúde no Conselho Estadual de Direitos da População LGBTI+. Ademais, represento a Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações Vulneráveis, no Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção à Saúde às Vítimas de Diversas Formas de Violência do Estado do Rio de Janeiro.

Diante desse panorama, analisar os dados do SINAN, a partir da ficha notificação de violência autoprovocada e interpessoal da população LGBT+ no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021, tendo como indagações:

- Quais são as inconsistências/inadequações no preenchimento da ficha de notificação de violências?
- Qual a evolução/tendência da notificação de violência autoprovocada e interpessoal na população LGBT+ no Estado do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2021?
- Quais são as diferenças nas características das notificações de violência da população LGBT+ e demais populações?

Pressupõe-se que tal temática no Mestrado Profissional em Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade, contribua para publicização e a inclusão definitiva na agenda da saúde, atendendo o que está preconizado na Política Nacional LGBTIQA+, a qual defende a implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual, e a notificação possibilita dar maior visibilidade as violências ocorridas nessa população e consequentemente contribui para o desenvolvimento de políticas de saúde e articulação intersetoriais para seu enfrentamento.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um grave problema de saúde pública que afeta grande parcela da população mundial e se destaca como uma das principais causas de morte na faixa etária de 15 a 44 anos (OMS, 2002). No Brasil, os casos de violência passaram a ser de notificação compulsória em 2011 (BRASIL, 2011a), apesar de já ter sido estabelecidos como obrigatórios por vários atos normativos e legais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a); a notificação compulsória de violência contra a mulher (BRASIL, 2003); e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2007b). Posteriormente, outros segmentos sociais vulneráveis foram incorporados como a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (BRASIL, 2015), de forma a atender a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2011b). Em 2014, a notificação de violência sexual e de tentativa de suicídio passaram a ser de notificação imediata (até 24 horas) na esfera municipal (BRASIL, 2014a). Adicionalmente, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi revisada, reafirmando como uma de suas prioridades o enfrentamento das violências (BRASIL, 2014b). Os instrumentos utilizados na vigilância em saúde foram aprimorados, buscando incorporar as políticas de saúde, de inclusão e justiça social, que foram estabelecidas a partir da atuação e influência dos movimentos sociais (ABERS; SILVA; TATAGIBA, 2018).

A notificação é um dos aspectos da linha de cuidado que possibilita, além de conhecer e conseqüentemente dar visibilidade ao problema, acolher e encaminhar o indivíduo para a assistência necessária em diversas áreas (BRASIL, 2010). A notificação inicia-se com o preenchimento de uma ficha padronizada, que posteriormente é digitada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); possibilitando a consolidação dos dados do nível local ao nível nacional (BRASIL, 2009a).

A incompletude de alguns campos de diversas fichas dos sistemas de informação tem sido relatada, em particular os considerados não diretamente relacionados a doença, evento ou agravo objeto da notificação, como raça ou cor da pele; mas tendem a melhorar com o tempo de implantação do sistema (GALLEGUILLLOS *et al.*, 2015). A notificação de violência, entretanto, tem campos que contemplam conceitos incorporados recentemente na sociedade que ainda podem não ser de domínio da maioria dos profissionais e resultar em erros no preenchimento (GIRIANELLI *et al.*, 2018). Adicionalmente, os campos incorporados na ficha de notificação, como identidade de gênero e comportamento sexual, ainda não estão disponibilizados para consulta no sítio eletrônico sobre informações de saúde do nível nacional e da maioria dos estados e municípios. Outros descontinuaram a disponibilização desses

campos no seu sítio eletrônico, como o estado do Rio de Janeiro, cujo os dados podiam ser consultados pelo menos até 2017 (GIRIANELLI *et al.*, 2018).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as notificações de violência autoprovocada e interpessoal na população LGBT+ no Estado do Rio de Janeiro no período de 2015 a 2021

1.1.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar inconsistências no preenchimento da ficha de notificação de violência;
- b) Descrever a tendência da notificação de violência autoprovocada e interpessoal na população LGBT+ no período de 2015 a 2021;
- c) Descrever as características da notificação de violência autoprovocada e interpessoal na população LGBT+;
- d) Comparar as características das notificações de violência na população LGBT+ com as demais populações.

1.2 JUSTIFICATIVA

Estudos sobre a qualidade dos registros de notificações compulsórias no Brasil apontam heterogeneidade em relação à qualidade das informações, o que pode interferir na elaboração de estratégias para a melhoria da saúde da população em geral.

Apesar da extensa experiência com a implantação de SIS no Brasil, ainda se verifica grande variação no grau de completude das variáveis e, principalmente no que se refere à violência, percebe-se aumento da quantidade de notificações em detrimento da qualidade dos dados, o que pode influenciar a definição de políticas públicas.

Ainda são raros os estudos sobre qualidade da informação nos Sistemas de Saúde, em particular das notificações de violência, cuja a inclusão no SINAN é relativamente recente, bem como pesquisas sobre notificação de violência na população LGBT+.

Espera-se que este estudo contribua para publicização e a inclusão definitiva na agenda

da saúde, atendendo o que está preconizado na Política Nacional LGBT+, que defende a implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual. A notificação possibilita dar maior visibilidade as violências ocorridas nessa população e consequentemente contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde e articulação intersetoriais para seu enfrentamento.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DA INCLUSÃO DA VIOLÊNCIA COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A violência já estava presente na 1ª Classificação Internacional de Doenças (CID), como “Afecções Produzidas por Causas Externas” (LAURENTI, 1991). No final da década de 1980, entretanto, que a discussão da violência entra no campo da saúde, em decorrência do aumento de traumas e mortes ocorridas por causas violentas, em particular nas Américas, sendo responsável por maior impacto nos anos potenciais de vida perdidos (MINAYO, 1994; MINAYO; SOUZA, 1999; MINAYO, 2007).

Em conferência realizada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em 1993, a violência é reconhecida como relevante para área de saúde: “[...] o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social” (ORGANIZACIÓN..., 1993, p.1).

A violência também fez parte do plano de ação aprovado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, Egito (ORGANIZAÇÃO..., 1994), sendo orientado pelos seguintes princípios:

[...] o progresso na igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da mulher, a eliminação de toda espécie de violência contra ela e a garantia de poder ela própria controlar sua fecundidade são pedras fundamentais de programas relacionados com população e desenvolvimento. Os direitos humanos da mulher e da menina são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena e igual participação da mulher na vida civil, cultural, econômica, política e social, nos âmbitos nacional, regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo são objetivos prioritários da comunidade internacional. (ORGANIZAÇÃO..., 1994, p. 42-43).

[...] todos os estados e famílias devem dar à criança a mais alta prioridade possível. A criança tem direito a padrão de vida adequado ao seu bem-estar e direito ao mais alto padrão possível de saúde e direito à educação. A criança tem direito de ser cuidada, orientada e sustentada por pais, famílias e sociedade e de ser protegida por adequadas medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais contra toda forma de violência física ou mental, agressão ou brutalidade, descaso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, inclusive venda, traficância, abuso sexual e tráfico de seus órgãos (ORGANIZAÇÃO..., 1994, p. 42-43).

A violência contra mulher foi uma das áreas prioritárias identificadas na Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim na China “Prevenir e eliminar todas as formas de violência contra as mulheres e meninas” (ORGANIZAÇÃO..., 1995). Essas recomendações foram endossadas na 49ª Assembleia realizada pela Organização Mundial de

Saúde (OMS) em Genebra na Suíça, declarando que a violência é um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial. Adicionalmente, identificou-se a necessidade de caracterizar os seus diferentes tipos, incorporar a “perspectiva de gênero” na análise e avaliar as causas e consequências para saúde (WORLD..., 1996). Assim, surge o primeiro relatório mundial sobre violência e saúde, com contribuição de pesquisadores e profissionais de diversos países (ORGANIZAÇÃO..., 2002). O relatório inova, apresentando uma análise sob uma perspectiva do processo social, onde o setor saúde tem papel fundamental para além de sua missão curativa, cabendo-lhe construir estratégias de prevenção e promoção de comportamentos de proteção da violência e estilos de vida saudáveis. Neste contexto, a violência é definida como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (ORGANIZAÇÃO..., 2002, p. 5).

E destaca as seguintes tipologias:

Violência autoprovocada: tentativas de suicídio, suicídio, autoflagelação, autopunição, automutilação;

Violência interpessoal envolve violência intrafamiliar e comunitária:

- Violência intrafamiliar ou doméstica: ocorre entre os membros da própria família, entre pessoas que têm grau de parentesco, laços consanguíneos ou entre pessoas que possuem vínculos afetivos;
- Violência comunitária ou extrafamiliar: ocorre entre indivíduos sem relação pessoal, conhecidos ou não. Inclui a violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou outras formas de violência sexual praticadas por pessoas sem vínculo afetivo ou laços consanguíneos com a vítima. Outro exemplo é a violência institucional ocorrida nas escolas, locais de trabalho, prisões, instituições de saúde, entre outras instituições públicas ou privadas;

Violência coletiva: subdivide-se em social, política e econômica, e se caracteriza pela subjugação/dominação de grupos ou do Estado, como guerras, ataques terroristas ou formas em que há manutenção das desigualdades sociais, econômicas, culturais, de gênero, etárias, étnicas.

A violência também foi classificada quanto a sua natureza ou forma em: física, sexual, psicológica e negligência.

Adicionalmente, traça recomendações intersetoriais que objetivam:

- Criar, implementar e monitorar um plano nacional de ação para prevenção contra a violência;
- Aprimoramento da capacidade de coleta de dados sobre a violência;

- Definir prioridades para as causas, as consequências, os custos e a prevenção contra a violência, e dar apoio a pesquisas nessas áreas;
- Promover respostas de prevenção primária;
- Fortalecer as respostas para as vítimas da violência;
- Integrar a prevenção contra a violência às políticas sociais e educacionais e, assim, promover a igualdade de gênero e social;
- Maior colaboração e troca de informações relacionadas à prevenção contra a violência;
- Promover e monitorar a adesão aos tratados, às leis e a outros mecanismos internacionais para proteção aos direitos humanos;
- Buscar respostas práticas de consenso internacional, para o comércio mundial.

Em consonância com a tendência mundial, e antecedendo ao lançamento do Relatório, em 2001, o Brasil aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001a); com o aval da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2001b). O objetivo era reduzir a morbimortalidade por acidentes e violência através de ações articuladas e sistematizadas nas diversas esferas governamentais em conjunto com a sociedade (BRASIL, 2002). Para tal, foram estabelecidas diretrizes para:

a promoção de adoção de comportamentos e de ambientes seguros saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas” (BRASIL, 2002, p. 25).

A violência é complexa por se tratar de um fenômeno biopsicossocial, cujo espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, com enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas e nas consciências individuais (MINAYO, 2003). A pluricausalidade da violência a torna um objeto de investigação de diversas áreas, e consequentemente, pode gerar controversas, por ser um campo extenso, com diversas escolas de pensamento, o que produz uma variedade de teorias, definições e classificações, como as da saúde e da sociologia (OLIVEIRA, 2008). Ela também é polissêmica porque pode assumir diversos sentidos como, por exemplo, tortura, má-distribuição de renda, dentre outros (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 1999).

Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas afeta fortemente a saúde: 1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e 5) evidencia a

necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos. Nos últimos anos, o setor saúde introduziu o tema em sua pauta, consciente de que pode contribuir para sua discussão e prevenção (MINAYO, 2006, p. 45).

2.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o primeiro registro de vigilância é do século XVII, quando foram realizadas ações de prevenção e controle para conter epidemia de febre amarela. Uma medida muito comum era a quarentena, de modo que a vigilância era feita sobre o doente e não sobre a doença (SILVA JUNIOR, 2004).

Dessa forma, originalmente, o termo “vigilância” era vinculado ao isolamento e à quarentena. O objetivo era identificar os portadores de doenças transmissíveis e os seus contatos para desencadear essas ações, mas ao longo do tempo houve uma evolução conceitual. O conceito moderno de vigilância surgiu nos Estados Unidos, no início dos anos de 1950, com a preocupação de acompanhar sistematicamente as doenças na comunidade para subsidiar o aprimoramento de estratégias para o seu controle. Na década de 1960, o epidemiologista Raska qualificou a vigilância como epidemiológica (WALDMAN, 2009).

A Vigilância Epidemiológica (VE) é uma técnica de monitoramento que visa acompanhar e analisar, sistematicamente, um elenco de doenças, agravos e seus fatores de risco e de proteção para orientar as intervenções necessárias ao controle, eliminação ou erradicação dessas doenças e agravos. É uma das funções essenciais da saúde pública (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi instituído em 1975 (BRASIL, 1975a) e regulamentado após um ano (BRASIL, 1976), por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1975b). Desde então, todos os estados passaram a estruturar órgãos responsáveis pelo desenvolvimento do SNVE (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o SNVE (BRASIL, 1990b). Nesta, o conceito de VE foi ampliado e as suas ações passaram a ser operacionalizadas num contexto de reorganização do sistema de saúde brasileiro, caracterizado pela descentralização de responsabilidades e pela integralidade da prestação de serviços (TEIXEIRA; RISI JUNIOR; COSTA, 2003). A ampliação do conceito se deu no sentido de ir além das doenças transmissíveis, pois o SUS propunha uma vigilância direcionada para os determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva (ARREAZA; MORAES, 2010).

Nas décadas de 1970 e 1980, o SNVE abrangia exclusivamente doenças infecciosas de

notificação compulsória e agravos inusitados à saúde (WALDMAN, 2009). Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico levaram à discussão da incorporação das Doenças e agravos não transmissíveis (DANT) no escopo da VE (CAVALCANTI; LUNA; ARAÚJO, 2013; TEIXEIRA; RISI JUNIOR; COSTA, 2003). A partir dos anos 1990, ocorrem as primeiras iniciativas de desenvolvimento dos sistemas de vigilância de doenças crônicas e de traumas e lesões. Silva Junior (2004) ressalta, entretanto, que a incorporação das DANT na prática da VE ainda era incipiente, só tendo passado a adquirir contornos de uma atividade institucionalizada no SUS a partir do ano 2000. Ações pela estruturação da vigilância de DANT, na esfera federal, iniciaram-se nesse ano e se fortaleceram com a criação da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), em 2003 (MALTA *et al.*, 2006).

Desde 2003, o Ministério da Saúde (MS) passou a utilizar o conceito de Vigilância em Saúde (VS) para indicar a consolidação da ampliação do objeto de monitoramento para além da tradicional vigilância das doenças transmissíveis (TEIXEIRA *et al.*, 2014). O termo VS foi uniformizado nacionalmente (BRASIL, 2004a) e representa as atividades de vigilância das doenças transmissíveis, das DANT e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde (SILVA JUNIOR, 2004). Desse modo, o sistema passou a denominar-se Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Essas mudanças ocorreram conforme a tendência internacional de órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), que têm utilizado os termos “vigilância em saúde” ou “vigilância em saúde pública” para representar as atividades integradas de diversas vigilâncias (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

Segundo Waldman (2009), a denominação “vigilância em saúde” costuma ser utilizada nos países da língua inglesa, mas, na América Latina e em alguns países da Europa, predomina o uso do termo “vigilância epidemiológica”. De acordo com Cavalcanti, Luna e Araújo (2013), apesar de a maior parte dos órgãos e da literatura internacional optar pela denominação “vigilância em saúde pública”, a denominação “vigilância epidemiológica” ainda é muito utilizada no Brasil. Além disso, na literatura brasileira são utilizados diversos termos para se referir à vigilância aplicada à área da saúde: “vigilância em saúde”, “vigilância da saúde”, “vigilância à saúde” e “vigilância em saúde pública”. Nesta pesquisa, será adotado o termo “vigilância em saúde”, conforme consta na portaria (BRASIL, 2006).

Segundo Silva Junior (2004), a falta de consenso não se restringe ao termo, mas também à concepção de vigilância e isso reflete em sua prática. Existe muita polêmica em relação aos limites da prática da VS, se cabe ou não a ela a execução de ações de prevenção e controle de doenças. Isso se dá porque as definições clássicas de vigilância são essencialmente centradas

nas atividades de detecção, análise e disseminação de informações.

A vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013a).

Nessa perspectiva, no Brasil, além das atividades de vigilância, que são consenso na literatura (observação contínua, coleta sistemática e análise dos dados e disseminação da informação), existe a prática de integração entre as ações típicas de vigilância com a execução de programas de prevenção e controle de doenças e agravos (SILVA JUNIOR, 2004).

Um dos focos da vigilância das DANT são as causas externas, abrangendo os acidentes e as violências, que incluem as causas não intencionais ou acidentais (trânsito, quedas, envenenamentos e outros tipos de acidentes) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). As causas externas causam grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população, pois atingem um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas nos casos de violência, e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas. Apesar disso, somente nas últimas décadas a questão da violência no Brasil recebeu atenção especial em pesquisas e nos planos de enfrentamento e intervenção (BRASIL, 2013b).

2.3 VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA

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). Mais recentemente, também por meio do monitoramento de fatores de risco oriundos de pesquisas, como a Pesquisa Nacional de Fatores de Risco em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e a Pesquisa Nacional de Fatores de Risco em Escolares (MALTA *et al.*, 2007). Contudo, esses meios de vigilância das causas externas apresentam limitações.

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 internação (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006). A OMS (2002), 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 (BRASIL, 2009a; GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007). Além disso, pela lógica assistencial desse sistema, a sua abrangência se restringe às internações pagas pelo SUS, rede própria ou conveniada (JORGE; CASCÃO; SILVA, 2003). 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 internação (WALDMAN; JORGE, 1999).

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 violência (BRASIL, 2009a).

Por todos os motivos mencionados, é notório que apenas com a análise de dados do SIM e SIH/SUS as causas externas são subdimensionadas (BRASIL, 2009a; GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007). 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 visibilidade (BRASIL, 2009b).

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 (BRASIL, 2009a; GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007). Ao mesmo tempo, foi feita para atender ao que determina a legislação (SILVA *et al.*, 2007).

O Ministério da Saúde implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois componentes: (1) vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo), e (2) 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 (BRASIL, 2009b, 2013b). Gawryszewski *et al.* (2007) acrescentam que a implantação do VIVA também visa subsidiar a avaliação das ações implementadas e o melhor planejamento de recursos e serviços.

A implementação deste sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do VIVA Contínuo e 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 Municípios (BRASIL, 2013b).

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 à necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois estas 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 SUS (BRASIL, 2013b).

O VIVA contínuo também visa articular e integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências, de modo a contribuir para a atenção integral e humanizada às pessoas em situação de violência, e proteção dos seus direitos (BRASIL, 2009a, GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007). Além disso, permite avaliar, indiretamente, a organização da rede de assistência integral às vítimas de violência, conforme previsto na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (BRASIL, 2001a), publicada antes do relatório da OMS (2002).

A PNRMAV tem como objetivo definir e orientar a atuação do setor saúde na temática da violência, por meio de diretrizes e estabelecimento de responsabilidades institucionais. São diretrizes dessa Política: a) promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, b) monitorização da ocorrência de acidentes e violências, c) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, d) assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas, e) estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e

à reabilitação, f) capacitação de recursos humanos e g) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL; 2001a).

Como desdobramentos, e forma de facilitar a operacionalização dessa política, foram elaborados pelo MS planos e portarias nacionais (MINAYO; LIMA, 2013). Uma das mais importantes foi a que dispõe sobre a estruturação da Rede de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (RPVPS) e a implantação de núcleos de prevenção da violência em secretarias estaduais e municipais de saúde e em instituições acadêmicas (BRASIL, 2004b). A atribuição de constituir essa rede estava sob a responsabilidade da Coordenação da Secretaria de Assistência à Saúde do MS, quando foi passada para CGDANT da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (SVS/MS). Essa medida foi tomada para potencializar a prevenção da violência, mediante intervenções e atividades articuladas de vigilância e promoção da saúde. Antes, as ações eram pulverizadas, desenvolvidas internamente por diferentes áreas específicas do MS (MALTA *et al.*, 2007). Adicionalmente, a instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências do MS (BRASIL, 2003c) representou um grande avanço especificamente em relação às diretrizes da PNRMAV que dizem respeito à atenção a vítimas de causas externas (BRASIL, 2009c).

Para a implantação dos núcleos e consequente constituição da RVPVS, o MS priorizou municípios com mais de 100.000 habitantes e estados com mais de um núcleo implantado (BRASIL, 2004). Além de o número de habitantes, também foi considerado o critério de apresentar piores taxas de mortalidade por homicídios, acidentes de transporte e suicídios. Para tanto, foi construído um indicador composto, com a parceria do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) (MALTA *et al.*, 2007; MINAYO; LIMA, 2013).

As instituições acadêmicas foram escolhidas em função de critérios de representação regional e experiência reconhecida no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias de interesse na implantação da RVPVS (BRASIL, 2004b). Inicialmente foram contemplados com recursos do MS para estruturação dos núcleos 36 municípios, dois estados, dez instituições acadêmicas e duas organizações não governamentais.

No Estado do Rio de Janeiro, primeiramente foram contemplados os municípios do Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Niterói, Nova Iguaçu e Petrópolis, conforme (Quadro 1), depois foram sendo incorporados novos núcleos à RVPVS (MALTA *et al.*, 2007). Cabe ressaltar, que apesar de o Estado do Rio de Janeiro constar na RVPVS como núcleo estadual, o Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção à Saúde às Vítimas de Diversas Formas de Violência do Estado do Rio de Janeiro

só foi instituído em 2019 (RIO DE JANEIRO, 2019). Inicialmente, entretanto, foi criado o Grupo de Trabalho Intrasetorial de Violência (RIO DE JANEIRO, 2013).

A iniciativa de fomentar a RPVPS foi um importante avanço na abordagem do tema pela saúde. Na perspectiva de rede, a atuação é diferenciada à medida que as instituições trabalham conjuntamente e de forma horizontal sem, necessariamente, haver um centro hierárquico. Isso possibilita o desenvolvimento de ações de prevenção da violência integradas e articuladas entre diversas áreas da saúde e políticas sociais como a Educação, Justiça, Assistência Social, Conselhos Tutelares, entre outras. Com essa proposta, ao setor saúde, além do papel de contagem e tratamento das vítimas desse agravo, compete a definição de prioridades, articulação e formulação de intervenções (MALTA *et al.*, 2007).

Quadro 1 - Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde

Macrorregião	Núcleos acadêmicos	Núcleos municipais	Núcleos estaduais	Núcleos – ONG ^a
Sudeste	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Claves/ ENSP/Fiocruz/MS) Universidade de São Paulo (USP)-Ribeirão Preto-SP Núcleo de Estudos da Violência (NEV)/USP Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG)	Vitória-ES Cariacica-ES Serra-ES Vila Velha-ES Rio de Janeiro-RJ Belford Roxo-RJ Duque de Caxias-RJ Niterói-RJ Nova Iguaçu-RJ Petrópolis-RJ São Paulo-SP Campinas-SP Diadema-SP Embu-SP Guarulhos-SP Itaquaquecetuba-SP Osasco-SP Praia Grande-SP São José dos Campos-SP Belo Horizonte-MG	São Paulo Rio de Janeiro	Viva Rio, Rio de Janeiro-RJ Instituto Pro-mundo, Rio de Janeiro-RJ Ipas Brasil, Rio de Janeiro-RJ
Sul	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Curitiba-PR Foz do Iguaçu-PR Porto Alegre-RS Caxias-RS		
Centro-Oeste	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) Universidade de Brasília (UnB)	Goiânia-GO Campo Grande-MS Corumbá-MS Cuiabá-MT	Mato Grosso do Sul Distrito Federal	
Nordeste	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) Fundação Universidade de Pernambuco (UPE) Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) Escola de Saúde da Família de Sobral-CE Universidade Federal da Bahia (UFBA)	Campina Grande-PB Recife-PE Olinda-PE Feira de Santana-BA Sobral-CE Natal-RN	Paraíba	
Norte	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	Rio Branco-AC Manaus-AM Porto Velho-RO Boa Vista-RR Pacaraima-RR	Amapá	

ONG: Organizações Não Governamentais

Fonte: MALTA *et al.*, 2007

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 saúde (BRASIL, 2013b).

A violência só passou a ser de notificação compulsória, em todo território nacional, em

2011 (BRASIL, 2011a), embora já haviam sido estabelecidos como obrigatórios por vários atos normativos e legais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a); a notificação compulsória de violência contra a mulher (BRASIL, 2003a); e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003b). Posteriormente, outros segmentos sociais vulneráveis foram incorporados como a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (BRASIL, 2015), de forma a atender a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2011b). Em 2014, a notificação de violência sexual e de tentativa de suicídio passaram a ser de notificação imediata (até 24 horas) na esfera municipal (BRASIL, 2014a). Adicionalmente, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNS) foi revisada, reafirmando como uma de suas prioridades o enfrentamento das violências (BRASIL, 2014b). Os instrumentos utilizados na vigilância em saúde foram aprimorados, buscando incorporar as políticas de saúde, de inclusão e justiça social, que foram estabelecidas a partir da atuação e influência dos movimentos sociais (ABERS; SILVA; TATAGIBA, 2018).

O instrumento de coleta do outro componente do VIVA (VIVA inquérito) é a Ficha de vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. O VIVA inquérito é um estudo transversal, cuja coleta dos dados é feita por amostragem durante um mês. Trata-se de um mecanismo de monitorização epidemiológica complementar às informações disponibilizadas por meio do SIM e SIH/SUS (BRASIL, 2013b). Esse componente visa caracterizar o perfil dos atendimentos decorrentes de acidentes e violências nos serviços de urgência e emergência selecionados, no período de trinta dias (BRASIL, 2013b; GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

Em relação ao fluxo da informação do VIVA, para os dois componentes, o MS determinou que fossem respeitados os fluxos e as diferenças locais já estabelecidos entre serviços, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Estadual de Saúde (SES). Nesse sentido, estabeleceu um fluxo mínimo (BRASIL, 2009; GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito das ações contra a violência e como estratégia para articulação de políticas de saúde. “O MS, em harmonia com as diretrizes macropolíticas de inclusão social, busca aperfeiçoar seus instrumentos, como, por exemplo, os que se referem às análises de situação da saúde, entre outros, para avançar na equidade” (BRASIL, 2016, p. 8).

2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBT

No Brasil, foi promulgado desde a Constituição (BRASIL, 1988), o Sistema Único de

Saúde (SUS), que aborda sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, especificando os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível; a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. (BRASIL, 1990b). E aponta sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990c). Nesse sentido, fica instituído como marco legal, a saúde como direito social, a universalidade do acesso, a igualdade, equidade e acesso ao tratamento, a redução de danos e riscos, a integralidade do cuidado e a participação social (DUARTE, 2014).

A participação dos diferentes segmentos da sociedade, independentemente de raça/cor, gênero, classe social, é essencial para que a política de saúde no Brasil se construa e se implemente de maneira universal, reconhecendo as desigualdades existentes no interior da sociedade e criando respostas para minimizá-las (BRASIL, 2009c).

A população LGBT, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais passou a se articular por maior visibilidade, melhorias na qualidade de vida, igualdade de gênero e orientação sexual, e pela luta por direitos civis, bem como para a resolução de questões inconclusas referentes à epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids). Compreendendo a questão saúde como objeto de ação política, diversos movimentos sociais organizados apresentaram demandas e especificidades aos governantes. Embora a Reforma Sanitária Brasileira tenha permitido a abertura para as demandas das minorias sociais, os diálogos foram de maneira heterogênea no âmbito governamental. Esse fato corroborou o desenvolvimento tardio de políticas públicas de saúde, como observado para população LGBT, impulsionadas somente a partir de 2004, com a publicação do Programa Brasil Sem Homofobia (MELLO *et al.*, 2011).

Esse marco jurídico constituiu uma ampla estratégia para ampliação, reconhecimento e fortalecimento da cidadania e dos direitos humanos no Brasil e significou não apenas a legitimidade das demandas LGBT, mas também a institucionalização e maior participação do movimento social nos espaços de elaboração de políticas de saúde em todos os âmbitos federativos. Do Programa Brasil Sem Homofobia, nasceram ramificações nos setores do Estado, como o Programa Rio Sem Homofobia (DUARTE, 2014).

Dito isso, pode-se observar as particularidades, complexidade e a garantia de políticas públicas que perpassam a questão dos direitos LGBT. Entre estes, o reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero como determinante social da saúde; o direito ao uso

do nome social; e o acesso ao Processo Transsexualizador (BRASIL, 2013b) no serviço público, que se constituíram estratégias para ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde (MELLO *et al.*, 2011). A transexualidade diz respeito às pessoas que têm uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento. As pessoas transexuais podem ser homens ou mulheres, que procuram se adequar à identidade de gênero. Algumas pessoas trans recorrem a tratamentos médicos, que vão da terapia hormonal à cirurgia de redesignação sexual. Por ter seu corpo não adequado à forma como pensam e se sentem, e querem corrigir isso o adequando ao seu estado psíquico. Para a pessoa transexual, é imprescindível viver integralmente como ela é por dentro (JESUS, 2012). No Programa Brasil Sem Homofobia, no campo da saúde, há sinalizadas três ações e, talvez, a principal delas seja a formalização do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, do Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população. As outras duas reportam-se à produção de conhecimentos sobre saúde da população LGBT e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a essa população (BRASIL, 2004c).

Embora sejam inegáveis os progressos na formulação de políticas de saúde, em particular as relacionadas com o combate à homofobia e de promoção da cidadania e dos direitos humanos da população LGBT, ao que parece, não se logrou proporcionar a equidade e a igualdade no atendimento a essa população no SUS, constituindo um desencontro aos princípios defendidos pela Reforma Sanitária Brasileira (BEZERRA *et al.*, 2019, p. 306).

Em 2008, foi realizada a I Conferência Nacional LGBT e, das 559 propostas consolidadas no Relatório Final, 167 correspondem à área da saúde (DUARTE, 2014). A partir desse produto final da Conferência, o governo federal, em 2009, instituiu o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT (BRASIL, 2009b), através da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. No entanto, somente em 2010 foram aprovadas a versão final da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2010b). A partir desse quadro analítico da saúde, a temática da diversidade sexual, como expressão das singularidades de sujeitos autoidentificados como LGBT, surge nesse contexto de forma transversal e como configuração de uma política nacional de saúde integral de LGBT pelo Ministério da Saúde.

Assim, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), através da Coordenação de Equidade em Saúde de População Específicas (CESPE), atualmente subordinada a Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade/SAPV, se depara com o desafio de compreender, articular, executar e integrar a política de Saúde às diversidades de modos de vida, produção, locomoção, cultura e os saberes

tradicionais. Nesse contexto a CESPE foi criada (BRASIL, 2007) com o objetivo de apoiar e acompanhar a implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), e com a missão de reafirmar os pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira, quanto ao direito universal à saúde enquanto responsabilidade do Estado. São destaques desta Política: a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social, a promoção da inclusão social de populações específicas e a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes (BRASIL, 2009b).

Dessa forma, a CESPE acolhe e operacionaliza a execução das seguintes Políticas de Equidade: Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, Floresta e Águas, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, bem como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que é transversal às demais políticas, como estratégia pedagógica que fortaleça a participação e o controle social. A população Refugiada e Imigrante não tem ainda uma política nacional que oriente as ações de saúde, no entanto a CESPE vem desenvolvendo várias ações e discussões a partir do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Imigrante e Refugiada (RIO DE JANEIRO, 2020).

Depois de um processo longo e demorado de debates e pactuações entre os atores necessários, em 2014, foi instituído o Comitê Estadual de Saúde da População LGBT (RIO DE JANEIRO, 2014), em consonância com a PNSILGBT (BRASIL, 2010b). O Comitê, que veio substituir a Câmara Técnica de Saúde da População LGBT criada em 2009. Ele é composto por órgãos da SES, outros órgãos públicos relacionados, além de entidades representativas do movimento social e da sociedade civil.

As iniquidades e desigualdades atingem um contingente enorme de pessoas no estado do Rio de Janeiro, tanto pelas suas condições econômicas, quanto pela raça, etnia, orientação sexual, migração. Essa situação – iniquidades e desigualdades – impacta nas condições de vida, e os adoecimentos são, na maioria das vezes, agravados pelas barreiras de acesso históricas perante a não implementação das políticas públicas específicas. Se por um lado são populações que sofrem opressões e injustiças, agravadas atualmente pelo impacto da pandemia de coronavírus; é também desses agrupamentos que surgem interessantes estratégias comunitárias de ajuda mútua, novas formas de cuidado e de sociabilidade com princípios e valores solidários e humanitários. Nesse sentido, reforça ainda mais a necessidade da presença do poder público, que será fundamental para apoiar essas populações, e que a saúde dessas pessoas depende de um conjunto de fatores articulados e da necessidade urgente desses enlaces, determinadas pelas

condições do acesso aos serviços de saúde, das condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades e agrupamentos populacionais.

A CESPE para desenvolver as atividades faz interface com as áreas técnicas SES. Dentre elas, as áreas da própria Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade (Saúde Mental e Privados de Liberdade); as áreas da Superintendência de Vigilância Epidemiológica; a Superintendência de Atenção Primária, com os municípios e com a Secretaria Estado de Assistência Social e Direitos Humanos, através da representação do setor Saúde nos Conselhos Estaduais LGBTI, Direitos Humanos, Intolerância Religiosa e Desigualdade Racial.

Desse modo, o SUS enquanto política inovadora cujos princípios de igualdade de assistência sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie dentre outros, vem encontrando obstáculos à sua efetivação, principalmente no contexto atual marcado pela política neoliberal, que visa o desmonte de direitos sociais historicamente conquistados. Além de o governo federal deixar claro sua posição discriminatória, através de discurso populista de direita, moralizando ainda mais o debate sobre gênero e diversidade sexual e potencializando pautas conservadoras.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) (BRASIL, 2011b), foi pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2011c). A PNSILGBT está embasada nos princípios constitucionais da Constituição (BRASIL, [2020]):

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

- I - a soberania;
- II - a cidadania;
- III - a dignidade da pessoa humana;

[...] Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

A PNSILGBT está atualmente consolidada (BRASIL, 2017):

[...] Seção IV Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

Art. 5º São políticas de promoção da equidade em saúde:

- I - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, na forma do Anexo XIX;
- II - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), na forma do Anexo XX;
- III - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, na forma do Anexo XXI.

2.5 VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO LGBTI

O Brasil apresenta a maior quantidade de assassinatos contra a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros, Queer e Intersexo (LGBTQI) (WAREHAM, 2019). Levantamento realizado pelo Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil, identificou que em 2020 cerca de 70% dos assassinatos ocorreram em travesti e mulher transexual (GASTALDI *et al.*, 2021). As principais formas utilizadas foram uso de arma de fogo (42,3%), esfaqueamento (23,1%) e espancamento (9,1%). Essa população está exposta a violência nos mais variados locais, mas o espaço público foi o mais frequente (61,0%). A região Nordeste concentrou a maioria dos óbitos (49,8%), com destaque para o município de Fortaleza (8,4%), que apresentou o mesmo número de óbitos que o Estado do Rio de Janeiro. Em relação aos casos de suicídios, a maioria também ocorreu em travesti e mulher transexual (54%).

Os dados oficiais ainda são escassos e limitados (CERQUEIRA; FERREIRA; BUENO, 2021). Os oriundos do Disque 100, que registra denúncias de violações de direitos humanos, têm apresentado flutuação entre os anos, com maior quantitativo de denúncias referente a população LGBTQI+ em 2012 (3031). Já os do Sinan apresentam baixo preenchimento da variável identidade de gênero (1,2%).

Estudo realizado com base nos dados de Organizações Não Governamentais (ONG) (MENDES; SILVA, 2020) identificou que os homossexuais foram assassinados principalmente com armas brancas (36,0%) e os transgêneros com armas de fogo (49,8%) e em vias públicas (76,8%). Cerca de 10% das cidades brasileiras tinham registros de homicídio contra pessoas LGBT; sendo que as maiores taxas médias por 100 mil habitantes ocorreram em João Pessoa (44,25), Palmas (31,51) e Recife (27,03).

A população LGBT tem conquistado alguns direitos na última década no Brasil, com destaque a equiparação dos atos LGBTfóbicos como crime de racismo (BRASIL, 1989).

Define-se por LGBTfobia todo e qualquer tipo de conduta decorrente de uma aversão à identidade de gênero e/ou orientação sexual de alguém que possa gerar dano moral ou patrimonial, lesão ou qualquer tipo de sofrimento físico, psicológico e/ou sexual ou morte.

[...] Ninguém pode ser privado de direitos nem sofrer quaisquer restrições de ordem jurídica por motivo de sua orientação sexual ou em razão de sua identidade de gênero.

[...] O conceito de racismo, compreendido em sua dimensão social, projeta-se para além de aspectos estritamente biológicos ou fenotípicos, pois resulta, enquanto manifestação de poder, de uma construção de índole histórico-cultural motivada pelo objetivo de justificar a desigualdade e destinada ao controle ideológico, à dominação política, à subjugação social e à negação da alteridade, da dignidade e da humanidade daqueles que, por integrarem grupo vulnerável (LGBTI+) e por não pertencerem ao estamento que detém posição de hegemonia em uma dada estrutura social, são considerados estranhos e diferentes, degradados à condição de marginais do ordenamento jurídico, expostos, em consequência de odiosa inferiorização e de perversa estigmatização, a uma injusta e lesiva situação de exclusão do sistema geral de proteção do direito (STF; 2019).

O avanço das correntes conservadoras e neoliberais, entretanto, podem contribuir para o agravamento da violência nessa população, bem como retrocesso dos direitos conquistados. Dar visibilidade a magnitude do problema é uma das formas de enfrentamento e consequentemente subsidiar as políticas públicas focadas nas reais necessidades desse grupo.

2.6 VIGILÂNCIA DA VIOLÊNCIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O Estado do Rio de Janeiro foi pioneiro na vigilância da violência, tendo criado em 1999 a Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência (APAV), com o principal objetivo a implantação na esfera estadual da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. As ações desenvolvidas por essa assessoria voltaram-se para vigilância das causas externas; promoção da qualificação de recursos humanos do setor saúde; articulação com diferentes setores no estado e fora dele; prestação de cooperação técnica aos municípios e unidades hospitalares da rede estadual e promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2008). Também, no mesmo ano, publicou resolução tornando obrigatória a notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes no estado (RIO DE JANEIRO, 1999), em conformidade com o ECA (BRASIL, 1990a). Para tal, foi elaborada uma ficha que favorecia o encaminhamento para os Conselhos Tutelares e para as Secretarias Municipais de Saúde. Apenas em 2001 que foi implantada a notificação a nível nacional, mas restrita aos atendidos nas unidades do SUS (BRASIL, 2001c).

O município do Rio de Janeiro também inovou na notificação de suicídio e tentativa para os atendidos nas unidades de saúde da rede, quando Sérgio Arouca foi secretário de saúde (RIO DE JANEIRO, 2001). Posteriormente, foi implantado o sistema de vigilância de suicídio e tentativa no nível estadual (RIO DE JANEIRO, 2006).

Em 2013, foi instituído um Grupo Técnico de Violência no Estado do Rio de Janeiro, por intermédio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), visando promover as articulações das ações intersetoriais para o enfrentamento da violência (CIB/RJ, 2013). Em 2019, foi instituído o Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção à Saúde, com representante de cada uma das diversas áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde, para elaborar o plano estadual de prevenção de diversas formas de violência (RIO DE JANEIRO, 2019).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa epidemiológica observacional do tipo painéis repetidos, para conhecer a violência interpessoal e autoprovoada ocorrida na população LGBT notificada no estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021. O estudo do tipo painéis repetidos consiste na realização de estudos seccionais em momentos diferentes, na mesma população, sem necessariamente repetir observações sobre os mesmos indivíduos. É um desenho híbrido que combina estudos do tipo seccional e de coorte (KLEIN; BLOCK, 2009).

3.2 FONTE DE DADOS E VARIÁVEIS

Foi utilizado banco de dados de violência interpessoal e autoprovoada do SINAN disponibilizado pelo estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021.

Foram analisadas as variáveis relacionadas as características socioeconômicas e demográficas da vítima e do agressor, ano de ocorrência, características da agressão e unidade notificadora, disponíveis na ficha de notificação (Anexo 1).

Em relação as características socioeconômicas e demográficas da vítima foram examinadas: sexo, orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, escolaridade, ocupação, situação conjugal, idade, município de residência, existência de deficiência e gestação. Quanto ao(s) agressor(es) foram considerados o quantitativo dos envolvidos, vínculo com a vítima, sexo e ciclo de vida (criança, adolescente, jovem, adulto ou idoso).

No que se refere as características da agressão foram verificados se a violência foi interpessoal ou autoprovoada, tipo de agressão (física, psicológica/moral, negligência/abandono, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, tortura, trabalho infantil, intervenção legal e outros), meio da agressão (força corporal/espandamento, enforcamento, objeto perfurocortante, objeto contundente, arma de fogo, substância/objeto quente, envenenamento, intoxicação, ameaça e outro), motivação (sexismo, homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, situação de rua, deficiência e outros) e também violência extrafamiliar/comunitária, mas restrita a populações vulneráveis (crianças, adolescentes, mulheres, idosos, deficientes, indígenas, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

A identificação das inconsistências entre os campos preenchidos de cada ficha de

notificação foi avaliada com base na recomendação do instrutivo de preenchimento de notificação de violência preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) e classificada conforme por Girianelli *et al.* (2018):

- a) Não conformidade - preenchimento inadequado, mas que não compromete totalmente a compreensão ou análise dos dados. Situação em que a classificação correta de um campo seria “Não se Aplica”, mas é classificado como “ignorado”, “não”, ou o campo não é preenchido.
- b) Incongruência: classificação de dois campos distintos de forma que não sejam simultaneamente verdadeiros, comprometendo a compreensão e consequentemente a análise de dados. Situação, por exemplo, em que o sexo biológico foi registrado como feminino e a identidade de gênero como mulher transexual, ou seja, um dos campos foi preenchido incorretamente.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi calculado o percentual de cada categoria das variáveis estudadas, estratificando por população LGBT e outros. 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.

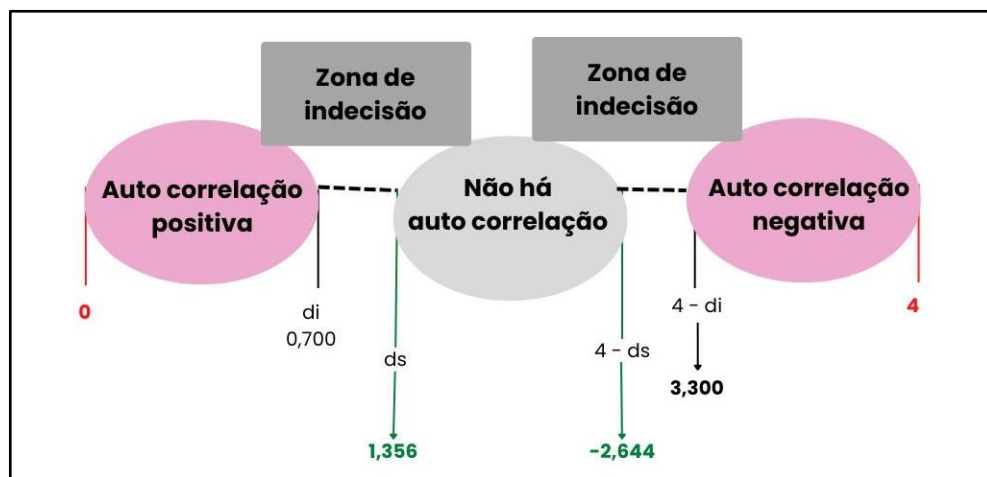
O percentual de inconsistência anual foi calculado considerando no numerador a quantidade de fichas com inconsistência para determinadas categorias dos campos relacionados e no denominador apenas o quantitativo de fichas de notificação que contenham as categorias dos campos sob análise. Também foi calculada a mediana (Med) de inconsistência para o período, para cada grupo de campos relacionados.

As inconsistências relativas a não conformidade foram classificadas como baixa quando menor de 10%, moderada entre 10% a 30% e alta quando maior que 30%. Já as incongruências serão classificadas como baixa quando menor que 0,5%, moderada entre 0,5% a 10% e alta quando maior que 10% (GIRIANELLI *et al.*, 2018).

A tendência temporal foi descrita tendo como variável independente o ano da notificação e como variável dependente a proporção dos tipos de violência notificadas e demais características da população LGBT em relação ao total das notificações. 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 sociais (ANTUNES; CARDOSO, 2015). O aumento

ou declínio das proporções foi avaliada com base no coeficiente de regressão (β) e respectiva significância estatística ($p \leq 0,05$). Nos casos de tendência estatisticamente significativa, foi avaliada a existência de autocorrelação, utilizando a estatística de Durbin-Watson (d) (GUJARATI; PORTER; 2011), considerando a disponibilidade de sete anos de registros na base de dados. Resultados entre 1,356 e 2,644 indicam que não há autocorrelação, acima de 3,300 existência de autocorrelação negativa e abaixo de 0,700 autocorrelação positiva, os demais intervalos compõem zona de indecisão em que não é possível descartar autocorrelação (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama de avaliação de autocorrelação da estatística de Durbin -Watson para sete observações.



Os dados foram analisados no programa estatístico R versão 3.4.3.

Fonte: Adaptado de Gujarati e Porter, 2011.

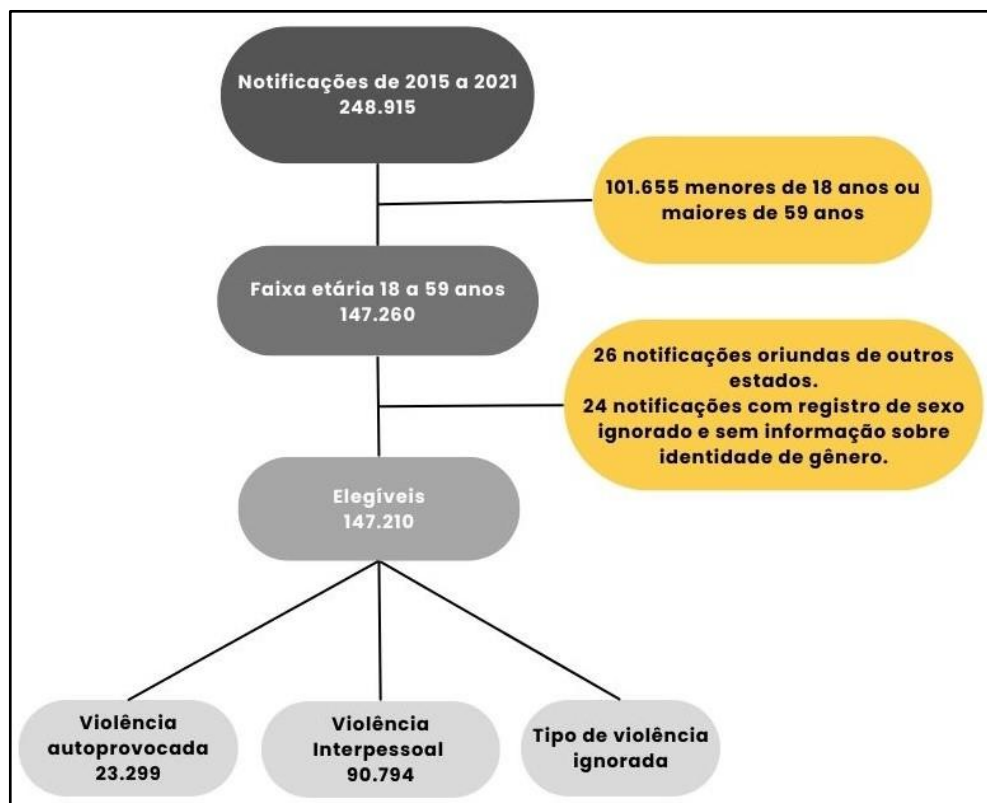
3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa (CAAE: 54012221.2.0000.5240) foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública, número 5.170.411, emitida em 16 de dezembro de 2021.

4 RESULTADOS

No período de 2015 a 2021 foram notificadas 248.915 violências ao Estado do Rio de Janeiro, sendo 248.415 (99,8%) de residentes no estado (Figura 2). Destas, 147.260 (59,2%) ocorreram na faixa etária de 18 a 59 anos. Foram excluídos 50 registros, sendo 26 residentes no Rio de Janeiro, mas notificados em outros estados e 24 com sexo ignorado sem informação sobre identidade de gênero.

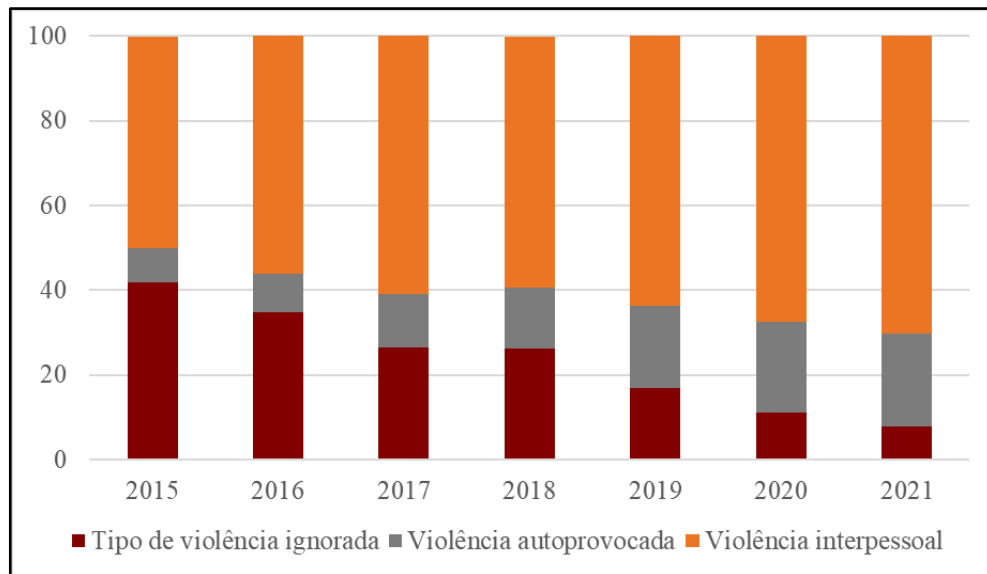
Figura 2 - Diagrama do procedimento para seleção dos registros de notificação de violência do Estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Foram elegíveis para o estudo 147.210 notificações. Dessas, 33.117 (22,5%) o tipo de violência não foi registrado, o que compromete a análise, variando de 41,8% em 2015 a 7,9% em 2021 (Gráfico 1 e Tabela 1). A não conformidade foi moderada (Med = 26,2%), mas o percentual tem decrescido no período ($\beta = -5,67$; $p < 0,001$), embora haja possibilidade de autocorrelação negativa ($d = 2,714$).

Gráfico 1 - Distribuição percentual do tipo de notificação de violência por ano.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021a



Fonte: Elaborados pela autora, 2022.

Apenas 2,8% das notificações de violência foram referentes a população LGBT. Houve, entretanto, um aumento da proporção das notificações nessa população no período ($\beta = 0,46$; $p < 0,001$) (Tabela 2), variando de 1,4% em 2015 a 4,1% em 2021 (Gráfico 2).

Tabela 1 - Número e percentual do tipo de notificação de violência por ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

Tipo de notificação	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Tipo de violência ignorada	6875	41,8	6256	34,8	5349	26,4	6161	26,2	4418	16,9	2319	11,1	1739	7,9	33117	22,5	-5,67	<0,001	2,714
Violência autoprovocada	1336	8,1	1631	9,1	2557	12,6	3383	14,4	5048	19,4	4484	21,5	4860	22,0	23299	15,8	2,71	<0,001	2,000
Violência interpessoal	8225	50,0	10078	56,1	12385	61,0	13931	59,3	16608	63,7	14066	67,4	15501	70,1	90794	61,7	3,01	<0,001	2,019
Total de notificações	16436	100,0	17965	100,0	20291	100,0	23475	100,0	26074	100,0	20869	100,0	22100	100,0	147210	100,0	-	-	-

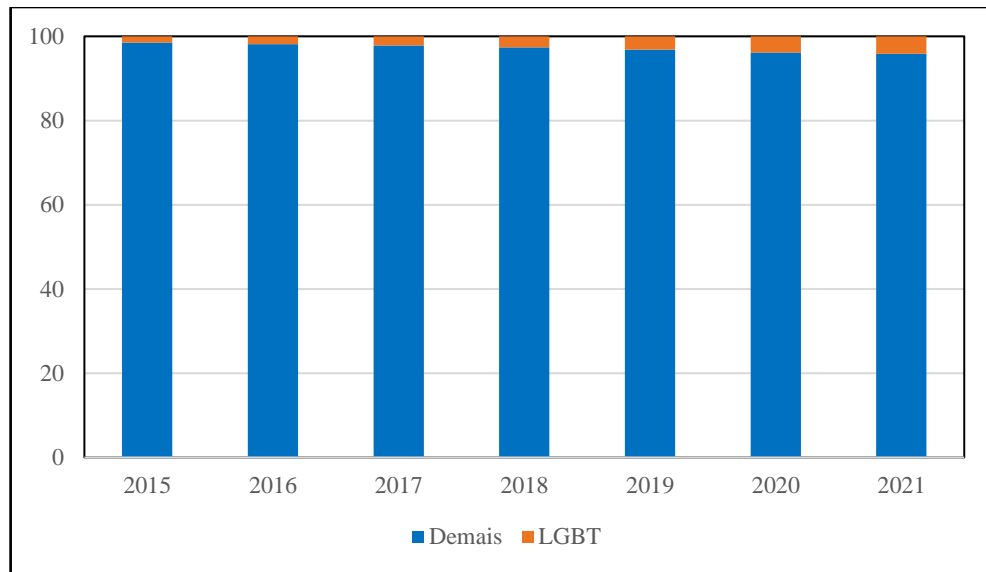
Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Tabela 2 - Número e percentual de notificação de violência por tipo de população e ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

População	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
LGBT	238	1,4	339	1,9	434	2,1	624	2,7	818	3,1	795	3,8	910	4,1	4158	2,8	0,46	<0,001	1,986
Total	16436	100,0	17965	100,0	20291	100,0	23475	100,0	26074	100,0	20869	100,0	22100	100,0	147210	100,0	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Gráfico 2 - Distribuição proporcional das notificações de violência por tipo de população e ano.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

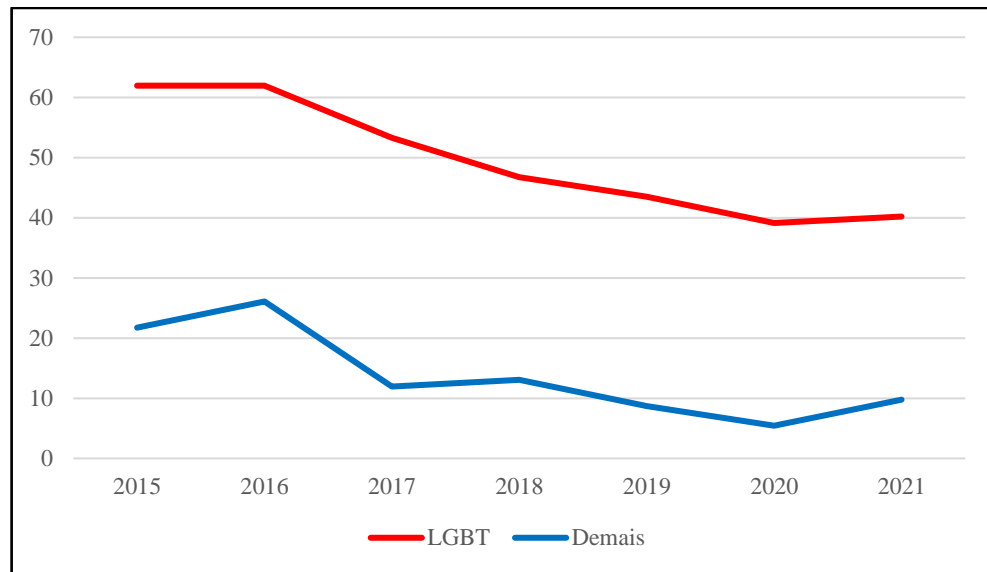
O município de Cardoso Moreira não registrou nenhuma notificação de violência no período. Outros 18 municípios não notificaram violência ocorrida na população LGBT Angra dos Reis, Bom Jardim, Cambuci, Cantagalo, Conceição de Macabu, Cordeiro, Engenheiro Paulo de Frontin, Italva, Laje do Muriaé, Miracema, 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 62,0% em 2015 a 40,2% em 2021 ($\beta = -4,35$; $p < 0,001$); bem como das demais populações ($\beta = -3,25$; $p = 0,002$) (Tabela 3 e Gráfico 3).

Tabela 3 - Distribuição proporcional dos municípios sem notificação de violência por tipo de população e ano.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

População	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
LGBT	57	62,0	57	62,0	49	53,3	43	46,7	40	43,5	36	39,1	37	40,2	-4,35	<0,001	1,706
Demais	20	21,7	24	26,1	11	12,0	12	13,0	8	8,7	5	5,4	9	9,8	-3,25	0,002	1,889

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Gráfico 3 - Distribuição proporcional dos municípios sem notificação de violência por tipo de população e ano. Rio de Janeiro, 2015 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A incompatibilidade no registro de sexo biológico e identidade de gênero, entretanto, correspondeu a 19,8% das notificações de violência dos(as) transgêneros(as) no período, apresentando alta incongruência (Med = 24,8%), sendo maior para as mulheres transgêneras (Med = 18,9%), mas também foi alta para os homens transgêneros (Med = 5,9%) (Tabela 4). Este tipo de erro tem se mantido estável no período ($p = 0,497$), apesar de leve redução em 2021 (16,0%).

Também foi identificada incongruência no registro de encaminhamento de adultos para instituições de atendimento a criança, adolescente e idoso. Este tipo de erro, em geral, apresenta incongruência baixa (Med < 0,5%), mas o registro de encaminhamento para o conselho tutelar a incongruência foi moderada (Med = 0,8%) e com tendência de aumento no período ($\beta = 0,05$; $p = 0,007$) (Tabela 5).

Tabela 4 - Número e percentual do sexo biológico incompatível com identidade de gênero por ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021

Sexo biológico e identidade de gênero	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Sexo Feminino e Travesti	2	0,8	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	0	0,0	5	0,2	0,0	-0,04	0,572
Sexo Feminino e Mulher Trans	45	18,9	34	10,0	53	22,3	45	18,9	45	18,9	45	18,9	125	13,7	392	16,1	18,9	0,27	0,657
Sexo Masculino e Homem Trans	14	5,9	4	1,2	5	5	14	5,9	14	5,9	14	5,9	21	2,3	86	3,5	5,9	0,15	0,662
Subtotal	61	25,6	39	11,5	58	24,4	59	24,8	59	24,8	61	25,6	146	16,0	483	19,8	24,8	0,59	0,497
Total transgênero(a)	238	100,0	339	100,0	238	100,0	238	100,0	238	100,0	238	100,0	910	100,0	2439	100,0	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Tabela 5 - Número e percentual dos encaminhamentos com registros inadequados referentes as violências notificadas por ano.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

Encaminhamento	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Conselho tutelar	123	0,7	143	0,8	148	0,7	179	0,8	250	1,0	172	0,8	270	1,2	0,8	0,05	0,007	2,390
Conselho do idoso*	41	0,2	35	0,2	28	0,1	23	0,1	27	0,1	17	0,1	23	0,1	0,1	-	-	-
Delegacia do idoso*	21	0,1	26	0,1	21	0,1	24	0,1	28	0,1	30	0,1	31	0,1	0,1	-	-	-
Delegacia de proteção à criança e adolescente*	29	0,2	30	0,2	23	0,1	22	0,1	33	0,1	31	0,1	33	0,1	0,1	-	-	-
Justiça da infância e juventude	16	0,1	25	0,1	22	0,1	36	0,2	52	0,2	23	0,1	33	0,1	0,1	0,00	0,819	-
Subtotal	16436	100,0	17965	100,0	20291	100,0	23475	100,0	26074	100,0	20869	100,0	22100	100,0	-	-	-	-

*Dados insuficientes para descrição da tendência.

Fonte: Elaborado pela autora

Dentre as características das vítimas, a não conformidade foi alta para registro ignorado da escolaridade (Med = 58,8%), ocupação (Med = 77,8%), situação conjugal (Med = 37,5%) e deficiência (Med = 40,2%); e moderado para raça/cor da pele (Med = 18,8%). Houve um decréscimo das não conformidades em relação a raça/cor da pele em branco ($\beta = -0,43$; $p = 0,016$), escolaridade ignorada ($\beta = -1,36$; $p = 0,001$), situação conjugal em branco ($\beta = -0,86$; $p = 0,001$) e deficiência ou transtorno ignorado ($\beta = -3,80$; $p = 0,001$) (Tabela 6). A situação conjugal com registro ignorado também apresentou em declínio ($\beta = -3,12$; $p < 0,001$), mas há possibilidade de autocorrelação negativa ($d = 2,851$) e com registro não se aplica leve tendência de aumento no período ($\beta = 0,07$; $p = 0,015$). O registro da data de nascimento estava ausente em 2,9% das notificações, mas com registro da idade por ser um campo obrigatório.

Em relação a ausência de informação sobre o local de residência, a não conformidade foi alta para código do distrito (Med = 61,4%); e moderada para código do bairro (Med = 22,6%) que apresentou tendência decrescente ($\beta = -1,84$; $p < 0,001$) (Tabela 7). Já o código da zona apresentou leve tendência de crescimento ($\beta = 0,51$; $p = 0,020$), mas com baixo percentual (Med = 1,7%).

A não conformidade relacionadas a ausência de registro do local e hora da ocorrência da violência foi alta para distrito (Med = 74,9%), código do bairro (Med = 57,6%), nome do bairro (Med = 31,1%) e hora (Med = 62,0%); e moderada para zona (Med = 11,4%) (Tabela 8). A tendência foi decrescente para ausência de informação para distrito ($\beta = -2,07$; $p = 0,001$) e hora da ocorrência ($\beta = -2,64$; $p = 0,030$). O código do bairro de ocorrência também foi decrescente ($\beta = -4,16$; $p = 0,013$), mas há possibilidade de autocorrelação positiva ($d = 1,348$). As demais variáveis ainda não indicam queda no período ($p \geq 0,261$).

Tabela 6 - Número e percentual das não conformidades das características das vítimas por ano de notificação.
Rio de Janeiro. 2015 a 2021

Características das vítimas	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Raça/cor da pele																				
Ignorado	2650	16,1	4687	26,1	6953	34,3	4668	19,9	4898	18,8	3282	15,7	2979	13,5	30117	20,5	18,8	-1,56	0,296	-
Em branco	404	2,5	448	2,5	334	1,6	54	0,2	42	0,2	70	0,3	46	0,2	1398	0,9	0,3	-0,43	0,016	1,449
Escolaridade ignorada	10173	61,9	11080	61,7	11925	58,8	14174	60,4	15131	58,0	11398	54,6	12018	54,4	85899	58,4	58,8	-1,36	0,001	2,100
Ocupação ignorada	12644	76,9	14317	79,7	15795	77,8	18705	79,7	20542	78,8	15371	73,7	16480	74,6	113854	77,3	77,8	-0,66	0,157	-
Situação Conjugal																				
Em branco	1595	9,7	1270	7,1	1488	7,3	1831	7,8	1364	5,2	1019	4,9	779	3,5	9346	6,3	7,1	-0,86	0,001	2,228
Ignorado	7278	44,3	7983	44,4	7604	37,5	8862	37,8	9027	34,6	5816	27,9	6370	28,8	52940	36,0	37,5	-3,12	< 0,001	2,851
Não se aplica	157	1,0	206	1,1	304	1,5	285	1,2	366	1,4	283	1,4	335	1,5	1936	1,3	1,4	0,07	0,015	2,214
Deficiência ou transtorno																				
Em branco	787	4,8	721	4,0	1076	5,3	1563	6,7	1196	4,6	903	4,3	609	2,8	6855	4,7	4,6	-0,24	0,388	-
Ignorado	8714	53,0	9373	52,2	9064	44,7	9447	40,2	9645	37,0	6983	33,5	7252	32,8	60478	41,1	40,2	-3,80	< 0,001	1,753
Total de notificações	16436	100,0	17965	100,0	20291	100,0	23475	100,0	26074	100,0	20869	100,0	22100	100,0	147210	100,0	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Tabela 7 - Número e percentual de ausência de registro do local de residência das vítimas por ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

Local residência	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Estado de residência em branco*	3	0,0	6	0,0	3	0,0	5	0,0	6	0,0	3	0,0	2	0,0	28	0,0	0,0	-	-	-
Código do município de residência em branco*	3	0,0	6	0,0	3	0,0	5	0,0	6	0,0	3	0,0	2	0,0	28	0,0	0,0	-	-	-
Código do distrito em branco	12973	78,9	11856	66,0	12036	59,3	14410	61,4	16006	61,4	12762	61,2	13099	59,3	93142	63,3	61,4	-2,57	0,067	-
Código bairro em branco	4525	27,5	4557	25,4	4989	24,6	5294	22,6	5213	20,0	3656	17,5	3854	17,4	32088	21,8	22,6	-1,84	< 0,001	2,14 4
Nome do bairro em branco	271	1,6	271	1,5	389	1,9	375	1,6	490	1,9	390	1,9	369	1,7	2555	1,7	1,7	0,51	0,020	2,63 1
Código da zona em branco	895	5,4	1155	6,4	1558	7,7	2278	9,7	2129	8,2	1635	7,8	1508	6,8	11158	7,6	7,7	0,25	0,467	-
Total de notificações	16436	100,0	17965	100,0	20291	100,0	23475	100,0	26074	100,0	20869	100,0	22100	100,0	147210	100,0	-	-	-	-

*Dados insuficientes para descrição da tendência.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Tabela 8 - Número e percentual das não conformidades do local e hora de ocorrência da violência por ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021

Local e hora de ocorrência da violência	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
UF de ocorrência em branco	447	2,7	635	3,5	919	4,5	1444	6,2	1143	4,4	833	4,0	557	2,5	5978	4,1	4,0	-0,07	0,982	-
Município de ocorrência em branco	928	5,6	671	3,7	938	4,6	1463	6,2	1267	4,9	901	4,3	578	2,6	6746	4,6	4,6	-0,29	0,261	-
Distrito de ocorrência em branco	13796	83,9	13470	75,0	15336	75,6	17582	74,9	19162	73,5	14469	69,3	15015	67,9	108830	73,9	74,9	-2,07	0,001	1,789
Código do bairro de ocorrência em branco	9678	58,9	10362	57,7	11853	58,4	13511	57,6	12671	48,6	7696	36,9	7847	35,5	73618	50,0	57,6	-4,16	0,013	1,348
Nome do bairro de ocorrência em branco	3376	20,5	5591	31,1	7587	37,4	8372	35,7	8374	32,1	4839	23,2	4602	20,8	42741	29,0	31,1	-0,30	0,872	-
Zona de ocorrência em branco	1660	10,1	2042	11,4	3091	15,2	3738	15,9	3527	13,5	2298	11,0	1925	8,7	18281	12,4	11,4	-0,24	0,749	-
Hora de ocorrência em branco	10189	62,0	11638	64,8	12817	63,2	14796	63,0	15365	58,9	10551	50,6	10412	47,1	74193	50,4	62,0	-2,64	0,030	1,393
Local de ocorrência em branco	449	2,7	636	3,5	928	4,6	1446	6,2	1150	4,4	834	4,0	560	2,5	6003	4,1	4,0	-0,01	0,975	-
Total de notificações	16436	100,0	17965	100,0	20291	100,0	23475	100,0	26074	100,0	20869	100,0	22100	100,0	147210	100,0	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Dentre as notificações de violência autoprovocada, a incongruência foi alta para registro de violência física (Med = 27,7%), psicológica (Med = 8,9%) e outros tipos de violência (72,4%); e moderada para tortura (0,6%) e agressão por ameaça (1,5%) (Tabela 9). Houve, no entanto, decréscimo das incongruências relacionadas a classificação indevida de violência física ($\beta = -2,58$; $p = 0,011$) e violência financeira ($\beta = -0,40$; $p = 0,009$). Os outros tipos de violências, embora apresentassem também queda ($\beta = -1,73$; $p = 0,011$) há possibilidade de autocorrelação positiva ($d = 1,143$). Os registros para tráfico de pessoas, pornografia infantil e exploração sexual juntas totalizaram oito notificações no período. Os demais registros incongruentes ficaram estáveis no período ($p \geq 0,078$).

Outra incongruência detectada foi o registro de características do agressor nas notificações de violência autoprovocada (Tabela 10). As variáveis dois ou mais agressores envolvidos na violência (Med = 4,3%), sexo do agressor diferente da vítima (Med = 8,5%), vínculo cônjuge (Med = 2,3%), amigos ou conhecidos (Med = 1,5%), outro tipo de relacionamento (Med = 1,0), ex-cônjuge e desconhecido (Med = 0,8%), apresentaram incongruência moderada. Houve, contudo, queda no período ($p \leq 0,028$) para as variáveis dois ou mais agressores envolvidos na violência, sexo e alguns vínculos do agressor como pai, mãe, cônjuge, filho(a) e amigos(as)/conhecidos(as). Os vínculos de ex-cônjuge e ex-namorado(a), embora também em declínio ($p < 0,050$), há possibilidade de autocorrelação positiva ($d = 1,302$ e $d = 1,247$, respectivamente).

Em relação as notificações de violências interpessoais, as não conformidades para o registro ignorado e em branco foram baixas para todos os tipos de violência (Med < 10%) (Tabela 11). Ademais, apresentou tendência de queda para a maioria dos registros ($p \leq 0,050$), exceto para violência sexual ($p = 0,074$). A ausência de registro, no entanto, manteve-se estável no período para todos os tipos de violência ($p \geq 0,110$).

Nas notificações com registro de apenas violência psicológica houve incongruência moderada para meio de agressão por força, objeto perfurocortante (Med = 0,9%), envenenamento (Med = 0,5%) e arma de fogo (Med = 1,1%); e alta para outro meio de agressão (Med = 18,5%), cujo o registro deveria ser restrito a violência física (Tabela 12). Este tipo de erro tem aumentado no decorrer do período, não sendo ainda estatisticamente significativo apenas para arma de fogo ($p = 0,151$) e força física ($p = 0,166$). O meio de agressão por objeto contundente, entretanto, há possibilidade de autocorrelação negativa ($d = 2,770$). Outro meio de agressão, no entanto, apresentou leve declínio no período ($\beta = -0,99$; $p = 0,022$).

Tabela 9 - Número e percentual do tipo e forma de violência notificada como autoprovocada por ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

Tipo e forma de violência registrada	2015		2016		2017		2018		2019		2020			2021		Total	Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N					
Violência Física	592	44,3	504	30,9	951	37,2	807	23,9	1285	25,5	1241	27,7	1196	24,6	6576	28,2	27,7	-2,58	0,011	1,601
Violência Psicológica	126	9,4	108	6,6	202	7,9	249	7,4	493	9,8	397	8,9	433	8,9	2008	8,6	8,9	0,26	0,172	-
Tortura	15	1,1	10	0,6	12	0,5	17	0,5	31	0,6	32	0,7	24	0,5	141	0,6	0,6	-0,06	0,202	-
Violência sexual	13	1,0	6	0,4	5	0,2	16	0,5	15	0,3	13	0,3	12	0,2	80	0,3	0,3	-0,84	0,078	-
Tráfico de pessoas*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0	5	0,0	0,0	-	-	-
Violência financeira	5	0,4	3	0,2	6	0,2	9	0,3	5	0,1	5	0,1	6	0,1	39	0,2	0,2	-0,04	0,009	2,420
Negligência/abandono	6	0,4	12	0,7	17	0,7	7	0,2	17	0,3	9	0,2	8	0,2	76	0,3	0,3	-0,08	0,041	1,962
Trabalho infantil	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	1	0,0	0	0,0	5	0,0	0,0	-0,01	0,136	-
Intervenção legal	0	0,0	2	0,1	4	0,2	4	0,1	2	0,0	3	0,1	3	0,1	18	0,1	0,1	0,00	0,797	-
Outras violências	786	58,8	1181	72,4	1690	66,1	2566	75,8	3638	72,1	3321	74,1	3600	74,1	16782	72,0	72,4	-1,73	0,011	1,143
Agressão por ameaça	47	3,5	21	1,3	48	1,9	52	1,5	51	1,0	66	1,5	76	1,6	361	1,5	1,5	-0,20	0,116	-
Assédio sexual	1	0,1	0	0,0	3	0,1	2	0,1	1	0,0	4	0,1	2	0,0	13	0,1	0,1	-0,00	0,654	-
Estupro	4	0,3	4	0,2	3	0,1	7	0,2	6	0,1	7	0,2	9	0,2	40	0,2	0,2	-0,01	0,450	-
Pornografia infantil*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0	0,0	-	-	-
Exploração sexual*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0,0	-	-	-
Total de Violência autoprovocada	1336	100,0	1631	100,0	2557	100,0	3383	100,0	5048	100,0	4484	100,0	4860	100,0	23299	100,0	-	-	-	-

*Dados insuficientes para descrição da tendência.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Tabela 10 - Número e percentual das características do agressor das notificações de violência autoprovocada por ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

Características do agressor	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Dois ou mais	107	8,0	76	4,7	109	4,3	153	4,5	108	2,1	111	2,5	114	2,3	778	3,3	4,3	-0,82	0,002	1,715
Sexo do agressor																				
Diferente do caso	176	13,2	139	8,5	223	8,7	296	8,7	321	6,4	328	7,3	351	7,2	1834	7,9	8,5	-0,76	0,018	1,518
Ambos os sexos	9	0,7	11	0,7	10	0,4	22	0,7	20	0,4	20	0,4	11	0,2	103	0,4	0,4	-0,07	0,002	2,225
Vínculo do agressor																				
Pai	10	0,7	10	0,6	10	0,4	15	0,4	12	0,2	10	0,2	9	0,2	76	0,3	0,4	-0,09	<0,001	1,692
Mãe	7	0,5	12	0,7	14	0,5	12	0,4	17	0,3	5	0,1	18	0,4	85	0,4	0,4	-0,08	0,002	2,089
Padrasto	1	0,1	0	0,0	3	0,1	2	0,1	3	0,1	3	0,1	2	0,0	14	0,1	0,1	0,00	0,941	-
Madrasta	0	0,0	2	0,1	2	0,1	1	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	7	0,0	0,0	-0,02	0,208	-
Cônjuge	69	5,2	37	2,3	58	2,3	82	2,4	68	1,3	88	2,0	70	1,4	472	2,0	2,3	-0,42	0,028	1,483
Ex-cônjuge	47	3,5	16	1,0	34	1,3	28	0,8	32	0,6	31	0,7	34	0,7	222	1,0	0,8	-0,32	0,044	1,302
Namorado(a)	7	0,5	7	0,4	21	0,8	18	0,5	22	0,4	22	0,5	9	0,2	106	0,5	0,5	-0,03	0,214	-
Ex-namorado(a)	9	0,7	8	0,5	7	0,3	10	0,3	11	0,2	7	0,2	16	0,3	68	0,3	0,3	-0,06	0,049	1,247
Filho(a)	9	0,7	6	0,4	12	0,5	12	0,4	9	0,2	13	0,3	11	0,2	72	0,3	0,4	-0,07	0,001	2,211
Desconhecido	26	1,9	17	1,0	21	0,8	31	0,9	26	0,5	30	0,7	37	0,8	188	0,8	0,8	-0,15	0,063	-
Irmão(ã)	17	1,3	7	0,4	12	0,5	13	0,4	24	0,5	12	0,3	16	0,3	101	0,4	0,4	-0,10	0,052	-
Amigos(as)/ Conhecidos(as)	32	2,4	29	1,8	43	1,7	52	1,5	37	0,7	35	0,8	32	0,7	260	1,1	1,5	-0,29	<0,001	2,134
Cuidador(a)	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0	3	0,0	0,0	-0,01	0,136	-
Patrão/chefe	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0	4	0,1	1	0,0	2	0,0	9	0,0	0,0	-0,00	0,476	-
Pessoa com Relação Institucional	6	0,4	1	0,1	2	0,1	2	0,1	4	0,1	8	0,2	8	0,2	31	0,1	0,1	-0,01	0,542	-
Policial/ agente da lei	1	0,1	4	0,2	0	0,0	2	0,1	2	0,0	7	0,2	2	0,0	18	0,1	0,1	-0,01	0,416	-
Outro relacionamento	27	2,0	13	0,8	27	1,1	49	1,4	50	1,0	41	0,9	32	0,7	239	1,0	1,0	-0,11	0,079	-
Total violência autoprovocada	1336	100,0	1631	100,0	2557	100,0	3383	100,0	5048	100,0	4484	100,0	4860	100,0	23299	100,0	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Tipo de violência	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Ignorado	235	2,9	355	3,5	471	3,8	403	2,9	333	2,0	365	2,6	295	1,9	2457	2,7	2,9	-0,24	0,050	1,828
Em branco	117	1,4	84	0,8	51	0,4	86	0,6	187	1,1	232	1,6	452	2,9	1209	1,3	1,1	0,25	0,213	-
Outra violência																				
Ignorada	379	4,6	786	7,8	799	6,5	588	4,2	503	3,0	532	3,8	404	2,6	3991	4,4	4,2	-0,68	0,033	1,773
Em branco	106	1,3	88	0,9	42	0,3	101	0,7	191	1,2	233	1,7	447	2,9	1208	1,3	1,2	0,26	0,167	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Tabela 12 - Número e percentual do meio de agressão das violências psicológicas por ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021

Meio de agressão	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total		Med	β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Força	5	2,3	10	3,4	7	1,9	5	1,5	7	1,7	10	3,8	21	7,5	65	3,0	2,3	0,74	0,166	-
Enforcamento	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	1	0,2	2	0,8	4	1,4	9	0,4	0,2	0,20	0,036	1,631
Objeto contundente	0	0,0	0	0,0	1	0,3	3	0,9	0	0,0	3	1,1	2	0,7	9	0,4	0,3	0,16	0,005	2,770
Objeto perfurocortante	2	0,9	0	0,0	1	0,3	5	1,5	2	0,5	5	1,9	4	1,4	19	0,9	0,9	0,25	0,009	2,394
Substância/objeto quente	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	3	1,1	1	0,4	5	0,2	0,0	0,13	0,039	2,373
Envenenamento	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,2	4	1,5	6	2,1	16	0,7	0,5	0,31	0,044	1,516
Arma de fogo	1	0,5	7	2,4	4	1,1	6	1,8	4	1,0	1	0,4	4	1,4	27	1,2	1,1	0,13	0,151	-
Outro meio	47	21,8	66	22,8	63	16,7	63	18,5	84	20,0	45	17,2	42	14,9	410	18,8	18,5	-0,99	0,023	2,321
Total Violência apenas psicológica	216	100,0	290	100,0	378	100,0	340	100,0	419	100,0	262	100,0	281	100,0	2186	100,0	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A tabela 13 apresenta as características da população com notificação de violência autoprovocada e a tabela 14 a respectiva tendência no período. 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 população não LGBT ($p < 0,001$), mas com queda no período ($\beta = -1,92$; $p = 0,018$). Já a variável escolaridade apresentou elevado registro ignorado (68,7%), comprometendo a análise e com tendência estável no período avaliado ($p = 0,072$).

Tabela 13 - Características das notificações de violência autoprovocada por tipo de população.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

Características	Total		LGBT		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	

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

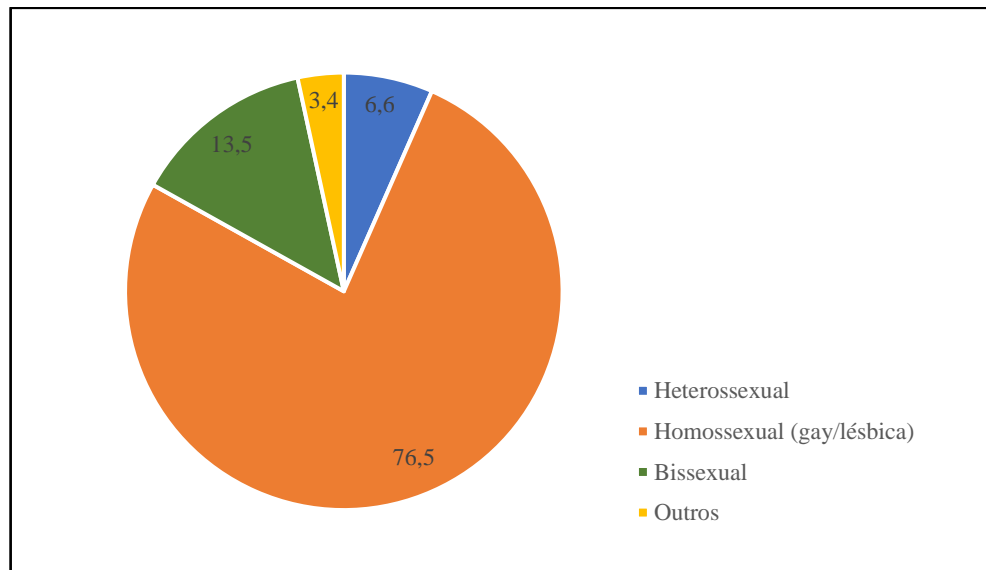
Tabela 14 - Características das notificações de violência autoprovocada por tipo de população e ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

População	Características	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		β	p	d
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
LGBT	Faixa etária de 18 a 39	27	77,1	43	87,8	65	87,8	95	81,2	160	87,4	186	92,1	162	87,1	1,28	0,096	-
Não LGBT	Raça/cor da pele ignorado ou em branco	354	27,2	433	27,4	739	29,8	832	25,5	1171	24,1	807	18,8	770	16,5	-1,92	0,018	1,576
População Total	Escolaridade ignorada ou em branco	842	63,0	1078	66,1	1792	70,1	2334	69,0	3516	69,7	3039	67,8	3416	70,3	0,94	0,072	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

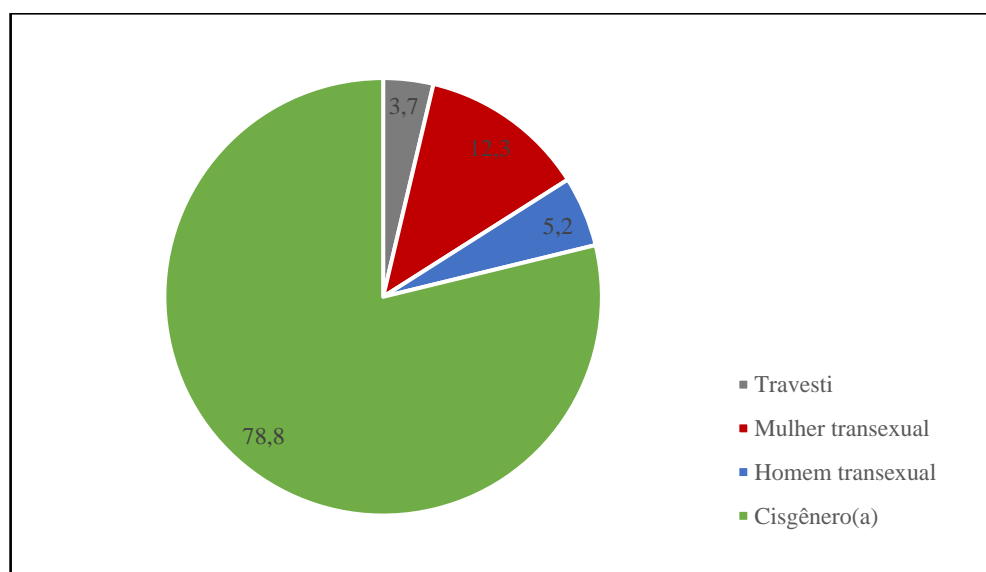
Dentre a população LGBT com notificação de violência autoprovocada, a maioria era homossexual (76,5%) (Gráfico 4). Todos(as) os(as) que declararam ser heterossexuais eram transgêneros(as) (6,6%). Quanto a identidade de gênero, 21,2% era transexual (Gráfico 5), em particular mulher transgênera (12,3%).

Gráfico 4 - Distribuição percentual das notificações de violência autoprovocada na população LGBT segundo orientação sexual. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Gráfico 5 - Distribuição percentual das notificações de violência autoprovocada na população LGBT segundo identidade de gênero. Rio de Janeiro, 2015 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A tabela 15 apresenta os encaminhamentos realizados referentes as notificações de

violência autoprovocada. A maioria foi encaminhada para área da Saúde (64,3%), seguida da Assistência Social (7,2%), sendo proporcionalmente maior para população LGBT (68,7% e 9,3%, respectivamente; $p \leq 0,016$). A maioria dos encaminhamentos manteve estável no período ($p > 0,05$). Na população LGBT, entretanto, houve um declínio no encaminhamento para delegaria 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 16).

Tabela 15 - Número e percentual dos encaminhamentos realizados referentes as notificações de violência autoprovocada por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

Encaminhamento	Total		LGBT		Demais		p
	N	%	N	%	N	%	
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*	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*	23	0,1	1	0,1	22	0,1	-
Ministério Público da União*	40	0,2	0	0,0	40	0,2	-
Delegacia de atendimento da 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*	43	0,2	5	0,6	38	0,2	-
Total	23299	100,0	846	100,0	22453	100,0	-

*Dados insuficientes para comparação.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Tabela 16 - Número e percentual dos encaminhamentos realizados referentes a violência autoprovocada por tipo de população e ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021

Encaminhamento	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
LGBT																	
Saúde	12	34,3	30	61,2	53	71,6	77	65,8	133	72,7	143	70,8	133	71,5	4,77	0,058	-
Assistência social	2	5,7	5	10,2	2	2,7	8	6,8	21	11,5	18	8,9	23	12,4	0,88	0,095	-
Educação	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1	-0,10	0,437	-
Atendimento à mulher	3	8,6	1	2,0	2	2,7	3	2,6	3	1,6	4	2,0	5	2,7	-0,61	0,128	-
Centro de referência dos Direitos Humanos	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-0,20	0,066	-
Ministério Público da União*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-
Delegacia de atendimento da mulher	1	2,9	2	4,1	3	4,1	3	2,6	2	1,1	0	0,0	3	1,6	-0,53	0,049	1,679
Outras delegacias	8	22,9	3	6,1	5	6,8	9	7,7	12	6,6	7	3,5	10	5,4	-1,88	0,064	-
Defensoria Pública	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	-
Subtotal	35	100,0	49	100,0	74	100,0	117	100,0	183	100,0	202	100,0	186	100,0	-	-	-
Demais																	
Saúde	501	38,5	937	59,2	1498	60,3	1989	60,9	3340	68,7	2931	68,4	3212	68,7	4,02	0,009	1,419
Assistência social	53	4,1	60	3,8	123	5,0	222	6,8	371	7,6	368	8,6	395	8,5	0,93	<0,001	1,789
Educação	2	0,2	3	0,2	1	0,0	7	0,2	4	0,1	5	0,1	3	0,1	-0,01	0,188	-
Atendimento à mulher	27	2,1	22	1,4	53	2,1	57	1,7	80	1,6	85	2,0	135	2,9	0,10	0,194	-
Centro de referência dos Direitos Humanos	3	0,2	1	0,1	3	0,1	2	0,1	2	0,0	9	0,2	2	0,0	-0,01	0,213	-
Ministério Público da União	4	0,3	3	0,2	1	0,0	1	0,0	8	0,2	11	0,3	12	0,3	0,00	0,834	-
Delegacia de atendimento da mulher	63	4,8	19	1,2	60	2,4	70	2,1	65	1,3	47	1,1	57	1,2	0,37	0,025	1,682
Outras delegacias	129	9,9	90	5,7	141	5,7	138	4,2	165	3,4	152	3,5	155	3,3	-0,92	0,008	1,330
Defensoria Pública	2	0,2	2	0,1	0	0,0	2	0,1	3	0,1	5	0,1	5	0,1	-0,03	0,105	-
Subtotal	1301	100,0	1582	100,0	2483	100,0	3266	100,0	4865	100,0	4282	100,0	4674	100,0	-	-	-

*Dados insuficientes para descrição da tendência.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Em relação as notificações de violência interpessoal, as características da população são apresentadas na tabela 17 e respectiva tendência do período na tabela 18. 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 população não LGBT (19,0%; $p < 0,001$), 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 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 foram também maiores na população não LGBT ($p < 0,001$), mas com tendência estável no período ($p \geq 0,055$). A notificação de tortura e violência sexual foram proporcionalmente maiores na população LGBT ($p < 0,001$), mas a tortura apresentou leve declínio no período ($\beta = -0,19$; $p = 0,039$).

A maioria das notificações não tinha registro do motivo da violência (73,9%). Dentre os que apresentaram registro destacaram-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.

Dentre a população LGBT com notificação de violência interpessoal, a maioria era homossexual (69,1%) (Gráfico 6). Quanto a identidade de gênero, 26,5% era transexual (Gráfico 7), em particular mulher transgênera (18,1%).

Tabela 17 - Características das notificações de violência interpessoal por tipo de população.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

Características	Total		LGBT		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	

Características	Total		LGBT		Demais		p
	N	%	N	%	N	%	
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*							
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**	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
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
Total							

*Categorias não excludentes. **Dados insuficientes para comparação.

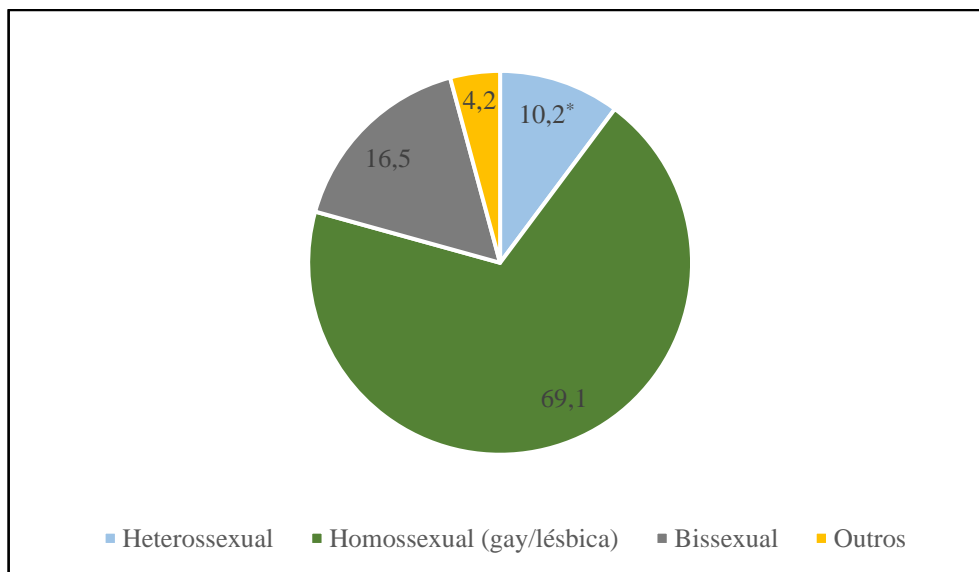
Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Tabela 18 - Características das notificações de violência interpessoal por tipo de população e ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

População	Características	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		β	p	d
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
LGBT	Faixa etária de 18 a 39	138	79,3	212	78,2	241	77,0	380	82,4	489	81,8	455	81,0	574	83,7	0,87	0,019	2,331
Não LGBT	Raça/cor da pele ignorada	1563	19,4	2362	24,1	3009	24,9	3099	23,0	2858	17,9	2009	14,9	1736	11,7	-1,55	0,112	-
Não LGBT	Escolaridade ignorada	4481	55,7	5410	55,2	6986	57,9	7919	58,8	9017	56,3	7777	57,6	8075	54,5	-0,00	0,992	-
Não LGBT	Violência física	6881	85,5	8680	88,5	11029	91,4	12319	91,5	14556	90,9	12433	92,1	13639	92,1	0,99	0,027	1,350
Não LGBT	Negligência	59	0,7	95	1,0	95	0,8	99	0,7	121	0,8	104	0,8	145	1,0	0,01	0,627	-
Não LGBT	Violência policial	271	3,4	141	1,4	23	0,2	40	0,3	41	0,3	19	0,1	34	0,2	-0,46	0,055	-
LGBT	Tortura	8	4,6	7	2,6	14	4,5	12	2,6	16	2,7	18	3,2	18	2,6	-0,19	0,039	2,509
LGBT	Violência sexual	22	12,6	55	20,3	63	20,1	89	19,3	123	20,6	103	18,3	116	16,9	0,31	0,590	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

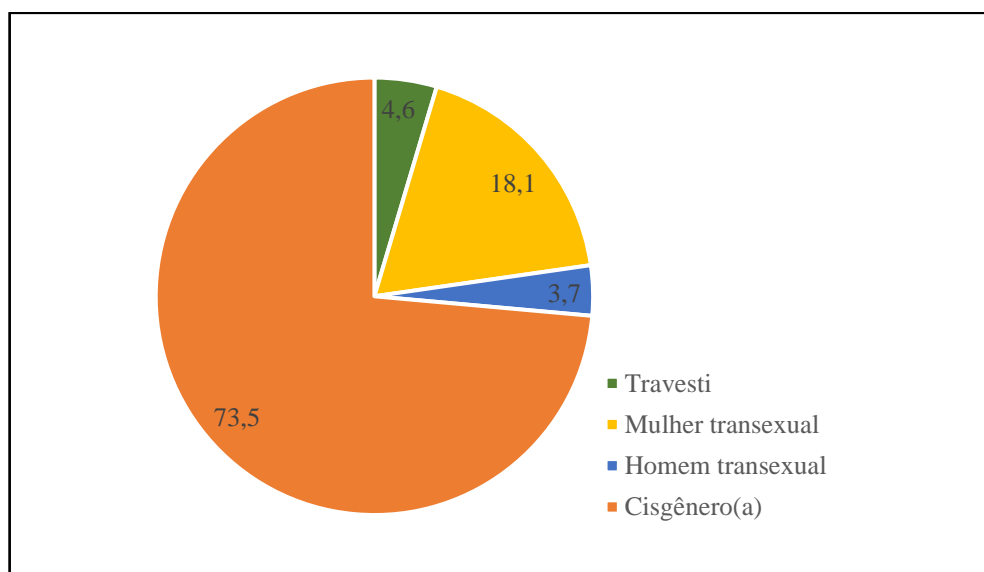
Gráfico 6 - Distribuição percentual das notificações de violência interpessoal da população LGBT segundo orientação sexual. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.



*Transgêneros(as) heterossexuais.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Gráfico 7 - Distribuição percentual das notificações de violência interpessoal da população LGBT segundo identidade de gênero. Rio de Janeiro, 2015 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Em relação aos encaminhamentos, a maioria também foi para área de Saúde (39,6%), seguida de delegacias (26,3%) (Tabela 19). Na população LGBT, o encaminhamento para assistência social (7,8%), delegacias (32,0%) e Centro de Referência dos Direitos Humanos (0,6%) foram proporcionalmente maior ($p < 0,001$), enquanto nas demais foi a delegacia de atendimento da mulher (18,8%; $p = 0,002$).

Na população LGBT, o encaminhamento apresentou tendência crescente no período

para a 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 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 atendimento à mulher ($\beta = 1,05$; $p = 0,020$).

Tabela 19 - Número e percentual dos encaminhamentos realizados referentes as notificações de violência interpessoal por tipo de população. Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

Encaminhamento	Total		LGBT		Demais		p
	N	%	N	%	N	%	
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 da 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: Elaborado pela autora, 2022.

Tabela 20 - Número e percentual dos encaminhamentos realizados referentes a violência interpessoal por tipo de população e ano de notificação.
Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

Encaminhamento	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		β	p	d
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
LGBT																	
Saúde	28	16,1	66	24,4	118	37,7	179	38,8	293	49,0	254	45,2	325	47,4	5,24	0,006	1,622
Assistência social	8	4,6	7	2,6	22	7,0	32	6,9	38	6,4	49	8,7	82	12,0	1,20	0,002	2,163
Educação	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,4	0	0,0	4	0,7	1	0,1	0,07	0,014	2,646
Atendimento à mulher	33	19,0	39	14,4	40	12,8	61	13,2	66	11,0	86	15,3	147	21,4	0,31	0,746	-
Centro de referência dos Direitos Humanos	0	0,0	1	0,4	2	0,6	8	1,7	3	0,5	3	0,5	1	0,1	0,14	0,909	-
Ministério Público da União	1	0,6	3	1,1	0	0,0	2	0,4	6	1,0	2	0,4	6	0,9	0,01	0,906	-
Delegacia de atendimento da mulher	30	17,2	63	23,2	65	20,8	69	15,0	67	11,2	109	19,4	105	15,3	-0,88	0,250	-
Outras delegacias	76	43,7	93	34,3	108	34,5	162	35,1	173	28,9	169	30,1	200	29,2	-1,94	0,004	1,834
Defensoria Pública	0	0,0	1	0,4	0	0,0	5	1,1	10	1,7	7	1,2	29	4,2	0,46	0,003	2,181
Subtotal	174	100,0	271	100,0	313	100,0	461	100,0	598	100,0	562	100,0	686	100,0	-	-	-
Demais																	
Saúde	1738	21,6	3321	33,9	4596	38,1	4881	36,2	7441	46,5	6060	44,9	6699	45,2	3,54	0,003	1,658
Assistência social	276	3,4	392	4,0	520	4,3	662	4,9	918	5,7	1047	7,8	1287	8,7	0,88	0,001	1,421
Educação	11	0,1	11	0,1	20	0,2	28	0,2	42	0,3	19	0,1	26	0,2	0,01	0,313	-
Atendimento à mulher	1067	13,3	1305	13,3	1452	12,0	1805	13,4	2572	16,1	2181	16,2	2940	19,8	1,05	0,020	1,486
Centro de referência dos Direitos Humanos	26	0,3	20	0,2	34	0,3	20	0,1	31	0,2	30	0,2	53	0,4	0,00	0,789	-
Ministério Público da União	66	0,8	36	0,4	76	0,6	42	0,3	72	0,4	71	0,5	82	0,6	-0,02	0,516	-
Delegacia de atendimento da mulher	2008	24,9	1961	20,0	2115	17,5	2240	16,6	2484	15,5	2771	20,5	2928	19,8	-0,68	0,377	-
Outras delegacias	2250	27,9	2388	24,3	2983	24,7	3573	26,5	4140	25,9	3647	27,0	3904	26,4	0,14	0,539	-
Defensoria Pública	57	0,7	72	0,7	105	0,9	167	1,2	300	1,9	287	2,1	510	3,4	0,42	0,002	1,370
Subtotal	8051	100,0	9807	100,0	12072	100,0	13470	100,0	16010	100,0	13504	100,0	14815	100,0	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

5 DISCUSSÃO

A notificação de violência foi implantada no Brasil há mais de dez anos (BRASIL, 2011), no entanto, o município de Cardoso Moreira não apresentou nenhum registro no período estudado. A inclusão da população LGBT na notificação de violência ocorreu há oito anos (BRASIL, 2016), 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. Adicionalmente, ocorreu um aumento da proporção das notificações de violência na população LGBT. Estudo realizado no país, de 2015 a 2017, já havia constatado um aumento das notificações dessa população no período (PINTO *et al.*, 2020).

O presente estudo identificou também diversas inconsistências nos registros de notificação de violência no Estado do Rio de Janeiro que podem comprometer a compreensão do panorama desse tipo de agravo, que é essencial para subsidiar as políticas públicas. Algumas inconsistências, todavia, poderiam ser minimizadas se fosse restringido a possibilidade de digitação de dados inadequados, conforme previsto na própria recomendação do instrutivo de preenchimento da notificação (BRASIL, 2016).

Dentre as inconsistências destaca-se um percentual elevado (22,5%) de registros ignorados para classificação do tipo de violência ocorrida, ou seja, se autoprovocada ou interpessoal. Tal situação poderia representar real desconhecimento do profissional em função do contexto em que ocorreu a entrevista, particularmente nos casos de atendimento na emergência, ou receio da vítima. Uma sugestão para possibilitar melhor compreensão seria criar um campo obrigatório na ficha de notificação para registro do motivo do desconhecimento do tipo de violência ocorrida. Houve, contudo, uma redução desse tipo de inconsistência no período analisado atingindo 7,9% em 2021. Análise prévia dos dados do Estado (GIRIANELLI *et al.*, 2018) pode ter contribuído para melhoria da informação, embora ainda incipiente. No Brasil, a proporção média desse tipo de inconsistência variou de 12,3% em 2011 a 10,3% em 2014 (SOUSA *et al.*, 2020).

Outra grave inconsistência identificada foi a incompatibilidade no registro de sexo e identidade de gênero, correspondendo a 19,8% das notificações de violência dos transgêneros(as) no período, em particular para as mulheres transgêneras (16,1%). A tendência dessa inconsistência manteve-se alta e estável no período avaliado ($p = 0,497$). Estudo com gestores do município de Cuité na Paraíba revelou o desconhecimento sobre expressão de gênero e a limitação na compreensão sobre orientação afetivo-sexual, bem como a

culpabilização da comunidade LGBT pelas situações de violências e de restrição de acesso aos serviços de saúde (GOMES, 2018b). Os referidos conceitos, contudo, estão descritos no instrutivo de preenchimento da ficha de notificação (BRASIL; 2016), mas a manutenção dos erros de classificação sinaliza a necessidade de treinamento dos profissionais para melhor compreensão. Para diminuir esses erros, Girianelli *et al.* (2018) propuseram não deixar ativo para digitação o campo “identidade de gênero”, para as categorias “travesti” e “mulher transexual” no caso de notificação de vítima do sexo biológico feminino, e na categoria “homem transexual” para vítima do sexo masculino. Adicionalmente, a possibilidade de registro de sexo ignorado pode confundir o profissional, porque deve ter como referência a identidade de gênero do(a) usuário(a) atendido(a) e não o sexo biológico, que aliás não é mencionado no instrutivo no campo “sexo”, se é biológico ou de registro civil (GOMES, 2018a).

Em contrapartida, a disponibilidade de registro de identidade de gênero “ignorado” também pode prejudicar a classificação, tendo em vista que já existe a categoria “não se aplica” para os(as) cisgêneros(as) e menores de dez anos. Como sugestão para melhoria do instrumento poderia acrescentar a opção “cisgênero”, pessoas que se reconhecem com o gênero que lhe foi atribuído no momento de seu nascimento, ainda não disponível na referida ficha de notificação, pois considera apenas como identificação de gênero os indivíduos que são travestis e pessoas trans. Além disso, poderia também inserir na ficha a categoria assexual e intersexo, contemplando assim as demais pessoas que compõem o mesmo grupo LGBT, tornando esse instrumento mais equânime, bem como ter informações sobre a violência sofrida por essas pessoas que atualmente estão invisibilizadas. A ocorrência desse tipo de erro é devido a naturalização do modelo cisgênero e binário dos sexos no sistema de saúde, que por estarem fora da norma precisam ser formalmente identificados (GOMES *et al.*, 2018a). Tendo em vista que, a heteronormatividade é uma norma, uma imposição social para que todos sejam heterossexuais, determinando que as pessoas se comportem e tenham atitudes de acordo com o sexo biológico e com os papéis pré-determinado de cada gênero (PETRY; MEYER, 2011).

Outra inconsistência foi o registro de encaminhamento de adultos para instituições de crianças, adolescentes ou idosos. O percentual foi baixo e talvez represente apenas erro de digitação no sistema, contudo, apresentou tendência crescente no período ($\beta = 0,05$; $p = 0,007$). Essa situação poderia ser facilmente evitada com inativação para digitação dos campos não relacionados. A notificação de cada situação deve seguir uma trajetória específica, isto é, de acordo com o caso diagnosticado pelo profissional de saúde. No instrutivo de preenchimento da notificação (BRASIL, 2016) consta a orientação dos serviços/instituições de acordo com

suas especificidades., tal erro também pode indicar incompreensão deste campo. Estudo realizado em Recife, que analisou as notificações no período de 2009 a 2012, encontrou um elevado percentual de incompletude dos campos de encaminhamento, dificultando identificar se não houve registro, ou se eles, de fato, não foram realizados (ABATH *et al.*, 2014). A falta de conhecimento dos profissionais sobre a rede de apoio às vítimas, descrença em sua eficiência ou medo de se comprometer também pode contribuir para o encaminhamento adequado das vítimas.

No que tange as características das vítimas, o registro ignorado foi alto para escolaridade, ocupação, situação conjugal e deficiência, mas todas com leve tendência de queda no período. Estudo realizado no estado do Paraná, sobretudo no que se refere a escolaridade, também identificou um percentual alto para esse tipo de registro (23,5%), já para deficiência, o percentual de registro ignorado foi baixo (5,8%) (SANTOS *et al.*, 2022). Para raça ou cor da pele, a não conformidade foi moderada e com leve decréscimo no período ($\beta = -0,43$; $p = 0,016$). Estudos recentes (CERQUEIRA; FERREIRA; BUENO, 2020; OLIVEIRA; MOTT, 2022) também têm sinalizado a ausência de dados de algumas variáveis nos sistemas de informações em saúde, em particular raça/cor da pele e escolaridade, inviabilizando uma melhor compreensão da realidade da população. Vale ressaltar que em 2017 tornou-se obrigatório o preenchimento do campo raça/cor da pele nos formulários dos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2017), mas permanece como campo essencial no instrutivo da ficha de notificação, sendo necessário uma atualização.

Quanto as notificações de violência autoprovocada, a recomendação é registrar “outros” no tipo de violência e especificar se “autoagressão” ou “tentativa de suicídio” (BRASIL, 2016). Houve, entretanto, classificação indevida, registrando tipos de violência interpessoal, principalmente de violência física. Tal erro, no entanto, teve tendência decrescente no período ($\beta = -2,58$; $p = 0,011$). Análise prévia dos dados do Estado (GIRIANELLI *et al.*, 2018), entretanto, havia identificado estabilidade desse tipo de erro até 2016 ($p = 0,291$). Estudo realizado no estado do Paraná, apontou que apesar da variável tipo de violência, no campo “outros” apresentar a notificação de tentativa de suicídio, verificou-se que a mesma não era preenchida adequadamente, pois as descrições no campo “observações adicionais” apresentavam informações de tentativas de suicídio que não estavam preenchidas no referido campo (SANTOS *et al.*, 2022).

Nas notificações com registro de apenas violência psicológica houve incongruência quanto ao registro de meios de agressão que estão relacionados a violência física. Este tipo de erro tem aumentado no decorrer do período para a maioria dos tipos que envolvem os meios de

agressão ($p < 0,05$). Situação que já havia sido sinalizada em estudo realizado com dados do Estado até 2016 (GIRIANELLI *et al.*, 2018). Estudo que analisou as notificações de Recife encontrou apenas uma média de 1% de inconsistência entre os campos avaliados, apresentando maior proporção entre os campos violência psicológica e meio de agressão (10,1%) (ABATH *et al.*, 2014).

O percentual de notificação de violência referente a população LGBT tem aumentado nos últimos anos ($\beta = 0,46$; $p < 0,001$), atingindo 4,1% em 2021, mas ainda é muito baixa; tendo em vista que a cada 29 horas um(a) é morto(a) no Brasil (OLIVEIRA; MOTT, 2022). Apesar de ser recente a inclusão das variáveis orientação sexual e identidade de gênero, 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 LGBTIfóbica (BRASIL, 2014), mas o projeto ainda se encontra em tramitação nas comissões, antes de seguir para o Plenário. O Supremo Tribunal Federal, no entanto, interviu para incluir a discriminação contra a população LGBT+ (BRASIL, 2019) na lei do racismo (BRASIL, 1989), até que o Congresso venha aprovar uma lei específica, visando minimizar.

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 frente a esses casos, por preconceitos e dificuldades de abordagem dessas questões. 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 (FERREIRA *et al.*, 2022; OLIVEIRA; MOTT, 2021; SANTOS *et al.*, 2020; SILVA NETO *et al.*, 2022).

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 PNSILGBT (BRASIL, 2010), bem como para o preenchimento adequado da ficha de notificação. Muitas vezes, contudo, o trabalho nos serviços de saúde apresenta sobrecarga para os profissionais, como por exemplo 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 notificação (BRASIL, 2016). É importante ressaltar que a notificação por setores, além da saúde, contribui para ampliar as informações para melhor formulação de políticas públicas e fortalece as redes de cuidado e não fica restrito apenas área de saúde.

A maioria das notificações de violência autoprovocada, ocorreu nos mais jovens de 18 a 39 anos (72,9%) e 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 notificações (PINTO *et al.*, 2020) quanto nos óbitos (OLIVEIRA, 2022).

Em relação a notificação de violência autoprovocada na população LGBT, a maioria era homossexual (76,5%), e dentre 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 19,0% entre as mulheres transexuais (SANTOS *et al.*, 2022). O estudo também apontou que 29% das notificações foram de tentativa de suicídio. A vulnerabilidade das mulheres trans também tem sido apresentada nos últimos três relatórios da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2019). 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 suicídio (OLIVEIRA, 2022).

O suicídio é considerado um problema de saúde pública global, pois já representa a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (WORLD..., 2019). Isto levou a Organização Mundial de Saúde priorizar a redução da mortalidade e incluí-la como um indicador nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS) sob a meta 3.4, bem como no 13º Programa Geral de Trabalho 2019-2023 (OMS) e no Plano de Ação de Saúde Mental da OMS 2013-2030. A 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 o atendimento e tratamento efetivo das pessoas em sofrimento psíquico até o controle ambiental dos fatores de risco. Tal violência dimensiona o peso da repressão social sobre o inconsciente e autoestima das pessoas vítimas desse agravo e, algumas delas não tem suportado a dor causada

pelo olhar e críticas, a ponto de tirarem a sua própria vida. Na população LGBTQ+ revela o quanto é doloroso e difícil lidar com a sexualidade fora do esquema da heteronormatividade, numa sociedade cissexista (OLIVEIRA; VEDANA, 2020). O sofrimento, constrangimentos, assassinatos e suicídios são motivados muitas vezes devido ao não reconhecimento das vivências trans (JESUS, 2015), 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 população LGBTQ (68,7% e 9,3%, respectivamente). A tendência dos encaminhamentos para população LGBTQ 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 comportamento suicida tem maior probabilidade nessa população (OLIVEIRA; VEDANA, 2020), 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 intrasetorial e intersetorial. Em contrapartida, para população não LGBTQ, ocorreu um aumento do encaminhamento para saúde, assistência social e delegacia da mulher e declínio para outras delegacias.

Em relação as notificações de violência interpessoal, também houve um predomínio dos(as) mais jovens e negros(as), e da mesma forma proporcionalmente maior na população LGBTQ. Tal situação corrobora o racismo estrutural existente na nossa sociedade, em que pessoas negras tem o risco iminente de sofrer violência pela cor da sua pele, em função do preconceito e discriminação (ALMEIDA, 2019).

A violência física foi a mais notificada (90,5%), principalmente na população não LGBTQ e com tendência de aumento no período. Já a notificação de tortura (2,0%) e violência sexual (8,0%) foram proporcionalmente maiores na população LGBTQ, mas a tortura apresentou leve declínio no período. Estudo realizado no Brasil de 2015 a 2017 (PINTO *et al.*, 2020) também identificou a notificação de violência física como a mais frequente na população LGBTQ (75,0%), seguida da violência 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 destacaram-se o sexismo, sendo 48,7% na população LGBTQ e 68,9% nas

demaís, 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, principalmente dentre as mulheres transexuais. Essa população é muito vulnerável a 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 que houve o reconhecimento, pela 6ª turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que a lei Maria da Penha se aplica aos casos de violência doméstica ou familiar contra mulheres transexuais (STJ, 2022).

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 (32,0%) e Centro de Referência dos Direitos Humanos (0,6%), enquanto nas demais foi a delegacia de atendimento da mulher (18,8%). A tendência dos encaminhamentos para população LGBT apresentou tendência crescente no período para a área de saúde, assistência social e defensoria pública, porém, houve declínio para as 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.

A 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 respectivos fluxos para atender essa população, bem como qual a mobilização de recursos efetivamente desencadeados pela notificação compulsória. Constata-se, todavia, através do monitoramento junto aos municípios, uma tímida formação de rede para encaminhamento prioritário das vítimas para o Centro de Cidadania LGBTI+ antes da delegacia, de modo que estas pessoas recebam assistência mais especializada às suas necessidades.

O alto percentual de inconsistências identificadas comprometeu a análise da informação, impossibilitando ter um retrato mais fidedigno das violências atendidas e notificadas nos serviços de saúde. A oferta de uma qualificação permanente se constitui um fator de fundamental importância e de extrema necessidade para melhor atuação dos profissionais de saúde no preenchimento desse instrumento tão potente e rico de informações epidemiológicas. Além de proporcionar o conhecimento acerca das terminologias para uma melhor compreensão das diferentes dimensões de gênero e diversidade sexual, contribuindo com a ruptura do conservadorismo e sendo capaz de reduzir os problemas encontrados, superar o preconceito e a discriminação. Há muito a se avançar para o aprimoramento da vigilância das violências e o aperfeiçoamento do instrumento, visando diminuir os equívocos que os profissionais de saúde cometem, por falta de clareza da ficha de notificação. Importante também inserir as demais

pessoas de acordo com a identidade de gênero e orientação sexual, desnaturalizando modelo cisheteronormativo e binário dos sexos em todos os formulários, prontuários e o sistema de informações de saúde do SUS, em consonância com o princípio da Equidade.

Por fim, tendo em vista o objetivo de contribuir para diminuir estigmas e colaborar para o melhor entendimento de termos que são recorrentes entre a população LGBT, este instrumento também poderia ser preenchido pelos setores que atendem essa população, bem como pelos movimentos sociais, devido estar mais próximo e conhecer 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 ainda é pouco divulgado e/ou acordado com as instituições. A ampliação do preenchimento desse instrumento por outras instituições poderia contribuir para redução da subnotificação, e consequentemente dar maior visibilidade a violência vivenciada pela população LGBT.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar a notificação de violência interpessoal e autoprovocada, 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 área Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) do município para digitação, consolidação e análise dos dados. O objetivo é conhecer a sua magnitude, visando o planejamento e providências rápidas às pessoas em situação de violência. Pelo ponto de vista 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 que 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, na Justiça, Conselho Tutelar, Centro Especializado de Atendimento à Mulher e outros, conforme preconizado instrutivo. É importante ressaltar que esses setores notificando, além de ampliar as informações para melhor formulação de políticas públicas, fortalece as redes de cuidado não restringindo apenas a área de saúde. Ademais, ratifica a importância dessa notificação ser preenchida também pelos movimentos sociais representativos da população LGBT+, evitando o apagamento de dados, iniquidades e a lacuna no cuidado que é recorrente nessa população, mas sobretudo, fortalece a rede proteção específica para esse segmento que apesar de pequena, começa a despontar nos territórios. Portanto faz-se necessário valorizar a notificação, pois é através dela que esse problema ganha visibilidade para que possa subsidiar políticas públicas, criando estratégias para promoção da cultura da paz.

As inconsistências no preenchimento da ficha de notificação de violências encontradas nesse estudo, contudo, dificultam ter um panorama que se aproxima da realidade. Dentre as inconsistências identificadas destacam-se o percentual elevado de registros ignorados em variáveis importantes como raça/cor da pele e escolaridade, inclusive sem condição de identificar se a violência perpetrada foi interpessoal ou autoprovocada, além da incompreensão das especificidades da população LGBT, revelada na incompatibilidade no registro de sexo e identidade de gênero. Ademais, ainda é baixa a adesão dos municípios que notificam violência contra população LGBT. Considerando que é um instrumento que fornece importantes

parâmetros para elaboração de diagnóstico local e formulação de políticas públicas adequadas, é imperioso a necessidade de seu aprimoramento.

O presente estudo identificou ser necessário a capacitação dos profissionais de saúde, transformar campos de registros essenciais em obrigatórios e impossibilitar a digitação de campos incompatíveis para evitar erros de preenchimento. A capacitação dos profissionais de saúde, vai além do correto preenchimento dos campos da notificação para qualificar as informações. É fundamental que promova à reflexão dos profissionais em relação aos estigmas e preconceitos, para que possam ter respeito a essa população com atendimento não discriminatório, de forma a evitar barreiras de acesso ao atendimento integral na saúde. Ademais foi constatado ampliação dos municípios e aumento da proporção da notificação na população LGBT no período estudado, denotando um empenho maior dos profissionais de saúde em ter sensibilidade para detectar a violência e/ou maior procura dessa população.

Um outro aspecto que contribui para existência da subnotificação nos municípios é a privatização/terceirização na oferta deste tipo de atendimento. Isso provoca a 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 os mesmos, o que impede uma boa qualidade dos serviços e compromete a construção de um programa de formação continuada para enfrentamento do problema. Considera-se também fundamental o fortalecimento da representação dos movimentos sociais organizados da população LGBTQIA+ 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 ocorre no âmbito estadual, por meio do Comitê Estadual de Saúde da População LGBTI+, tem que desdobrar em ações para incentivar a criação dos comitês municipais, atendendo o que está preconizado PNAILGBT. Esse estudo reitera que a notificação é necessária para alimentar o banco de dados com informações completas e, baseado no quadro epidemiológico das violências, monitorar e avaliar a ocorrência das violências, disseminar informações, aprimorar as medidas de prevenção e atenção integral inclusiva e sem iniquidades. E dessa, forma possibilitar traçar as melhores respostas para seu enfrentamento, sendo uma estratégia para a promoção da saúde de grupos específicos.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M. de B. *et al.* Avaliação da completitude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 131-142, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/fyDMwnQ7LvKkdrd7MqhzfNq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2022.
- ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen Livros, 2019.
- ABERS, R. N.; SILVA, M. K.; TATAGIBA, L. Movimentos sociais e políticas públicas: repensando atores e oportunidades políticas. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 105, p. 15-46, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/7Z3vLtvbrTykKtSfx39QsXs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2022.
- ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zzG7bfRbP7xSmqgWX7FfGZL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2022.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nC4LpHzs3bS7RVztSq8SZnc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2022.
- BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S. N. B. (org.) **Dossiê: assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018**. Brasília: Distrito Drag, ANTRA, IBTE, 2019. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2019/12/dossie-dos-assassinatos-e-violencia-contra-pessoas-trans-em-2018.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.
- BEZERRA M. V. R. *et al.* Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 8, p. 305-323, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/v43nspe8/0103-1104-sdeb-43-spe08-0305.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1975a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 15 nov. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **V Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1975b. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto no 78.231, de 12 de agosto de 1976.** Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d78231.htm. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.716 de 5 de janeiro de 1989.** Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Brasília, DF: Presidência da República, 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm. Acesso em: 27 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial; 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 27 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15/11/2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 27 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001.** Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 27 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 309, de 08 de março de 2001.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_01.htm. Acesso em 15/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.968 de 25 de outubro de 2001.** Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério Saúde. 2001c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 29 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em 15/11/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004**. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.227, de 14 de outubro de 2004**. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2227_14_10_2004.html. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18 maio. 2001. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 63 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 256 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2007a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007**. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html. Acesso em 15 nov. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa**, Seminários Regionais. Brasília, DF: CONASS, 2008. 260 p. (CONASS Documenta; 16). Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_16.pdf. Acesso em 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília, DF: 2009b. 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>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS**. 2. ed. – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009c. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 28 out. 2022.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011**. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0002_06_12_2011.html. Acesso em 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)**: 2009, 2010 e 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 164 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. 32 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei PL 7.582, 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, 2014a. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=616270>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1271, de 6 de junho de 2014**. Define a lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):** revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 36 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva:** instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 94 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovo_cada_2ed.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 15 nov. 2021.

BRASIL. 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. 566 p. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754019240>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 out. 2022.

CAVALCANTI, L. P. de G.; LUNA, E. J. de A.; ARAÚJO, W. N. de. Vigilância epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (org.). **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 253-272.

CERQUEIRA, D.; FERREIRA, H.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: IPEA, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2021.

DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, Brasília, v. 14, n. 27, p. 77–98, 2014. DOI: 10.22422/2238-1856.2014v14n27p77-98. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7209>. Acesso em: 28 out. 2022.

FERREIRA, A. P. *et al.* Evidências científicas sobre o acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQI+: revisão do escopo. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 11, n. 10, p. 1 - 16, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32519. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32519>. Acesso em: 08 set. 2022.

GALLEGUILLOS T. G. B. *et al.* **Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo**. São Paulo: Secretaria Municipal, ano 10, n. 12, p. 60, 2015. (Boletim CEInfo Análise). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-773753>. Acesso em 15 nov. 2021.

GASTALDI, A. B. F. *et al.* **Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil - 2020**: Relatório da Acontece Arte e Política LGBTI+ e Grupo Gay da Bahia. Florianópolis: Editora Acontece Arte e Política LGBTI+, 2021. 79 p. Disponível em: <https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2021/05/observatorio-de-mortes-violentas-de-lgbti-no-brasil-relatorio-2020.-acontece-lgbti-e-ggb.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al.* A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 11, p. 1269-1278, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CcmXyS4HDfsXZSqGwzv7kVS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

GIRIANELLI, V. R. *et al.* Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 318-326, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/kjcjz3Cy9mexTF3zsh5CYfK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

GOMES, R. *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 1997-2006, 2018a. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1997-2006/pt/>. Acesso em: 28 out. 2022.

GOMES, S. M. *et al.* O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1120-1133, 2018b. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2018.v27n4/1120-1133/pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

GUJARATI, D. N.; PORTER, D. C. **Econometria Básica**. Tradução Denise Durante; Mônica Rosemberg; Maria Lúcia G. L. Rosa. 5. ed. São Paulo: Amgh Editora, 2011.

JESUS, J. G. de. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Brasília: Autora, 2012. 24 p.

JESUS, J. G. de. **Homofobia**: identificar e prevenir. Editora Lea Carvalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Metanoia, 2015. 106 p.

JORGE; M. H. de M.; CASCAÃO, A. M.; SILVA, R. C. **Acidentes e Violências: um guia para o aprimoramento da qualidade da informação**. São Paulo: [s.n.], 2003. 119 p.

KRUG, E. G. *et al.* **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em 15 nov. 2021.

KLEIN, C. H.; BLOCK, K. V. Estudos Secionais. *In*: MEDRONHO, R.A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2009. p. 193-219.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 407-417, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/1991.v25n6/407-417/pt>. Acesso em 15 nov. 2021.

MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

MALTA, D. C. *et al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.16, n. 1, p. 45-55, 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n1/v16n1a05.pdf>, Acesso em: 28 out. 2022.

MATOS V. C.; LARA E. B. A. de (org.). **Dossiê LGBT+**: 2018. Rio de Janeiro: RioSegurança, 2018. 74 p. Disponível em: http://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieLGBT2018.pdf. Acesso em: 28 out. 2022.

MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad, Rio de Janeiro**, n. 9, p. 7-28, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/8ZZjpNCzgQMvJDDGRvLPYmk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

MENDES, W. G.; SILVA, C. M. F. P. Homicídios da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) no Brasil: uma análise espacial. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 5, p. 1709-1722, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4947yK7K5JTN5sHJRKTfPvD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

MINAYO, M. C. de. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p. 7-18, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgQ85GcNMfTCPByHzZTK6CM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

MINAYO, M. C. de; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

MINAYO, M. C. de. A violência dramatiza causas. *In*: MINAYO, M. C.; SOUZA, E. R. (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.23-47.

MINAYO, M. C. de. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 132 p. (Coleção Temas da Saúde). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

MINAYO, M. C. de. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, p. 1259-1267, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vM4c5NGrjxPFj8Phv4Mghjw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

MINAYO, M. C. de.; LIMA, C. A. Processo de formulação e ética de ação da política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *In*: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 43-56.

OLIVEIRA, E. T. de; VEDANA, K. G. G. Suicídio e depressão na população LGBT: postagens publicadas em blogs pessoais. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S. l.], v. 16, n. 4, p. 32-38, 2020. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168145. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/168145>. Acesso em: 28 out. 2022.

OLIVEIRA, J. M. D.; MOTT, L. (org.). **Mortes violentas de LGBT+ no Brasil: Relatório 2021**. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2022. (Relatório do Grupo Gay da Bahia). Disponível em: <https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2022/03/mortes-violentas-de-lgbt-2021-versao-final.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

OLIVEIRA, W. F. Violência e saúde coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n.3, p.42-53, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nwpmhNQggsTFhWTqcqPskDg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Plataforma de Cairo). 1994. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf Acesso em 15 nov. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington, DC: OPAS, 1993. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7012/15685.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 out. 2022.

PETRY, A. R.; MEYER, D. E. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 193-198, 2011. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/7375>. Acesso em: 28 out. 2022.

PINTO, I. V.; *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23. p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YV7VvNY5WYLwx4636Hq9Z5r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução SES nº 1354, de 9 de julho de 1999**. Determina a obrigatoriedade da Notificação Compulsória de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes. Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Saúde. 1999.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Resolução SMS nº 784, de 25 de maio de 2001**. Institui a Ficha de Notificação de Suicídio e Tentativa de Suicídio para os pacientes atendidos nas unidades de saúde da rede SUS. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde. 2001.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução SES nº 3051, de 11 de julho de 2006**. Regulamenta o sistema de vigilância de suicídio e tentativa de suicídio no âmbito do estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Saúde. 2006.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro. **Deliberação CIB-RJ nº 2.523, de 23 de outubro de 2013**. Instituir no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o Grupo Técnico de Prevenção à Violência (GT Violência). Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Saúde. 2013. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/357-2013/outubro/2907-deliberacao-cib-n-2-523-de-23-de-outubro-de-2013.html>. Acesso em: 28 out. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução SES nº 918, de 02 de maio de 2014**. Cria o Comitê de Saúde da População LGBT, em consonância com a PNSILGBT. Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Saúde. 2014. Disponível em: <http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/cat-reolucoes/4214-resolucao-ses-n-918-de-02-de-maio-de-2014.html>. Acesso em 15 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução SES nº 1872, de 31 de julho de 2019**. Institui o núcleo estadual de saúde para prevenção da violência, promoção da cultura da paz e atenção à saúde às vítimas de diversas formas de violência no estado do Rio de Janeiro, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Saúde. 2019. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/08/res1872.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro. **Deliberação CIB-RJ nº 6.114, de 12 de março de 2020.** Constituição do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Imigrante e Refugiada no Estado do Rio de Janeiro, no âmbito desta Secretaria de Estado de Saúde, sob coordenação da Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade. Rio de Janeiro: Secretaria Estadual de Saúde. 2020.
Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/677-2020/marco/6764-deliberacao-cib-rj-n-6-114-de-12-de-marco-de-2020.html>. Acesso em 15 nov. 2021.

SANTOS, R. O. D.; *et al.* Caracterização das notificações de violência autoprovocada em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) do Estado do Paraná de 2015 a 2017. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, Curitiba, v. 15, n. 45, p. 26-47, 2022. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt/article/view/13624/8958>. Acesso em: 28 out. 2022.

SANTOS, E. L. dos *et al.* Dificuldades enfrentadas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transexuais no Programa de Saúde da Família. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 9, n.9, p. e193997024, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.7024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7024>. Acesso em: 8 set. 2022.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.3, n.5, p. 11-26, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BcZTPKft66tc3WsQ3bMx8cs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v.25, n. especial, p. 112-120, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2006.v40nspe/112-120/pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

SILVA JUNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.** 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Dr_JarbasTese_final.pdf. Acesso em 15 nov. 2021.

SILVA NETO, I. F. da *et al.* Saúde um direito de todos? Impasses encontrados pela população LGBTQIA+ no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 11, n. 9, pág. e52711932142, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i9.32142. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32142>. Acesso em: 28 out. 2022.

SILVA, M. M. A. *et al.* Agenda de prioridades da vigilância e prevenção de acidentes e violências aprovada no I Seminário nacional de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.16, n. 1, p. 57-64, 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n1/v16n1a06.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

SOUSA, C. M. de S. *et al.* Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência-Brasil, 2011-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 28, p. 477-487, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VXDRVF4cfrFKwk7rLNS3YTt/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 28 out. 2022.

TEIXEIRA, M. G.; RISI JUNIOR, J. B.; COSTA, M. da C. N. Vigilância epidemiológica. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.) **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 313-356.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Vigilância e monitoramento de eventos epidemiológicos. *In*: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (org.) **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 643-658.

WALDMAN, E. A.; JORGE, M. H. M. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 71-79, 1999. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/P5NrXStVXhBjd9GR8KsGyvf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2022

WALDMAN, E. A. Vigilância como prática de saúde pública. *In*: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 487-528.

WAREHAM, J. **Murdered, Hanged and Lynched: 331 Trans People Killed This Year**. Jersey City, United States: Forbes, 2019. Disponível em:

<https://www.forbes.com/sites/jamiewareham/2019/11/18/murdered-hanged-and-lynched-331-trans-people-killed-this-year/?sh=452b99292d48>. Acesso em: 29 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Forty-ninth world health assembly. Geneva, 1996.

Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178941/WHA49_1996-REC-1_eng.pdf. Acesso em 15 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide in the world Global Health Estimates. 2019.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>.

Acesso em: 15 nov. 2022

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA*

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	4 Data da ocorrência da violência
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros			
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data de nascimento
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)	11 Data de nascimento
	10 Nome do paciente		12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano	
	13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 8- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	29 CEP
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares			
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica) 3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3- Homem Transexual 8- Não se aplica 9- Ignorado 1- Travesti 2- Mulher Transexual	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 39 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
			54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

SVS 15.06.2015

*Frente

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

*Anverso