

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAFAEL OLEGARIO DOS SANTOS

NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA EM
LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) NO
PARANÁ DE 2015 À 2017

CURITIBA

2021

RAFAEL OLEGARIO DOS SANTOS

NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA EM
LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) NO
PARANÁ DE 2015 À 2017

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva, na linha de Políticas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Cláudio Signorelli

Coorientador: Prof. Dr. Mauricio Polidoro

CURITIBA

2021

S237 Santos, Rafael Olegario dos
Notificações de violência interpessoal e autoprovocada em
lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no
Paraná de 2015 a 2017 [recurso eletrônico] / Rafael Olegario dos
Santos. -- Curitiba, 2021.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade
Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Cláudio Signorelli

Coorientador: Prof. Dr. Maurício Polidoro

1. Minorias sexuais e de gêneros. 2. Violência. 3. Sistemas
de informação em saúde. I. Signorelli, Marcos Cláudio.
II. Polidoro, Mauricio. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do
Paraná. IV. Título.

NLM WZ 80.5.S4



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **RAFAEL OLEGARIO DOS SANTOS** intitulada: **NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA EM LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) NO PARANÁ DE 2015 À 2017**, sob orientação do Prof. Dr. MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 24 de Agosto de 2021.

Assinatura Eletrônica

25/08/2021 14:08:41.0

MARCOS CLÁUDIO SIGNORELLI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

25/08/2021 14:03:48.0

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

25/08/2021 13:56:35.0

DANIEL CANAVESE DE OLIVEIRA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL)

AGRADECIMENTO

Primeiramente quero agradecer a toda a comunidade LGBTQI+, em quem me apoio para continuar buscando um mundo mais justo e livre preconceitos.

À memória de Marielle Franco, pois sua trajetória contribuiu para que possamos continuar resistindo.

À memória de minha mãe Rosa Taborda dos Santos, mulher guerreira que em vida lutou para que hoje pudesse chegar até aqui.

À toda minha família, pelo apoio e suporte.

Aos meus Orientadores Prof. Dr. Marcos Signorelli e Prof. Dr. Maurício Polidoro, pela excelente orientação.

Ao professor Clóvis Wanzinack pelo suporte na elaboração dos mapas para que esta dissertação pudesse ser concretizada.

A Odaisa Faresin pelo suporte na análise dos dados no programa estatístico.

Aos meus amigos do Mestrado em Saúde Coletiva da UFPR, os quais tenho grande admiração por todas as situações em que superamos juntos.

Aos professores do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UFPR, que muito contribuíram para a minha formação.

Ao Grupo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Território, Diversidade e Saúde (TeDiS) da UFPR, por todo o apoio e compartilhamento do conhecimento para que este trabalho fosse possível.

Ao Observatório do Uso de Agrotóxicos do Paraná e ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), onde comecei minha trajetória na UFPR e conheci grandes amigxs que levo pra vida.

Ao Prof^o Guilherme Albuquerque, Prof^o. Deivisson Viana e a Prof^a. Sabrina Stefanello que me deram muito apoio nessa caminhada.

A todos e todas amigxs que levo no peito, xs quais são essenciais em minha vida.

“A liberdade é uma luta constante”

(Angela Davis)

RESUMO

Estudos têm mostrado uma associação significativa entre os fatores de exclusão social e a exposição à violência em pessoas LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais). Desde 2009, a vigilância em saúde da violência interpessoal e autoprovocada tem contribuído para a compreensão epidemiológica deste fenômeno no Brasil. A partir de 2014, passaram a ser incluídas informações relativas à orientação sexual, identidade gênero e o nome social na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Neste sentido, este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil dos dados de violência interpessoal e autoprovocada em pessoas LGBT no estado do Paraná, registrados no SINAN durante os anos de 2015 a 2017. Assim, foi realizado estudo epidemiológico, descritivo e ecológico dos dados do SINAN referentes a violência interpessoal e autoprovocada em LGBT no estado do Paraná de 2015 a 2017, sendo analisadas as seguintes variáveis: faixa etária, raça/cor, deficiência/transtorno, escolaridade, orientação sexual e identidade de gênero, tipo da violência, local de ocorrência, meios de agressão, vínculo com o provável autor, regional de saúde e município de notificação. As análises foram feitas nos softwares SPSS e QGIS, este último para produção dos mapas da distribuição das notificações. De um total de 76.592 notificações de violências identificadas como interpessoais e autoprovocadas entre 2015 e 2017 no estado do Paraná, foram encontradas em LGBT, 1035 (1,72% do total) notificações de violência interpessoal (VIP) e 537 (3,23% do total) notificações de violência autoprovocada (VAP) em LGBT. As notificações de VIP foram mais frequentes entre pessoas lésbicas (32,7%), de cor branca (66,7%) e ensino fundamental incompleto (35%). A residência foi o principal local de ocorrência da VIP, em 54,6% dos casos. As notificações demonstraram que 55,6% dos LGBT foram vítimas da violência física, e em 72,3% dos casos o provável autor era do sexo masculino. O principal vínculo foi de parceiro íntimo, em 30,4% dos casos, seguido de desconhecidos (25,3%). Já as notificações de VAP se deram predominantemente em gays (33,7%), de cor branca (74,5%) e escolaridade ensino fundamental incompleto (22,6%). Entre os achados, 55,3% apresentavam algum tipo de transtorno mental. A maioria das notificações (64,6%) se deu por meio de envenenamento ou intoxicação. Além disso, 42,8% dos casos tiveram recorrência da VAP. Em ambas tipologias das violências, a segunda regional de Saúde (Curitiba e Região Metropolitana), apresentou maior frequência de notificações (33,3% para VIP e 24,7% para VAP). Também o município de Curitiba teve o maior número de notificações das violências (14,1% para VIP e 14% para VAP) no Estado. Apesar de haver algumas limitações na qualidade dos dados de orientação sexual e identidade de gênero, estes são campos essenciais para que se possa ativar análises de como ocorre a violência interpessoal e autoprovocada na população LGBT, a fim de fomentar as políticas públicas de promoção da saúde e de combate à violência contra pessoas LGBT.

Palavras chave – Minorias sexuais e de gênero; Violência; Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

Studies have demonstrated a significant association between social exclusion and exposure to violence in LGBT people (Lesbians, Gays, Bisexuals and Transgenders). Since 2009, health surveillance of interpersonal and self-inflicted violence has contributed to the epidemiological understanding of this phenomenon in Brazil. Since 2014, information regarding sexual orientation, gender identity and social name have been included in the notification form for interpersonal and self-inflicted violence of the Notifiable Harm Information System (SINAN). In this context, this study aims to characterize the profile of data registered in SINAN on interpersonal and self-inflicted violence in LGBT people in the state of Paraná (Brazil), between 2015 and 2017. We conducted an epidemiological, descriptive and ecological study on the SINAN data regarding interpersonal and self-inflicted violence in LGBT in Paraná from 2015 to 2017, analyzing the following variables: age, race/colour, disability/disorder, education, sexual orientation and gender identity, type of violence, location of occurrence, means of aggression, relation with the probable perpetrator, health district and municipality of notification. From a total of 76.592 notifications of interpersonal and self-inflicted violence cases registered between 2015 and 2017 in the state of Paraná, we identified 1,035 (1.72% of the total) notifications of interpersonal violence (IPV) and 537 (3.23% of the total) notifications of self-inflicted violence (SIV) in LGBT. IPV notifications were more frequent among lesbians (32.7%), white (66.7%) and with persons with primary education (35%). Home was the main place of occurrence of IPV, in 54.6% of cases. The notifications showed that 55.6% of LGBT were victims of physical violence, and in 72.3% of cases the probable perpetrator was male. The main relation with the aggressor was with an intimate partner, in 30.4% of cases, followed by strangers (25.3%). On the other hand, notifications of SIV were predominantly in gay men (33.7%), white (74.5%) and with primary education (22.6%). Among the findings, 55.3% had some type of mental disorder. Most notifications (64.6%) were through poisoning or intoxication. In addition, 42.8% of cases had recurrence of SIV. In both types of violence, the Second Regional Health District (Curitiba and Metropolitan Region) had the highest frequency of notifications (33.3% for IPV and 24.7% for SIV). The city of Curitiba also had the highest percentage of notifications of violence (14.1% for IPV and 14% for SIV) in the state. Although there are some limitations in the quality of data on sexual orientation and gender identity, these are essential fields in order to activate analyses of how interpersonal and self-inflicted violence occurs in the LGBT population, in order to foster public health promotion policies and combating violence against LGBT people.

Keywords – Sexual and gender minorities; Violence; Health Information Systems.

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1- CARACTERÍSTICAS DE PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN), SEGUNDO ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO, PARANÁ, 2015 a 2017.48
- TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO, PARANÁ, 2015–2017.51
- TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS DE PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN), SEGUNDO ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO, PARANÁ, 2015–2017.67
- TABELA 4 - CARACTERÍSTICAS DAS VIOLÊNCIAS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO, PARANÁ, 2015–2017.69

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO REGIONAIS DE SAÚDE - PARANÁ, BRASIL, 2015–201753
- FIGURA 2- DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO MUNICÍPIOS - PARANÁ, BRASIL, 2015–2017.54
- FIGURA 3- DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO REGIONAIS DE SAÚDE - PARANÁ, BRASIL, 2015–2017.71
- FIGURA 4 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO MUNICÍPIOS - PARANÁ, BRASIL, 2015–2017.73

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - EXEMPLOS DE CATEGORIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) COM BASE NO CAMPO “OBSERVAÇÕES ADICIONAIS”, PARANÁ – 2015-2017.....70

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-------------|--|
| CEP | Comitê de Ética e pesquisa |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CIEV-LGBT | Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartide |
| CNCD | Conselho Nacional de Combate à discriminação |
| CNCD/LGBT | Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DATASUS | Conselho de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DF | Distrito Federal |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| EC | Emenda Constitucional |
| EUA | Estados Unidos da América |
| e-SUS AB | Estratégia e-SUS Atenção Básica |
| FI | Ficha de Investigação |
| FIN | Ficha Individual de Notificação |
| GGB | Grupo Gay da Bahia |
| HIV/AIDS | Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| IFRS | Instituto Federal do Rio Grande do Sul |
| LGB | Lésbicas, Gays e Bissexuais |
| LGBT | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais |
| LGBTfobia | Lésbofobia, Gayfobia, Bifobia, Transfobia |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAB | Piso de Assistência Básica |
| PNPCDH-LGBT | Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais |
| PNSI LGBT | Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais |
| PR | Paraná |

| | |
|---------|--|
| PVHIV | Pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana |
| RE | Recurso Extraordinário |
| RJ | Rio de Janeiro |
| RS | Rio Grande do Sul |
| SIA-SUS | Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde |
| SESA | Secretaria Estadual de Saúde |
| SIH-SUS | Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde |
| SIM | Sistema de Informação sobre Mortalidade |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SINASC | Sistema de Informação sobre Nascido Vivos |
| SIS | Sistema de Informação em Saúde |
| SISAB | Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica |
| STF | Supremo Tribunal Federal |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UFPR | Universidade Federal do Paraná |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| VAP | Violência Autoprovocada |
| VIP | Violência Interpessoal |
| VIVA | Vigilância de Violência e Acidentes |
| VPI | Violência por Parceiro Intimo |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.2 OBJETIVOS | 16 |
| 1.2.1 Objetivo geral | 16 |
| 1.2.2 Objetivos específicos..... | 17 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 18 |
| 2.1 – HISTÓRICO DE LUTA E CONQUISTAS DO MOVIMENTO LGBT NO CAMPO SOCIAL E DA SAÚDE | 18 |
| 2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBT (PNSI LGBT) COMO ESTRATÉGIA DE EQUIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE | 23 |
| 2.2.1 Implementação das políticas públicas voltadas para população LGBT no estado Paraná..... | 26 |
| 2.3 OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A POPULAÇÃO LGBT | 27 |
| 2.3.1 Notificação compulsória de violência contra a população LGBT | 30 |
| 2.4 – VULNERABILIDADE E VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO LGBT | 33 |
| 2.4.1 – Violência interpessoal..... | 35 |
| 2.4.2 – Violência autoprovocada | 37 |
| 3 METODOLOGIA | 41 |
| 3.1 PERCURSO METODOLÓGICO | 41 |
| 4.1.1 Tipo de pesquisa | 41 |
| 3.1.2 Coleta de dados | 41 |
| 3.1.3 População | 41 |
| 3.1.4 Sistematização e análise dos dados | 41 |
| 3.1.5 Aspectos éticos da pesquisa | 42 |

| | |
|--|-----------|
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 43 |
| 4.1 ARTIGO 1 - NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) DO ESTADO DO PARANÁ DE 2015 A 2017. | 43 |
| 4.1.1 Resumo | 43 |
| 4.1.2 Introdução | 44 |
| 4.1.3 Material e métodos | 45 |
| 4.1.4 Resultados e discussão..... | 47 |
| 4.1.5 Discussão | 54 |
| 4.1.6 Conclusão | 60 |
| 4.2 ARTIGO 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) DO ESTADO DO PARANÁ DE 2015 A 2017 | 62 |
| 4.2.1 Resumo | 62 |
| 4.2.2 Introdução | 62 |
| 4.2.3 Material e métodos | 64 |
| 4.2.4 Resultados | 66 |
| 4.2.5 Discussões | 73 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 79 |
| REFERÊNCIAS | 81 |
| ANEXOS | 96 |
| ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 96 |

1 INTRODUÇÃO

A violência é reconhecida como questão social e de saúde pública. É considerada mundialmente violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos (SCHRAIBER et.al, 2006). De acordo com a classificação de tipologias da Organização Mundial da Saúde (OMS), as violências se dão de forma coletiva, interpessoal e autoprovocada. Neste estudo não será abordada a violência coletiva, que é contra grupos, focalizando-se somente as violências interpessoal e autoprovocada. Assim, a violência interpessoal (VIP) se dá tanto no âmbito intrafamiliar - a que ocorre entre os parceiros íntimos ou entre os membros da família, como no âmbito comunitário - aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos (MINAYO, 2006). Já a violência auto infligida ou autoprovocada (VAP) é subdividida em comportamento suicida (pensamentos e tentativas de suicídio), suicídio e auto abuso (automutilação)¹(KRUG, 2002).

No contexto sócio-político brasileiro, os Movimentos LGBT têm demarcado como área de atuação o campo da mudança cultural, com vistas a superar a dialética da exclusão/inclusão social (SAWAIA, 2017). É nessa trajetória de luta e atuação política que o movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) está inserido, na busca de formas de resistência à homofobia e a heteronormatividade construídas historicamente em nossa sociedade (PEREIRA; SANTOS 2016). Assim, a homofobia abrange aspectos referentes à dimensão afetiva, ou seja, a rejeição às homossexualidades, e às dimensões culturais e cognitivas, no qual além da rejeição pura e simples, há a falta de tolerância a quaisquer ações políticas que garantam direito e igualdade a esta população (LYONÇO et al., 2009). Na atualidade, o termo foi expandido para LGBTfobia, como reivindicação do movimento LGBT, caracterizado como o preconceito e a discriminação ocorrida em virtude da orientação sexual ou da identidade de gênero (GUIMARÃES et al., 2017). Já a heteronormatividade é compreendida como aquilo que é tomado como parâmetro de normalidade em relação à sexualidade, para designar como norma e como normal a atração e/ou o comportamento sexual entre indivíduos de sexos diferentes (PETRY; MEYER, 2011)

¹ Este trabalho não inclui desfechos fatais como homicídio e suicídio.

O preconceito e a discriminação aos comportamentos sexuais divergentes do padrão heteronormativo são consensualmente reconhecidos na literatura como determinantes de saúde (GUIMARÃES et al., 2017), constituindo um processo denominado como estresse das minorias, a partir da hipótese de que as experiências de estresse relacionadas à marginalização aumentam a vulnerabilidade para resultados negativos de saúde, incluindo a violência entre as pessoas LGBT (MEYER, 2003).

Dessa forma, o Ministério da Saúde reconhece a vulnerabilidade da população LGBT, e vem buscando formas de aprimorar as políticas de saúde voltadas para essa população por meio da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSI LGBT) (BRASIL, 2013a), que preconiza entre os vários atributos, a vigilância das violências sofridas por esta população, afim de quantificar e dar visibilidade a violência sofrida pelas pessoas LGBT. Assim, em 2014, foi incluído na Ficha Individual de Notificação (FIN) de Violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os campos nome social, identidade de gênero, orientação sexual, além do campo para preenchimento de motivação da violência, que passou a incluir a LGBTfobia (homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia), de acordo com o instrutivo VIVA² (BRASIL, 2016a)

Neste sentido, os avanços na vigilância das violências sofridas pela população LGBT, por meio do SINAN, permitiram a quantificação e a análise dos dados para este estudo, que tem como perguntas norteadoras: 1) Qual é o perfil das notificações de violência autoprovocada e interpessoal em pessoas LGBT no estado do Paraná de 2015 a 2017?; 2) Como é a qualidade dos dados dos campos orientação sexual e identidade de gênero da FIN de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN em LGBT no estado do Paraná de 2015 a 2017? 3) Quais os municípios e regiões do estado do Paraná que mais notificam as violências na população LGBT?

Estas perguntas norteadoras surgiram a partir dos objetivos do projeto: “A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde”, o qual teve a atuação interinstitucional

² O instrutivo VIVA tem como finalidade uniformizar os conceitos, facilitar o entendimento dos campos e as categorias que compõem a ferramenta de coleta de dados da ficha individual de notificação de acidentes e violências do SINAN.

articulada entre os três Programas de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) das Universidades Federais da Região Sul do Brasil - Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), ainda com a participação do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS). Também envolveu as três secretarias Estaduais de Saúde (SESA) (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), que participaram ativamente do planejamento e execução das ações.

Levando em consideração que o aprimoramento das informações no SINAN referentes a violência contra LGBT ainda são recentes, e há uma emergência nas políticas públicas de promoção a saúde e de prevenção da violência nesta população, se torna necessário compreender o fenômeno da violência associado ao histórico da luta do movimento LGBT e de como essas conquistas contribuíram para que se pudesse ter uma Política a nível nacional que coloca entre seus atributos a vigilância da violência contra a população LGBT.

Assim, na primeira parte desta dissertação estão abordados os tópicos: Histórico de lutas e conquistas do Movimento LGBT no campo social e da saúde; A Política Nacional de Saúde da População LGBT como estratégia de equidade em saúde; Os Sistemas de informações em Saúde e a notificação compulsória da violência contra LGBT; Violência e Vulnerabilidade da População LGBT. Logo em seguida é descrito o percurso metodológico. E adicionalmente, na seção de resultados e discussão da dissertação, foram materializados dois artigos quantitativos com base nas notificações da ficha individual de notificação de violência autoprovocada e interpessoal do SINAN de 2015 a 2017, no estado do Paraná, sendo os artigos dedicados a tratar um sobre violência interpessoal e outro sobre violência autoprovocada.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil das violências interpessoal e autoprovocada na população LGBT notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no estado do Paraná, durante os anos de 2015 a 2017, afim de subsidiar as

ações de vigilância e monitoramento das violências na população LGBT do estado do Paraná.

1.2.2 Objetivos específicos

Descrever os dados referentes a agravos de violência interpessoal e autoprovocada em LGBT do estado do Paraná entre os anos de 2015 e 2017;

Analisar a completude dos campos de orientação sexual e identidade de gênero na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada no período de 2015 a 2017;

Identificar as tipologias de violências sofridas a partir do recorte de orientação sexual e identidade de gênero;

Mapear os dados de violência contra a população LGBT por regionais de saúde e municípios de ocorrência no estado do Paraná;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 – HISTÓRICO DE LUTA E CONQUISTAS DO MOVIMENTO LGBT NO CAMPO SOCIAL E DA SAÚDE

O movimento LGBT têm assumido, ao longo da história, o duro papel criar espaços que propiciem a luta política de atores que buscam disputar significados do passado e confrontar-se com aqueles que detêm o poder, de forma a adquirir o direito de construir publicamente sua memória coletiva e sua existência (SILVA, 2011).

Neste contexto, a população LGBT enfrentam grandes desafios na luta do direito de exercer a sua sexualidade, devido ao conservadorismo particularmente preocupante no âmbito de democracias de frágil tradição, como as latino-americanas, onde os debates sobre direitos sexuais e reprodutivos são marcados por fortíssima oposição religiosa. Tais direitos se estruturam a partir de quatro componentes fundamentais: garantia da integridade corporal (direito à segurança e ao controle sobre o próprio corpo), respeito à autonomia pessoal, promoção da igualdade entre homens e mulheres e valorização da diversidade de práticas e crenças no âmbito da sexualidade (CORRÊA; PETCHESKY, 1996; apud MELO, 2012).

O movimento homossexual surge no Brasil na segunda metade da década de 70, definindo seu projeto de politização da questão da homossexualidade por meio de algumas alternativas periféricas e de algumas associações que surgiram no período anterior à sua existência, mas que ainda não se organizavam politicamente (FACCHINI, 2003). São marcos desse momento o surgimento de uma imprensa homossexual politicamente engajada, com a criação por um grupo de intelectuais do Rio de Janeiro e São Paulo do jornal “O Lampião da Esquina” (1978) e a organização, na cidade de São Paulo, do grupo Somos (1979), primeiro núcleo de ativistas homossexuais do país (CARRARA, 2012), o qual pretendeu amparar, sob um mesmo guarda-chuva, homossexuais (gays e lésbicas), travestis, transexuais masculinos e femininos, e os bissexuais (CONDE, 2004).

Até então, a homossexualidade era associada à doença, contudo, no Brasil, em 1984 a Associação Brasileira de Psiquiatria colocou-se contra qualquer forma de discriminação e preconceito voltados a gays e lésbicas. No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e, no ano seguinte, o Conselho Federal de Medicina opuseram e proibiram a classificação da homossexualidade como desvio ou

doença. Porém, somente em 1990 a OMS retirou a homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID) (MOLINA et al, 2010).

Em 1986, com o avanço do hiv/aids entre a população de homens gays, foi lançado o Programa Nacional de DST e Aids, hoje denominado Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (MELLO et al, 2012). Neste momento a aids teve um poder estigmatizador sobre homossexuais homens, pelo termo usado para se referir à epidemia como “peste gay” ou “câncer gay”. Em contrapartida surgiram movimentos que afirmavam a necessidade de se tratar a doença e não a pessoa (PRADO; SOUZA, 2017).

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, que garantiu a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. 1º), e se dispôs a promover o bem-estar de todos sem preconceitos (art. 3º), além de criar o Sistema Único de Saúde, instituindo a saúde como um direito de todos garantido pelo Estado (BRASIL, MS, 2010) (LAURENTINO, 2015).

A década de 90 foi marcada pelo reflorescimento do movimento LGBT, pois o novo regime democrático brasileiro e o processo de enfrentamento da epidemia de hiv/aids colaboraram para a intensificação das relações entre o movimento LGBT e o Estado. Isto, por sua vez, impulsionou o processo de institucionalização dos grupos ativistas LGBT. A partir desse processo, o movimento LGBT brasileiro cresceu e se tornou um dos mais visíveis no cenário político nacional (FACHINNI, 2003). Também iniciou um momento de visibilidade maciça na organização do movimento, surgindo em diversas cidades as paradas de orgulho homossexual (CARRARA, 2010), mais tarde denominadas paradas do orgulho LGBT.

A partir de 2001, com a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), vinculado ao Ministério da Justiça, as ações dos grupos de ativismo LGBT começaram também a priorizar a reivindicação de políticas públicas voltadas à promoção de sua cidadania e dos direitos humanos, para além da esfera de prevenção da epidemia de hiv/aids e de apoio a suas vítimas, que já vinham surgindo desde meados da década de 1980 (MELLO et al., 2012)

Somente em 2004, durante o primeiro governo do Presidente Lula (2003-2006), a população LGBT passou a vislumbrar e usufruir de políticas públicas para além das relacionadas à aids (LAURENTINO, 2015). O marco fundamental desse processo foi a criação do Programa Brasil Sem Homofobia (CARRARA, 2012), que é um processo conjunto com os movimentos sociais e que objetivava “a garantia dos

direitos humanos dos GLBT (assim denominados naquela época), o combate à violência, a discriminação de que são vítimas, e a promoção de sua cidadania (PRADO; SOUZA, 2017)

O ano de 2006, foi marcado pela representação LGBT no Conselho Nacional de Saúde que passou a contar em sua composição com a representação LGBT (BEZERRA et al, 2019) e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada por meio da Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, na qual está explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero (MELLO et al., 2012).

Em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008), a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise da determinação social da saúde (MELLO et al., 2012). No ano de 2008 foi realizada a primeira Conferência Nacional GLBT – Direitos Humanos e Políticas Públicas (CARRARA, 2010), a fim de propor as diretrizes para a implementação de políticas públicas e o plano nacional de promoção da cidadania e direitos humanos de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - GLBT (MELLO, et al., 2012). Destaca-se neste mesmo ano a Portaria nº 1.707/ 2008, que instituiu o Processo Transexualizador, o qual oferece a avaliação psicológica, o tratamento hormonal e o processo cirúrgico e regulamenta este Processo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SOUZA; BERNARDES, 2020).

Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual incluiu as especificidades de homens gays, bissexuais, transexuais e travestis (BRASIL, MS Portaria 1.944, 2009). Também neste mesmo ano é publicada a versão preliminar do Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, que trata do tema da orientação sexual e identidade de gênero, com o objetivo de instrumentalizar os profissionais da saúde para o atendimento da população (BRASIL, 2011; LAURENTINO, 2015).

Nesse cenário, em maio de 2009, foi lançado o "Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais" (PNPCDH-LGBT), tendo como princípios norteadores: igualdade e respeito à diversidade, equidade, laicidade do Estado, universalidade das políticas, justiça social, transparência dos atos públicos e controle social (MELLO et al., 2012).

Em julho de 2010, a Coordenação Nacional LGBT divulgou o "Relatório de Monitoramento das Ações do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais" (PNPCDH-LGBT) (BRASIL, 2010) (MELLO et al., 2012), por meio do qual pretendia apresentar a situação de execução de cada uma das 166 ações previstas no Plano Nacional LGBT, sob responsabilidade de 16 diferentes ministérios (MELLO et al., 2013).

Em 2010, por meio do Decreto nº 7.388, foi criado o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção de Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT) (PEREIRA; SANTOS, 2016), estando incluso na estrutura a criação da Coordenadoria Nacional de Promoção dos Direitos Humanos LGBT, no âmbito da Secretária Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (MELLO et al, 2012). Assim, o CNCD/LGBT passa a ter como finalidade formular e propor diretrizes de ação governamental, em âmbito nacional, voltadas para o combate à discriminação e para a promoção e defesa dos direitos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (CNCD/LGBT, 2018).

O fato mais importante do ano de 2011 para a população LGBT foi a divulgação, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT) (BRASIL, portaria 2.836, 2011), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2009, a qual apresenta esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à LGBTfobia e a discriminação nas instituições e serviços do SUS (SENA; SOUTO, 2017).

Nesta conjuntura, o Ministério da Saúde publicou em 2011 a Portaria MS 2.979 de transferência de recursos para Estados e o Distrito Federal, com o objetivo de qualificar a Gestão do SUS, e implantar e fortalecer a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS), a qual passou a ter a responsabilidade de financiar a implementação das políticas setoriais de equidade em saúde, tal como a PNSI LGBT. Deste modo, o ano de 2012 foi um ano de organização das ações de fortalecimento tanto do Movimento Social, quanto de gestões estaduais e municipais de saúde para a implementação da PNSI LGBT (LAURENTINO, 2015).

Nos anos seguintes o debate acerca dos direitos se intensificou e permitiu ações efetivas na atuação de diminuir os danos relacionados a vulnerabilidade da população LGBT, entre eles destacam-se a inserção do Sistema Nacional de

Promoção de Direitos e Enfrentamento à Violência Contra LGBT (2013) (LAURENTINO, 2015). Também foi um marco o ano de 2014, com a inclusão dos campos nome social, identidade de gênero e orientação sexual na Ficha de Notificação da Violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), além do campo para preenchimento de violência motivada por homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, na tentativa de dar visibilidade à violência vivida pela população LGBT (BRASIL, 2016a). E em 2015 o governo federal instituiu a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT), afim de prevenir, enfrentar e reduzir as diversas formas de violência praticadas contra a população LGBT (BRASIL, MS portaria interministerial n.1, 2015)

Assim, a agenda do Movimento LGBT brasileiro passou a envolver um conjunto bastante amplo de reivindicações, promovida por diversos atores sociais nos níveis governamentais, não governamentais e da sociedade civil organizada. Entre as principais reivindicações destacam-se: o direito ao reconhecimento legal de relações afetivo-sexuais, a adoção conjunta de crianças, a livre expressão de sua orientação sexual e/ou de gênero em espaços públicos, a redesignação do “sexo” e a mudança do nome em documentos de identidade, o acesso a políticas de saúde específicas, a doação de sangue e, ainda mais fundamental, à proteção do Estado referente à violência por preconceito. (CARRARA, 2010).

Desta maneira, o Poder Judiciário teve uma atuação relevante, destacando-se, dentre tantas outras, a interpretação do Supremo Tribunal Federal (STF) em relação ao reconhecimento da união homoafetiva, que estabeleceu, em 2011 paridade de tratamento e estendeu aos casais homoafetivos a mesma proteção jurídica destinada à união estável entre homem e mulher, que é conferido pelos artigos 226, §3º, da Constituição Federal, e 1.723 do Código Civil (STF, 2011a, STF, 2011b). Posteriormente, o Conselho Nacional de Justiça, editou Resolução nº 175/2013, vedando aos cartórios recusar a celebração de casamento civil entre pessoas do mesmo sexo (MENIN et al., 2020).

O Supremo Tribunal Federal, no ano de 2018, concedeu provimento ao Recurso Extraordinário (RE) 670422, com repercussão geral reconhecida, para autorizar a alteração do registro civil de pessoa transgênero, diretamente pela via administrativa, independentemente da realização de procedimento cirúrgico de redesignação de sexo. A mesma Suprema Corte, em junho de 2019, estabeleceu que

a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero passe a ser considerada crime (STF, 2019a). Desta forma deve haver enquadramento da homofobia e da transfobia nos tipos penais definidos em legislação existente - tal como a Lei Federal 7. 716/89 que dispõe sobre os crimes de racismo - até que o Congresso Nacional elabore norma específica para o caso (MENIN et al., 2020).

Ainda no que tange ao STF, em maio do ano de 2020, por maioria dos votos, foi considerada inconstitucional a proibição de doação de sangue por homens homossexuais (STF, 2019b) (MENIN et al., 2020).

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBT (PNSI LGBT) COMO ESTRATÉGIA DE EQUIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No processo sócio histórico e político de construção do SUS, bem como os seus princípios de integralidade, universalidade e equidade, as ações de uma política específica para a população LGBT vinham se desenhando. Assim, no ano de 2011 foi criada a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSI LGBT), por meio de uma ação conjunta, Ministério da Saúde e Sociedade Civil, através da Portaria nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde (SENA; SOUTO, 2017). Enfatizando a importância da redução das iniquidades decorrentes de identidade de gênero e orientação sexual, a PNSI LGBT passa então a estabelecer diretrizes e ações para as três esferas de governo no que se refere à promoção, prevenção e recuperação no cuidado em saúde da população LGBT (GUIMARÃES et al., 2017).

Concomitantemente, junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi assinada a Resolução CIT nº 02, publicada em 06 de dezembro de 2011, que aprovou seu Plano Operativo (2012-2015) da PNSI LGBT no âmbito do SUS e mais tarde renovado com o II Plano Operativo (2017-2019), instituído pela Resolução CIT nº 26, de 28 de setembro de 2017. Sendo assim, a responsabilidade das secretarias estaduais a definição das estratégias e do plano de ação para sua implementação e das secretarias municipais sua efetivação, a partir da identificação das necessidades de saúde da população LGBT em cada município (SENA; SOUTO, 2017).

Isto posto, o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT é estruturado pelos seguintes eixos, que estabelecem estratégias para fomentar a implementação dessa Política e da promoção da equidade em saúde da

população LGBT: Eixo 1 - Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; Eixo 2 - Promoção e vigilância em saúde; Eixo 3 - Educação permanente, educação popular em saúde e comunicação; 4 - Mobilização, articulação, participação e controle social; e Eixo 5 - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT (BRASIL, 2015).

Além disso, os recursos financeiros para implementação desta política, ficaram a cargo do ParticipaSUS³, por se tratar de uma política de equidade intersetorial, focada a direcionar o SUS para o acolhimento e a saúde integral LGBT. Contudo, Laurentino (2015), reforça que estes recursos ainda não tem se sido capaz de dar o retorno necessário para a sua implementação, pois se torna necessário mais ações no âmbito da gestão com a sensibilização de gestores municipais, estaduais de saúde, afim de organizar estratégias para que a PNSI LGBT consiga se regionalizar (LAURENTINO, 2015).

Segundo Guimarães et. al. (2017) a PNSI LGBT faz referência ao preconceito institucional que coloca a população LGBT em situação de vulnerabilidade, quando exposta ao preconceito e à discriminação de profissionais de saúde em serviço, o que desqualifica a atenção dispensada, e compromete a eficiência do sistema de saúde como um todo. Assim, a orientação sexual e a identidade de gênero são vertentes que podem constituir conceitos sem definição e, em consequência, o desconhecimento dos profissionais da área da saúde, acarretando no desconhecimento sobre a realidade de vida e saúde da população LGBT (LIONÇO et al., 2009).

Desse modo é necessário que os(as) profissionais da saúde tenham maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGBT para a qualificação dos serviços prestados pelas diversas áreas. (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Silva et. al., (2020) em estudo sobre a implementação da PNSILGBT no estado do Paraná, conclui, a partir de pesquisa qualitativa acerca dos serviços de saúde, que para LGBT no estado do Paraná, situações de estigma são recorrentes e

³ A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS - ParticipaSUS, criada em 2003 e aprovada pela portaria Portaria n.º 3.027, de 26 de novembro de 2007, orienta as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão (BRASIL, 2007). Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS 2.979 de transferência de recursos para Estados e o Distrito Federal, com o objetivo de qualificar a Gestão do SUS, e implantar e fortalecer a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS) (LAURENTINO, 2015).

prejudicam o acesso e permanência dessas pessoas nos serviços do SUS, exacerbando até mesmo o receio da população LGBT em revelar sua orientação sexual para os profissionais de saúde. O mesmo foi explicitado por Bezerra et al, (2019), ao afirmar que os serviços de saúde decorrem de um modelo de assistência à saúde pautado na heteronormatividade e que questões relacionadas com a diversidade sexual e de gênero constituem importante barreira tanto para o acesso aos serviços quanto para o cuidado integral à saúde da população LGBT.

Nestas questões inserem-se o atendimento integral de saúde das pessoas trans, incluindo ações de acolhimento e acesso aos serviços do SUS, desde o uso do nome social, acesso à hormonização e cirurgias de adequação do corpo biológico à identidade de gênero psicossocial. Contudo, apesar de uma constância na realização do procedimento de cirurgias nos últimos anos, ainda existe uma necessidade de ampliação em todo o país (POPADIUK et al., 2017).

Para Guimarães et. al. (2017), o acesso a travestis e transexuais aos serviços do SUS tiveram um avanço nos últimos anos, mas ainda há uma distância entre as ações planejadas e sua execução, sobretudo em função de resistências criadas por aspectos enraizados na nossa sociedade, marcada por uma construção sócio histórica cristã, patriarcal e sexista.

Assim, Rocon et. al. (2017) afirma a necessidade de formação continuada pautada na promoção da humanização, da dignidade e do respeito ao nome social e às identidades de gênero para todos trabalhadores da saúde. Por isso, a PNSI LGBT está estruturada em eixos que se organizam em torno de processos educacionais concernentes à população de um território e aos profissionais de saúde, a organização de novas práticas de saúde e a produção de conhecimentos (MOTTA, 2016).

Também há uma maior necessidade de diálogo e agregação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, para recomendar modificações nos currículos dos cursos da saúde, visando à formação de profissionais habilitados a trabalhar com o público LGBT (SILVA et al., 2020), pois o modelo biomédico, apoiado pelo mercado, ainda influencia na compreensão da saúde como ausência de doença e predomina na formação dos profissionais de saúde, nos processos de produção de tecnologias, saberes, intervenções profissionais e investimentos públicos em saúde (ALMEIDA; MURTA, 2013).

Estas questões refletem o aprimoramento dos métodos de vigilância em saúde, explicitados na PNSILGBT, que inclui nos sistemas de informação em saúde

os campos orientação sexual e identidade de gênero; e o desenvolvimento de estratégias para qualificar todo o processo de desenvolvimento das ações de promoção e vigilância para LGBT, decorrentes da vulnerabilidade desta população (BRASIL, 2013a).

Atualmente, a PNSI LGBT sofre ameaças, pois o golpe parlamentar de 2016, efetuado pela maioria de parlamentares conservadores e fundamentalistas trouxe para a saúde um “centrão” turbinado, que ameaça o SUS e suas políticas de equidade, como a PNSI LGBT. Deste modo, a aprovação da *Emenda Constitucional (EC) 95* de 2016, que congelou despesas primárias por vinte anos, diminuiu os repasses de recursos necessários para estados e municípios, os quais são responsáveis pela implementação dessas políticas (BAHIA, 2018).

No ano de 2018 assistimos um dos grandes retrocessos na busca pelos direitos de LGBT, ao ser eleito um presidente que a partir de discursos de ódio, incitação à violência e fake news ataca a população LGBT para ganhar o apoio dos setores conservadores e religiosos, os quais imperam no poder político e social (NASCIMENTO et al., 2018).

Desta maneira é necessária uma maior atuação política dos mais diferentes segmentos sociais, para fazer frente ao conservadorismo retrógrado que domina os assentos do Congresso Nacional, que em defesa da “família tradicional” e da moral negam os direitos às pessoas LGBT, impedindo que leis direcionadas a estes sujeitos sejam aprovadas (LAURENTINO, 2015).

2.2.1 Implementação das políticas públicas voltadas para população LGBT no estado Paraná.

A partir da implementação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos LGBT, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, lançado em 2009; a consolidação da Portaria nº 1.835/2011 do Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito do SUS; e a Portaria nº 2.837/2011 do Ministério da Saúde, que redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, 11 estados começaram a implementar a Política Nacional de Combate a Homofobia e promoção dos direitos LGBT, por meio de conferências e planos estaduais, sendo eles: Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Mato

Grosso do Sul, Paraíba, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo (PARANÁ, 2013).

Por exemplo, o estado do Paraná, no ano de 2013 lançou o seu Plano Estadual de Políticas Públicas para a Promoção e Defesa dos Direitos LGBT. A construção do Plano Estadual LGBT teve início em março de 2012, a partir de um trabalho da Secretaria da Justiça em parceria com o Grupo de Trabalho eleito na 2ª Conferência Estadual LGBT no ano de 2011, formado por representantes da sociedade civil organizada (PARANÁ, 2013).

Também a partir dos compromissos assumidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná na II Conferência Estadual LGBT, o que concerne ao direito a necessidade de implantar ações visando a saúde integral LGBT, foi lançado em 2012 a resolução SESA Nº 733/2012, que institui o Comitê Técnico de trabalho para discussão da implantação do Ambulatório para atendimento das pessoas LGBT no Estado do Paraná (PARANÁ, 2012).

Mais tarde, em 2015, foi criado o comitê LGBT do Paraná pela resolução SEJU nº 149 de 07 de Dezembro de 2015, junto ao Departamento de Direitos Humanos e Cidadania, o qual tem por finalidade auxiliar na implementação e acompanhamento das políticas públicas voltadas à população LGBT, em todas as esferas da Administração Pública no Estado do Paraná, a fim de garantir a promoção e proteção dos direitos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) do Estado do Paraná (PARANÁ, 2015).

2.3 OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A POPULAÇÃO LGBT

A Vigilância em Saúde utiliza indicadores técnicos e operacionais, e sua construção depende das informações que derivam da Atenção Primária, Secundária e Terciária do território regionalizado, tendo como principal base de informação os dados coletados nesses serviços. Neste sentido o aprimoramento tecnológico na saúde, tem propiciado avanços em relação as informações obtidas em todos os níveis da vigilância em saúde, por meio dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (BOCCATTO, 2012).

Os Sistemas de informação em saúde podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem

a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde (CAVALCANTI, 2012). Para profissionais da saúde, o envolvimento na construção de instrumentos de coletas, treinamentos para captação correta dos dados e o processamento da informação são importantes, uma vez que possibilitam maior domínio dessa área do conhecimento (MARIN et. al., 2010).

Para tanto, estes dados precisam ser agregados e organizados de modo a produzir um contexto que servirá de apoio para tomada de decisão sobre os tipos de tratamento, aos quais o paciente deverá ser submetido, orientando todo o processo de atendimento à saúde de um indivíduo e da população (MARIN et. al., 2010).

Com o avanço da microinformática e a efetivação do processo de descentralização das ações de saúde, o processamento desses dados passou a ser de responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), via internet, com periodicidade regulamentada em portarias ministeriais. Cabe ao Ministério da Saúde (MS) a consolidação e a disponibilização desses dados no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) (<http://www.datasus.gov.br>), proporcionando amplo acesso aos gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e a sociedade em geral (CORREIA, 2014)

No entanto, é imprescindível o desenvolvimento de um processo de capacitação específico e bem delimitado nas instituições de saúde que promovam a aproximação dos profissionais e o sistema de informação (CAVALCANTI, 2011).

São considerados como os principais sistemas nacionais de informação em saúde: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) (SCATENA; TANKA, 2001), e o Sistema de Informações em Saúde da atenção Básica (SISAB), o qual faz parte da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) (BRASIL, 2013b). Entre estes destaca-se o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) em consonância com a estratégia e-SUS-AB, e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Ambos incluíram em seus sistemas as informações como: nome social, orientação sexual e identidade de gênero, de acordo com a PNSI LGBT. Inclui também no SINAN, a notificação de violência motivada por LGBTfobia, de acordo com o instrutivo VIVA (BRASIL, 2016a).]

O SISAB faz parte da estratégia e-SUS, ou, SUS eletrônico, essa estratégia pretende reestruturar, desenvolver e garantir a integração dos sistemas de informação em saúde, com vistas a ter um registro individualizado dos cidadãos tendo como base o Cartão Nacional de Saúde (CNS). Segundo o Ministério da Saúde (2015) o objetivo da estratégia e-SUS é facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde. Dentro do e-SUS temos o e-SUS AB que é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, afim de ampliar e melhorar a qualidade do atendimento prestado à população (SOARES 2016).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2007) estabelecida pela Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (BRASIL, MS, portaria nº 264, 2020). O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. A maioria das notificações são digitadas nas Secretarias municipais de saúde. Se o município não dispõe de computadores, os dados são incluídos no sistema nas regionais de Saúde. O Sistema é composto pela Ficha Individual de Notificação (FIN) e a Ficha de Investigação (FI) (BRASIL, 2007).

A FIN é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Também se faz necessário em caso de não haver notificação da doença ou agravo o preenchimento da Ficha de Notificação Negativa, pois caso os municípios não alimentem o banco de dados do SINAN, por dois meses consecutivos, são suspensos os recursos do Piso de Assistência Básica - PAB, conforme Portaria N.º 1882/GM de 16/12/1997. O sistema contempla também a ficha de Investigação, realizada pelas Secretarias Estaduais de Saúde que servem para a coleta de dados, formulação da planilha de surtos e boletins de acompanhamento (BRASIL, 2007).

Neste contexto, entraves no âmbito do SUS impedem o acesso de pessoas transexuais e travestis ao atendimento de saúde condizente com suas necessidades. Por isso, bem recentemente no dia 28 de junho de 2021, o ministro Gilmar Mendes do STF, deferiu a liminar para determinar que o Ministério da Saúde altere os sistemas de informação do SUS, a fim de garantir o acesso a tratamentos médicos com base na autodeclaração de gênero dos pacientes (STF, 2011). Isto implica em mudança no *layout* dos Sistemas de Informações em Saúde, em especial o SIH-SUS - que registra todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS, e a partir deste processamento, gera relatórios para que os gestores possam fazer os pagamentos dos estabelecimentos de saúde; o SIA-SUS - que coleta e gera informações das unidades prestadoras de serviços ambulatoriais do SUS, para o gerenciamento e rapasse de recursos para os gestores e o SINASC - que fornece informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional, com base na declaração de nascidos vivos (DATASUS). Deste modo, a liminar também garante que neste último SIS deve constar a categoria “parturiente”, independentemente dos nomes dos genitores e de acordo com sua identidade de gênero (STF, 2021).

2.3.1 Notificação compulsória de violência contra a população LGBT

Reconhecendo que as violências e os acidentes exercem importante impacto social e econômico, em especial sobre o SUS, e que as intervenções pautadas na prevenção e na promoção da saúde precisam ser ampliadas, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2016a). Esta política por sua vez preconiza uma maior assistência intersetorial e hospitalar as vítimas de violências e acidentes, bem como a sua recuperação. Além disso, a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências entrou na estrutura das suas diretrizes. (BRASIL, 2005).

Aliado às mudanças de conceitos e procurando entender melhor a complexidade do problema, adotou-se a estratégia de notificação universal e obrigatória dos casos de violência. Em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (GASPAR; PEREIRA, 2018), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância

sentinela. Até então a descrição desses agravos limitava-se às informações fornecidas pelos Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e, ocasionalmente, pelas análises dos boletins de ocorrência policial (BO) e pesquisas específicas (BRASIL, 2016a).

A partir de 2009, a notificação de violências foi inserida no SINAN, o que colaborou com a expansão do Viva e garantiu a sustentabilidade da notificação de violências no âmbito do SUS. Com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde (BRASIL, 2016a) e continuando a ser garantida pelas portarias posteriores, bem como a portaria mais recente nº 264, de 17 de fevereiro de 2020 (BRASIL, MS, 2020).

Seguindo as definições de violências da Organização Mundial da Saúde a FIN do SINAN, passou a integrar campos que pudessem contemplar a violência autoprovocada ou autoinflingida (contra si mesmo) e a violência interpessoal (doméstica/intrafamiliar e comunitária). Assim a FIN de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN, passou a notificar qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades, bem como a inserção da notificação de violência em grupos vulneráveis, como, crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT. Também foram inseridas as informações referentes as distinções sobre a natureza das violências sendo elas: violência física; violência psicológica/moral; tortura; violência sexual; tráfico de seres humanos; violência financeira/econômica; negligência/abandono; trabalho infantil; intervenção legal (BRASIL, 2016a). Assim, a FIN de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN, é considerado um avanço na tecnologia de informação em saúde, permitindo a quantificação e a sistematização dos casos de violências identificados por profissionais de saúde. Neste sentido, as informações dos municípios são remetidas ao estado, que por sua vez são encaminhadas para Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a qual cumpre o papel de tabular e disponibilizar as informações por meio da plataforma de acesso público DATASUS (Departamento de Informática do SUS) (CORREA, 2014).

No intento de quantificar e dar visibilidade à violência vivida pela população LGBT, foi incluído na FIN de Violência do SINAN em 2014 os campos nome social, identidade de gênero, orientação sexual, além do campo para preenchimento de motivação da violência, que passou a incluir a LGBTfobia (homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia) (BRASIL, 2016a). Esta conquista é fruto de um contexto sócio histórico e político da luta do movimento LGBT, o qual destaca-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007, que atribuiu ao Ministério da Saúde a responsabilidade de incluir os quesitos orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação do SUS (PINTO et al., 2020), e a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT (BRASIL, 2013a).

Deste modo o instrutivo VIVA, criado com a finalidade uniformizar os conceitos, facilitar o entendimento dos campos e as categorias que compõem a ferramenta de coleta de dados das FIN de acidentes e violências, explícita em sua última versão no ano de 2016 que a identidade de gênero se refere a como a pessoa se identifica, e a orientação sexual está ligada à como a pessoa se relaciona sexual e afetivamente. Assim, travestis, mulheres transexuais e homens transexuais podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. Além disso, o instrutivo orienta que os campos orientação sexual e identidade de gênero são de preenchimento obrigatório, de acordo com a auto declaração do usuário, apresentando as seguintes orientações sexuais: heterossexual - pessoa que sente atração ou se relaciona com pessoas do sexo/gênero oposto; homossexual (gay/lésbica) - pessoa que sente atração ou se relaciona com pessoas do mesmo sexo/gênero; bissexual - pessoa que sente atração ou se relaciona com pessoas de ambos os sexos/gêneros. As identidades de gênero apresentadas na ficha de notificação são: travestis e mulheres transexuais - que nasceram em corpo designado como masculino e, por não se identificarem com as atribuições socioculturais masculinas, se identificam com o gênero feminino, de acordo com seu bem-estar biopsicossocial; homens transexuais - que nasceram em corpo designado como feminino e, por não se identificarem com as atribuições socioculturais femininas, se identificam com o gênero masculino, de acordo com seu bem-estar biopsicossocial; e cisgênero - pessoa cuja identidade de gênero se identifica com o gênero atribuído no nascimento, baseado no sexo genital. (BRASIL, 2016a; PINTO et al., 2020).

Um estudo realizado por Pinto et al (2020) referente aos dados da FIN de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN de 2015 a 2017, demonstrou que

no Brasil foram notificados 24.564 casos de violências contra a população LGBT. Este mesmo estudo verificou um aumento progressivo no número de notificações de violência contra pessoas LGBT registradas no SINAN, o que demonstra sensibilidade crescente do setor saúde às situações de violência contra essa população, apesar de haver limitação na qualidade dos dados devido a incompletude no preenchimento dos dados referentes a orientação sexual e identidade de gênero (PINTO et al, 2020).

2.4 – VULNERABILIDADE E VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO LGBT

A população LGBT apresenta desafios diários de sobrevivência que incluem estigma e falta de proteção aos direitos humanos que contribuem para barreiras de acesso ao emprego, a moradia, a saúde, a educação e exposição à violência (LOGIE et al., 2018). Assim, o Ministério da Saúde reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão, do qual derivam os fatores de vulnerabilidade, tais como “a violação do direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (BRASIL, 2013a). Isto inclui também a baixa autoestima e auto aceitação diante da sociedade, os quais levam muitas vezes os LGBT a se arriscarem em busca da sua sobrevivência (LOGIE et al., 2018).

Desta maneira, também verifica-se que os cuidados em saúde à população LGBT se mostram estigmatizados e preconceituosos na assistência à saúde, uma vez que os profissionais de saúde trazem concepções tradicionais e heteronormativas para seu trabalho, o que influencia diretamente no atendimento a esta população (PINTO et al., 2020; FERREIRA et al., 2019). Assim, o conhecimento da orientação sexual e da identidade de gênero de indivíduos LGBT pelos profissionais de saúde, permite a identificação de suas vulnerabilidades e de como estas intensificam o impacto negativo sobre a saúde da população LGBT (RUFINO et al., 2008).

Segundo Ayres et al. (2006) o conceito de vulnerabilidade pode ser entendido, no campo da saúde, a partir de três dimensões distintas e indissociáveis: a vulnerabilidade individual, social e programática. Deste modo, a análise sobre os fatores e comportamentos de risco refletem apenas aspectos individuais. Assim, é necessário também analisar os aspectos coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade, incluindo a realidade social e política em que o indivíduo está inserido e o papel das instituições governamentais na redução destas vulnerabilidades.

Estudos têm mostrado uma associação significativa destes fatores de exclusão social e a exposição a violência em LGBT, pois pessoas que se identificam como minorias sexuais frequentemente experimentam violência, discriminação e assédio com base em suas identidades estigmatizadas (HEREK; MCLEMORE, 2013). Meyer (2013), associa estas disparidades a teoria do estresse das minorias, a partir da hipótese de que as experiências de estresse relacionadas aos estigmas direcionados a população LGBT, aumentam a vulnerabilidade para resultados negativos de saúde.

De acordo com o Grupo Gay da Bahia (GGB), a cada 19 horas uma pessoa LGBT é assassinada ou se suicida no Brasil. No ano de 2017, 445 LGBTs brasileiros morreram violentamente, incluindo-se três nacionais mortos no exterior, vítimas da LGBTfobia: 387 assassinatos e 58 suicídios. A maior parte, 56% dos assassinatos aconteceram em via pública e 37% ocorreram na casa das vítimas, detalhe que indica que o crime teria sido realizado por conhecidos. (MOTT, PAULINHO, 2018).

No Brasil, um estudo recente verificou aumento progressivo no número de notificações de violência contra pessoas LGBT nos serviços de saúde, o que demonstra sensibilidade crescente do setor saúde às situações de violência contra essa população. No período de 2015 a 2017, registraram-se, em média, mais de 22 notificações de violências interpessoais e autoprovocadas por dia, o que significa quase uma notificação a cada hora para pessoas LGBT no Brasil (PINTO et. al, 2020).

Pessoas transgêneras, aí incluídas travestis e transexuais, estão entre as mais sujeitas a sofrer preconceitos, discriminações e violências, por possuírem identidades de gênero diversas àquelas impostas pelos padrões heteronormativos vigentes na sociedade (POPADIUK et al., 2017; SOUZA et al., 2015). Por exemplo, Newcomb et al (2012), evidenciou que jovens trans apresentam altos índices de depressão e suicídio (ideação, planejamento, tentativa), violência (trauma, vitimização, abuso sexual na infância) e uso de substâncias (cigarro, álcool, uso de drogas ilícitas).

Neste contexto, por conta do machismo e a misoginia, naturalizada e estruturantes da sociedade, mulheres lésbicas, bissexuais e que fazem sexo com mulheres (MSM), além de apresentarem necessidades de saúde não satisfeitas no atendimento à saúde, o qual segue padrões de heterossexualidade (RUFINO et al., 2018), também acabam sendo refém das múltiplas formas de violências no âmbito institucional, familiar e social (SBMFC, 2019).

2.4.1 – Violência interpessoal

As iniquidades vivenciadas pela população LGBT e que expõem esta população aos riscos da violência interpessoal têm sido relacionadas a teoria do estresse das minorias, pois o estigma sexual, juntamente com a exclusão social e familiar, coloca as minorias sexuais e de gênero em risco de uma ampla gama de resultados sociais e de saúde negativos. Por outro lado, sentimentos de inclusão e conexão com a sua orientação sexual e identidade de gênero são caracterizados como fatores de proteção (MEYER, 2015).

Além disso o preconceito internalizado, condicionado pela não aceitação da sua orientação sexual, contribuem para situações de baixo auto estima e manifestação da violência entre parceiros LGBT (SOUZA et al., 2019, NASCIMENTO., 2015). Desta maneira, o dano físico, sexual ou psicológico por um parceiro atual ou ex-parceiro ou cônjuge é caracterizado como violência por parceiro íntimo (VPI), a qual pode ser vivenciada como vítima ou perpetrador, ou como ambos, frequentemente referida como VPI bidirecional / recíproca (MELANDER; NOEL; TYLER, 2010)

No contexto nacional, os maiores números de casos de violência interpessoal contra LGBT tem se dado no âmbito no âmbito familiar e por parceiros íntimos, o que repercute em sofrimento psíquico ao longo da vida. Desse modo o ambiente familiar pode se apresentar como o primeiro espaço de discriminação e vivência da violência por indivíduos LGBT (PINTO et al, 2020). Segundo Ferrari et al, (2021) essas violências presentes nas relações familiares e por parceiros íntimos, expõem o grau de preconceito, discriminação e estigmas decorrentes da orientação sexual e/ou expressões de gênero⁴ dissidentes da heteronormatividade e de modelos tradicionais de masculinidade.

Estudos indicam que jovens LGBT designados do sexo feminino ao nascer, podem estar em maior risco de VPI (MARTIN-STOREY, 2015; REUTER, et. al., 2017;

⁴ Expressão de gênero é como a pessoa manifesta publicamente a sua identidade de gênero, por meio do seu nome, da vestimenta, do corte de cabelo, dos comportamentos, da voz e/ou características corporais e da forma como interage com as demais pessoas (GLAAD, 2016 p.10).

WHITTON, 2019), além de apresentarem altas taxas de recorrência da violência sexual (OLSEN; VIVOLO-KANTOR; KANN, 2020)

No Haiti, por meio de grupo focal, um estudo demonstrou que a identidade e expressão de gênero fundem-se com papéis tradicionais baseados em gênero para perpetuar a violência sexual contra mulheres trans por homens heterossexuais cisgêneros e por homens trans contra mulheres heterossexuais (RAHILL et al., 2020). Também a Pesquisa Transgênero dos EUA de 2015, demonstrou que as pessoas trans e não binárias são mais vulneráveis à violência sexual, do que aquelas pessoas trans binárias (JAMES et al., 2016)

Pessoas bissexuais podem apresentar maior vitimização de violência interpessoal ao longo da vida, as quais podem contribuir para maiores problemas sobre a saúde mental e seus comportamentos (CHARAK et al., 2019; MCLAUGHLIN et al., 2012; EDWARDS; SYLASKA, 2013; COTON 2019), pois aqueles que se identificam como bissexuais relatam taxas mais altas de vitimização física (MCLAUGHLIN et al., 2012), abuso sexual (WHITTON et al., 2019) e envolvimento em um relacionamento emocional, físico ou sexualmente abusivo (BLOSNICH; BOSSARTE, 2012). Walters; Chen; Breiding (2013), em estudo nos Estados Unidos da América (EUA), indicou que a prevalência de estupro ao longo da vida é de 46,1% entre mulheres bissexuais, em comparação com 13,1% de lésbicas e 17,4% de mulheres heterossexuais, respectivamente. Neste contexto, verifica-se que os estereótipos relacionados à bissexualidade incluem a hiperssexualização e a promiscuidade, os quais contribuem para exacerbar os índices de violência contra este grupo (BOSTWICK; HEQUEMBOURG, 2014). Estudos, também sugerem que pessoas LGBT negras apresentam maior risco de vitimização de violência interpessoal (CHARACK, et. al., 2019; BALSAM et. al., 2011, CASEY et. al., 2019; HOTTON et. al., 2019; MUELLER et. al., 2015, PINTO et al., 2020), pois experimentam além da LGBTfobia, discriminação, microagressões e assédio baseado em sua identidade racial, o que pode aumentar a vulnerabilidade a violência interpessoal (BALSAM et. al., 2011 ; CASEY et. al., 2019).

Neste sentido, a LGBTfobia associada a outros fatores de exclusão contribuem para uma maior expressão da violência. Por isso se torna necessário que os profissionais de saúde acomodem estas múltiplas dimensões para compreender estas vulnerabilidades intersectantes entre LGBT e conseqüentemente atuar de

maneira mais eficiente sobre as ações de enfrentamento à violência (FERLATTE et al., 2019).

2.4.2 – Violência autoprovocada

Evidências sinalizam que indivíduos LGBT têm duas vezes mais chances do que cis-heterossexuais de relatar ideação suicida (KING et al, 2018) e de duas a quatro vezes mais chances de tentar suicídio se comparado aos cis-heterossexuais (HOTTESS, et. al, 2016). Estes comportamentos suicidas são caracterizados como violência autoinflingida ou autoprovocada, que inclui também a automutilação (KRUG et al., 2002). Isto se dá pelo fato de pessoas LGBT terem maiores necessidades de saúde mental não satisfeitas (SALWAY et al, 2018), resultando em vulnerabilidades que as condicionam a se envolverem em comportamentos de risco (KRAIG et. al., 2019).

Desta maneira, a discriminação, a violência física e a ameaça de violência vivida por pessoas em populações marginalizadas levam a níveis elevados de estresse que se manifestam em termos de automutilação, problemas de saúde mental e uso de substâncias (BIDELL, 2011; CEDARO; NASCIMENTO, 2013). Também, fatores associados a taxas elevadas de risco de lesão autoprovocada em LGBT incluem abuso homofóbico e transfóbico, isolamento social, identificação precoce de diversidade sexual ou de gênero, conflito com a família ou parceiro íntimo e incapacidade de revelar sua orientação sexual ou identidade de gênero (BOURIS et al., 2010).

Um estudo sobre os fatores psicossociais do suicídio em jovens gays, lésbicas e bissexuais (MCDERMOTT; HUGHES; RAWLINGS, 2018), relatou que 45,2% do jovens tiveram ideação suicida no último ano e 13,6 % tentativas de suicídio devido a experiências de estigma e discriminação associados a fatores de estigma escolar (por exemplo, professores que não falam contra o preconceito, lições sendo negativas sobre minorias sexuais); reações negativas à revelação de familiares e amigos; experiências de assédio ou crimes relacionados a LGBT e por não se sentirem aceitos onde vivem.

Neste contexto, o apoio familiar referente a orientação sexual e identidade de gênero se mostram um fator de proteção contra a vitimização da violência e automutilação entre jovens LGBT (LYTLE et al., 2015; MUSTANSKI; LIU, 2015). Desta

forma, a rejeição familiar no processo de descoberta da identidade sexual, leva muitos LGBT a ficarem desabrigados (HATZENBUEHLER e KEYES, 2013), com maior frequência entre indivíduos transgêneros (travestis e transexuais), que apresentam maior rejeição familiar, devido a sua não conformidade de gênero (TERADA, et al., 2011; BAUER, et al., 2015; SUEN, et al., 2018), além de apresentarem taxas mais altas de assédio e discriminação (MILLER; GROLMAN, 2015). Segundo Ross Red et. al. (2019) aqueles que se identificam como transgêneros, apresentam duas vezes mais chances de se autoagredirem e uma vez e meia mais chances de planejar ou tentar o suicídio do que pessoas cisgêneros.

A escola se caracteriza como um local importante de proteção em relação às práticas de discriminação relacionadas à orientação sexual, pois nesse ambiente jovens LGBT vivenciam discriminação e assédio devido à sua sexualidade, (RIBEIRO, 2020), que podem exacerbar o risco de suicídio entre jovens (TEJERA; HORNER-JHONSON; ANDRESEN, 2019).

Segundo Pinto et al., (2020), a dificuldade da família em aceitar a orientação sexual e a identidade de gênero de adolescentes repercute em sofrimentos psíquicos ao longo de suas vidas. Neste sentido, a história de abuso familiar ou ainda experiências de abuso sexual podem diminuir a autoestima e aumentar o risco de suicídio e transtornos mentais em minorias sexuais (LYTLE, et al., 2015; BOURIS A, et al., 2016; SUEN et al., 2018, FULLER-THOMSON et al., 2016).

Também de modo geral, o preconceito internalizado se apresenta de forma que o indivíduo passa a ter comportamentos repulsivos sobre si, que vão desde questionamentos sobre o próprio valor pessoal, ódio por si mesmo e em casos extremos, a autodestruição (SZYMANSKI, CHUNG, 2001). Neste contexto, questões culturais ligadas à religião exacerbam uma "homofobia internalizada", pois poucas instituições religiosas concordam com a prática homoafetiva, considerando-a como errada e pecaminosa. Esse fator religioso ligado a homofobia internalizada pode ser crucial para questões relacionadas ao comportamento suicida entre a população LGBT (RIBEIRO; SCORSOLINI-COMIN, 2017, LYTLE MC, et al., 2015). Também pessoas LGBT, que não são aceitas pela família e pela religião que professam podem entrar em sofrimento psíquico e, conseqüentemente, levar ao comportamento suicida (PACHANKIS, ELDAHAN, GALUB, 2016).

As representações sociais do hiv/aids ultrapassaram o aspecto biológico e atingiram o preconceito, a segregação, o estigma e a inserção social, aspectos tão

próprios da doença. (CASTANHA et al., 2016). Desta forma, a população LGBT carrega no seu histórico o estigma relacionado ao hiv/aids, que é reconhecido como o maior empecilho aos avanços das ações e políticas que buscam garantir os direitos dos seus portadores à dignidade e cidadania (CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018; MONTEIRO; VILELA, 2012). Além disso, pessoas que vivem com hiv (PVHIV) experimentam sentimentos de raiva, culpa, autopiedade e ansiedade, associado a sua baixa autoestima e, principalmente, ao abandono por parte dos familiares e amigos, o que leva essas pessoas a eventualmente tentarem o suicídio (MALBERGIER, SCHOFFEL, 2001)

Em casos de lesões autoprovocadas, estudos têm abordado a intersecção entre deficiência e orientação sexual (DRUMMOND; BROTMAN, 2014; NOONAN; GOMEZ, 2011), indicando que LGBT que apresentam alguma deficiência têm um risco maior de tentar ou planejar o suicídio, bem como se auto mutilarem. Desta maneira, a combinação de deficiência e orientação sexual pode estar associada a experiências negativas combinadas que podem exacerbar o risco de suicídio (TEJERA; HORNER-JHONSON; ANDRESEN, 2019).

No Brasil os estudos quantitativos sobre a violência autoprovocada em LGBT, ainda são escassos. Contudo, os dados da FIN de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN, têm sido disponibilizados recentemente, por meio da base de dados do DATASUS. Assim, Pinto et al., (2020), analisando estes dados, evidenciou que no Brasil, no período entre 2015 e 2017, foram notificados 6.043 casos de violência autoprovocada em LGBT, mais concentradas na faixa etária de 15 a 19 anos.

O acesso aos serviços de saúde cumpre um papel importante na proteção e na prevenção das violências autoprovocadas na população LGBT. Por exemplo Drakeford (2018), evidenciou que indivíduos transexuais encarcerados nos EUA tinham maior probabilidade de relatar tentativas de suicídio ao longo da vida, contudo, em estados que apresentavam mais suporte de serviços médicos a transexuais encarcerados, a probabilidade de relatar suicídio diminuía. Além disso, pessoas trans que sofreram discriminação nos cuidados de saúde têm maior probabilidade do que aqueles que não sofreram discriminação de evitar serviços de saúde preventivos e urgentes, incluindo os cuidados necessários devido a doença ou lesão (REISNER et al., 2015; SEELMAN et al., 2017).

Também, políticas e práticas adicionais são necessárias para lidar com disparidades persistentes de identidade sexual na exposição ao preconceito, e discriminação. Nos EUA, um estudo verificou que os estados que apresentavam as leis que proíbem a discriminação pela orientação sexual e identidade de gênero, foram associados a um menor risco de tentativas de suicídio na população LGBT (MEYER et al., 2019).

3 METODOLOGIA

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1.1 Tipo de pesquisa

Foi realizado estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e ecológico com base no estudo realizado por Polidoro; Cunda; Oliveira, (2020).

3.1.2 Coleta de dados

Os dados foram fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), Vigilância Epidemiológica do Estado do Paraná, referente aos dados de violência autoprovoada e interpessoal notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

3.1.3 População

As fichas selecionadas foram aquelas qualificadas como casos de violência interpessoal e autoprovoada, cuja orientação sexual era de pessoas homossexuais (gays e lésbicas) e bissexuais. Adicionalmente, foram adicionadas na análise as notificações com a identidade de gênero assinalada como travesti, mulher transexual ou homem transexual, sendo incluídos indivíduos heterossexuais desde que sua identidade de gênero seja transexual ou travesti. Posteriormente, para a organização das tabelas, as variáveis orientação sexual e identidade de gênero foram reorganizadas em uma única variável, sendo reclassificados em indivíduos cisgêneros LGB (lésbicas, gays e bissexuais), travestis, mulher transexuais e homem transexuais.

3.1.4 Sistematização e análise dos dados

Foram feitas a descrição das notificações conforme a data de notificação, o local de notificação, as características das pessoas em situação de violência (faixa etária, raça/cor, deficiência/transtorno, escolaridade, orientação sexual e identidade de gênero); as características das violências (tipo da violência, motivação da violência

e meios de agressão). Adicionalmente, foi realizado o mapeamento das notificações de violência autoprovocada e interpessoal por regional de Saúde e por municípios do Estado do Paraná.

Alguns campos da ficha de notificação são de múltipla escolha, enquanto outros campos são abertos e permitem uma breve descrição por parte de quem está preenchendo. Em alguns casos o profissional de saúde acaba deixando de colocar a opção correspondente nos campos de múltipla escolha e descrevendo em campo aberto, que corresponde a opção “outra” da determinada variável. Assim, alguns dados que estavam descritos em campo aberto, foram organizados nas suas opções correspondentes.

Os dados foram organizados e analisados no software IBM® SPSS® Statistics 26.0. Os mapas foram elaborados no software QGIS®. Para a análise da completude dos dados foi estabelecido o grau de preenchimento das variáveis conforme valores válidos e não válidos (campo do dado ignorado, sem preenchimento ou vazio). O atributo foi assim classificado: excelente (90% ou mais dos registros em conformidade), bom (70 a 89% dos registros preenchidos), regular (50 a 69% dos registros preenchidos) ou ruim (0 a 49% dos registros preenchidos, conforme já descrito na literatura (SILVA et al., 2018).

3.1.5 Aspectos éticos da pesquisa

Como o estudo empregou informações de domínio da Vigilância Epidemiológica/SESA-PR, com informações agregadas e sem possibilidade de identificação individual, utilizou-se o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do HOSPITAL DO TRABALHADOR/SESA/PR nº 2.786.173, para a obtenção dos dados (conforme Anexo 1).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção é composta por dois artigos. O primeiro artigo aborda a violência interpessoal contra LGBT, intitulado: “Notificação de violência interpessoal contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) do Estado do Paraná de 2015 a 2017”, que será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Coletiva. Assim espera-se a contribuição da banca com sugestões para a publicação deste estudo. Já o segundo artigo aborda a violência autoprovocada em LGBT, intitulado: “Caracterização das notificações de violência autoprovocada em Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) do Estado do Paraná de 2015 a 2017”, foi submetido ao Cadernos de Gênero e Tecnologia e aceito para publicação no dia 29 de março de 2021, com previsão de publicação para o primeiro semestre de 2022.

4.1 ARTIGO 1 - NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) DO ESTADO DO PARANÁ DE 2015 a 2017.

4.1.1 Resumo

O objetivo deste estudo foi caracterizar as notificações de violência interpessoal contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no estado do Paraná, durante os anos de 2015 a 2017. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e ecológico das notificações, sendo incluídos indivíduos LGBT com 10 anos ou mais de idade. No período analisado, identificou-se 1035 notificações de violência interpessoal contra a população LGBT. Quanto ao perfil dos indivíduos, predominou a idade entre 30 e 59 anos (33,8%), cor branca (66,7%), e escolaridade ensino fundamental incompleto (35%). Dentre as notificações, 39,6% eram transexuais ou travestis, 20,7% bissexuais e 60,5% eram homossexuais, dos quais 32,7% lésbicas e 20,7% gays. A residência foi o principal local de ocorrência da violência em 54,6% dos casos, seguido da via pública com 26,5%. As notificações demonstraram que 55,6% dos LGBT foram vítimas da violência física, e em 72,3% dos casos o provável autor é do sexo masculino. O principal vínculo foi de parceiro íntimo em 30,4% dos casos, seguido do desconhecido (25,3%). A segunda regional de saúde representou 24,7% das notificações, sendo o município de Curitiba com maior frequência de notificação do estado do Paraná (14,1%). Apesar de haver algumas limitações na qualidade dos dados de orientação sexual e identidade de gênero, estes são campos essenciais para que se possa ativar análises de como ocorre a violência interpessoal na população LGBT, a fim de fomentar as ações de vigilância e monitoramento da violência contra LGBT do estado do Paraná.

Palavras chave – Minorias sexuais e de gênero; Violência interpessoal; Sistema de informação em saúde.

4.1.2 Introdução

No contexto internacional e nacional, a violência é reconhecida como questão social e de saúde pública (SCHRAIBER et al., 2006). No cenário nacional a violência exerce importante impacto social e econômico, em especial sobre o SUS (Sistema Único de Saúde). Assim, em 2006, foi adotada a estratégia de notificação compulsória dos casos de violência interpessoal e autoprovocada, por meio do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (GASPAR; PEREIRA, 2018; BRASIL, 2016a). A partir de 2009, a notificação de violências foi inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o que colaborou com a expansão do VIVA e garantiu a sustentabilidade das notificações de violências. Além disso, a violência passou a integrar a lista de notificação compulsória (BRASIL, 2020), universalizando a notificação para todos os serviços de saúde, por meio da Ficha Individual de Notificação (FIN) de violência interpessoal e autoprovocada. Esta passa a ser, portanto, um dispositivo tecnológico de identificação, quantificação e sistematização dos casos de violências identificados por profissionais de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2016a).

Neste contexto, a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT), preconiza entre os vários atributos, a vigilância das violências sofridas pela população LGBT, no intuito de quantificar e dar visibilidade as violências sofridas por esta população. Estas ações incluem nos sistemas de informação em saúde os campos de orientação sexual e de identidade de gênero e o desenvolvimento de estratégias para qualificar todo o processo de desenvolvimento das ações de promoção e vigilância para LGBT decorrentes das vulnerabilidades (BRASIL, 2013a)

Assim, em 2014, foi incluído na FIN de Violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os campos nome social, identidade de gênero, orientação sexual, além do campo para preenchimento de motivação da violência, que passou a incluir a LGBTfobia (homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia), de acordo com o instrutivo VIVA (BRASIL, 2016a).

O terceiro Relatório Sobre Violência Homofóbica no Brasil Secretaria Especial de Direitos Humanos (BRASIL, 2016b), demonstrou que existe um grave quadro de violências contra pessoas LGBT no país. De acordo com o Grupo Gay da Bahia (GGB), a cada 19 horas uma pessoa LGBT é vítima de violência no Brasil (MOTT; PAULINHO, 2017).

Este cenário demonstra que a heteronormatividade atrelada a LGBTfobia, tem imputado a pessoas LGBT situações sistemáticas de violência (LIMA ET AL., 2016). Neste sentido, a heteronormatividade toma como parâmetro de normalidade o comportamento sexual e afetivo entre indivíduos de sexo diferentes (PETRY; MEYER, 2011), o que contribui para a LGBTfobia; caracterizada pelo preconceito e discriminação ocorrida em virtude da orientação sexual ou da identidade de gênero; a qual é manifestada socialmente pela expressão da violência (GUIMARÃES ET AL., 2017). Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão, do qual derivam os fatores de vulnerabilidade, tais como a violação do direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2008).

Um estudo realizado recentemente no Brasil, com base no SINAN, sugere um crescente número de notificação de violências interpessoais contra LGBT nos serviços de saúde no período de 2015 a 2017 (PINTO ET AL., 2020). Essas violências se dão tanto no âmbito intrafamiliar - a que ocorre entre os parceiros íntimos ou entre os membros da família), como no âmbito comunitário - aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos (MINAYO, 2006).

Todavia, dadas as dimensões continentais do Brasil, faz-se necessário o estudo aprofundado de realidades regionais, para subsidiar ações específicas para cada realidade. Portanto, este estudo teve como finalidade caracterizar as notificações das violências interpessoais em pessoas LGBT no estado do Paraná no período de 2015 a 2017, com o intuito de subsidiar as ações de vigilância e monitoramento da violência em pessoas LGBT no estado do Paraná.

4.1.3 Material e métodos

No intuito de analisar a violência interpessoal em pessoas LGBT no estado do Paraná foi realizado um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo e ecológico,

envolvendo levantamento de informações em base de dados da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), Vigilância Epidemiológica do Estado do Paraná. Os dados compreenderam as notificações registradas pelos serviços de saúde no SINAN no estado do Paraná no período de 2015 a 2017. As notificações selecionadas foram aquelas qualificadas como casos de violência interpessoal. As notificações de violência autoprovocada foram excluídas das análises. Quando as fichas de notificação assinaladas no tipo da violência continham o campo “ignorado” ou “não preenchido”, foram utilizados os campos abertos “tipos de violência: outro” e “observações adicionais” para verificar se as notificações se caracterizavam como violência interpessoal. Além disso, também foram excluídas as notificações que não estavam assinaladas como violência autoprovocada, mas que no campo “observações adicionais” e “tipo de violência: outros”, apresentavam descrições com características de violência autoprovocada, como tentativas de suicídio e automutilação.

Foram selecionados posteriormente as notificações apenas com o campo orientação sexual identificado como pessoas homossexuais (gays e lésbicas) e bissexuais. Adicionalmente, foram selecionadas as notificações com a identidade de gênero travesti, mulher transexual ou homem transexual, sendo incluídos indivíduos heterossexuais desde que sua identidade de gênero fosse transexual ou travesti. Posteriormente, para a organização das tabelas, as variáveis orientação sexual e identidade de gênero foram reorganizadas em uma única variável, sendo reclassificados em indivíduos cisgêneros LGB (lésbicas, gays e bissexuais), travestis, mulher transexuais e homem transexuais. Efetuou-se a descrição das notificações conforme as características das pessoas em situação de violência (faixa etária, raça/cor, deficiência/transtorno, escolaridade), as características das violências e do provável autor (local de ocorrência, violência de repetição, número de envolvidos, sexo e vínculo da pessoa atendida com o provável autor), segundo as faixas etárias 10 a 14 anos, 15 a 19, 20 a 29, 30 à 59 e 60 anos ou mais. Também foi realizado o mapeamento da distribuição espacial das notificações de violência autoprovocada por Regional de Saúde (RS) do Estado do Paraná e por municípios.

Alguns campos da ficha de notificação são de múltipla escolha, enquanto outros campos são abertos e permitem uma breve descrição por parte de quem está preenchendo. Em alguns casos o(a) profissional de saúde acaba deixando de colocar a opção correspondente nos campos de múltipla escolha e descrevendo em campo

aberto, que corresponde a opção “outra” da determinada variável. Assim, alguns dados que estavam descritos em campo aberto, foram organizados nas suas opções correspondentes, tal como as variáveis “tipo de deficiência/transtorno” que teve 2 fichas organizadas, “local de ocorrência” 21 fichas, “tipo de violência” 6 fichas e “vínculo com o provável autor” 74 fichas. Os dados foram organizados e analisados no software IBM® SPSS® Statistics 26.0. Os mapas foram elaborados no software QGIS® versão 3.12.1.

Para a análise da completude dos dados foi estabelecido o grau de preenchimento das variáveis conforme valores válidos e não válidos (campo do dado ignorado, sem preenchimento ou vazio). O atributo foi assim classificado: excelente (90% ou mais dos registros em conformidade), bom (70 a 89% dos registros preenchidos), regular (50 a 69% dos registros preenchidos) ou ruim (0 a 49% dos registros preenchidos), conforme já descrito na literatura (SILVA et al., 2018).

Como o estudo empregou informações de domínio da Vigilância Epidemiológica/SESA-PR, com informações agregadas e sem possibilidade de identificação individual, utilizou-se o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital Do Trabalhador/SESA/PR nº 2.786.173, para a obtenção dos dados.

4.1.4 Resultados e discussão

De acordo com os dados disponíveis no SINAN, num total de 76.592 notificações de violência interpessoal e autoprovocada entre 2015 e 2017 no estado do Paraná, foi possível selecionar 59.291 (77,4%) notificações de violência interpessoal. A partir destes dados, foi verificado que a completude dos dados nos campos orientação sexual e identidade de gênero foram atribuídos como bom, com 84,1% de dados válidos para orientação sexual e 87,9% de dados válidos para identidade de gênero. Desta forma, foram registradas 27.991 (47,2%) notificações de casos de violência interpessoal assinaladas como pessoas heterossexuais cisgêneros e 1.035 (1,72%) foram notificações de pessoas LGBT. Também se evidenciou que 7,38%(n=4.379) das notificações no campo orientação sexual foi assinalada como não se aplica para indivíduos maiores de 10 anos de idade.

Ao longo do período analisado, foram 299 notificações de violência interpessoal contra LGBT em 2015, que correspondem a 28,9% do total; 344 notificações (33,2%) em 2016 e 392 notificações (37,9%) em 2017, o que representa

um aumento gradual a cada ano no número de registros. Do total, foram identificadas 214 notificações (20,7%) em gays, 338 notificações (32,7%) em lésbicas, 74 notificações (7,1%) em bissexuais, 66 notificações (6,4%) em travestis, 280 notificações (27,1%) em mulheres transexuais, e 63 notificações (6,1%) em homens transexuais (tabela 1). A orientação sexual heterossexual foi predominante entre o grupo transexual, sendo 188 notificações (67%) em mulheres transexuais e 29 notificações (46%) entre homens transexuais, já para travestis predominou a orientação sexual homossexual (lésbica/gay) com 33 notificações (50%).

Levando em consideração as características predominantes das pessoas LGBT que sofreram violência interpessoal, constatou-se a faixa etária de 30 a 59 anos com 33,8% (n=350) das notificações. Entretanto entre gays e bissexuais as notificações se deram mais frequentemente na faixa etária entre 20 a 29 anos (29% (n=62) e 32,4% (n=24), respectivamente. Quanto à variável sexo, 63,7% (n=659) das notificações foram assinaladas como sexo feminino e para raça/cor, 67,8% (n=702) das notificações foram assinaladas como cor branca. Na escolaridade há predominância do ensino fundamental incompleto, com 35% (n=363) das notificações, variando de 47% (n=31) entre travestis e 27% (n=20) entre bissexuais. Além disso, 19,7% (n=204) dos dados de escolaridade, não foram preenchidos ou ignorados (Tabela 1).

Dos LGBT que sofreram violência interpessoal, 8,3% (n=86) das notificações (8,3%) apresentavam um ou mais tipo de deficiência ou transtorno, sendo predominante em todos os grupos o transtorno mental com 33% (n=34) dos casos, distribuídos mais frequentemente entre homens transexuais com 75% (n=3), 46,2% (n=6) entre bissexuais, 26,9% (n=7) entre mulheres transexuais e 23,1% (n=6) entre gays. Já para lésbicas e travestis as notificações de transtorno de comportamento foram mais frequentes, com 44,4% (n=12) entre lésbicas e 42,9% (n=3) entre travestis. (TABELA 1)

TABELA 1- CARACTERÍSTICAS DE PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN), SEGUNDO ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO, PARANÁ, 2015 a 2017.

| Orientação sexual/identidade de gênero | | | | | | |
|--|---------|-----------|----------|--------------|-------------|-------|
| Gay | Lésbica | Bissexual | Travesti | Mulher Trans | Homem Trans | Total |

| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
|-------------------------------|-----|------|-----|------|----|------|----|------|-----|------|----|------|-------|------|
| | 214 | 20,7 | 338 | 32,7 | 74 | 7,1 | 66 | 6,4 | 280 | 27,1 | 63 | 6,1 | 1.035 | 100 |
| Faixa Etária | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 a 14 anos | 15 | 7,0 | 32 | 9,5 | 6 | 8,1 | 3 | 4,5 | 27 | 9,6 | 2 | 3,2 | 85 | 8,2 |
| 15 a 19 anos | 60 | 28,0 | 50 | 14,8 | 20 | 27,0 | 14 | 21,2 | 57 | 20,4 | 8 | 12,7 | 209 | 20,2 |
| 20 a 29 anos | 62 | 29,0 | 113 | 33,4 | 24 | 32,4 | 23 | 34,8 | 84 | 30,0 | 22 | 34,9 | 328 | 31,7 |
| 30 a 59 anos | 61 | 28,5 | 123 | 36,4 | 22 | 29,7 | 25 | 37,9 | 95 | 33,9 | 24 | 38,1 | 350 | 33,8 |
| 60 anos ou mais | 16 | 7,5 | 20 | 5,9 | 2 | 2,7 | 1 | 1,5 | 17 | 6,1 | 7 | 11,1 | 63 | 6,1 |
| Total | 214 | 100 | 338 | 100 | 74 | 100 | 66 | 100 | 280 | 100 | 63 | 100 | 1.035 | 100 |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 214 | 100 | 0 | 0,0 | 10 | 13,5 | 66 | 100 | 44 | 15,7 | 41 | 65,1 | 375 | 36,2 |
| Feminino | 0 | 0,0 | 338 | 100 | 64 | 86,5 | 0 | 0,0 | 236 | 84,3 | 21 | 33,3 | 659 | 63,7 |
| Ignorado | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,6 | 1 | 0,1 |
| Total | 214 | 100 | 338 | 100 | 74 | 100 | 66 | 100 | 280 | 100 | 63 | 100 | 1.035 | 100 |
| Raça/cor | | | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 141 | 65,9 | 238 | 70,4 | 52 | 70,3 | 32 | 48,5 | 197 | 70,4 | 42 | 66,7 | 702 | 67,8 |
| Preta | 14 | 6,5 | 14 | 4,1 | 3 | 4,1 | 5 | 7,6 | 18 | 6,4 | 5 | 7,9 | 59 | 5,7 |
| Amarela | 3 | 1,4 | 2 | 0,6 | 1 | 1,4 | 0 | 0,0 | 1 | 0,4 | 0 | 0,0 | 7 | 0,7 |
| Parda | 48 | 22,4 | 76 | 22,5 | 18 | 24,3 | 26 | 39,4 | 56 | 20,0 | 10 | 15,9 | 234 | 22,6 |
| Indígena | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,5 | 3 | 1,1 | 4 | 6,3 | 8 | 0,8 |
| Ignorado | 8 | 3,7 | 8 | 2,4 | 0 | 0,0 | 2 | 3,0 | 5 | 1,8 | 2 | 3,2 | 25 | 2,4 |
| Total | 214 | 100 | 338 | 100 | 74 | 100 | 66 | 100 | 280 | 100 | 63 | 100 | 1.035 | 100 |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | | | |
| Ensino Fundamental incompleto | 67 | 31,3 | 122 | 36,1 | 20 | 27,0 | 31 | 47,0 | 103 | 36,8 | 20 | 31,7 | 363 | 35,0 |
| Ensino fundamental completo | 17 | 7,9 | 22 | 6,5 | 6 | 8,1 | 11 | 16,7 | 29 | 10,4 | 5 | 7,9 | 90 | 8,7 |
| Ensino médio incompleto | 30 | 14,0 | 55 | 16,3 | 12 | 16,2 | 12 | 18,2 | 35 | 12,5 | 8 | 12,7 | 152 | 14,7 |
| Ensino médio completo | 28 | 13,1 | 51 | 15,1 | 16 | 21,6 | 4 | 6,1 | 34 | 12,1 | 9 | 14,3 | 142 | 13,7 |
| Educação superior incompleta | 15 | 7,0 | 20 | 5,9 | 6 | 8,1 | 1 | 1,5 | 9 | 3,2 | 1 | 1,6 | 52 | 5,0 |
| Educação superior completa | 7 | 3,3 | 13 | 3,8 | 3 | 4,1 | 0 | 0,0 | 8 | 2,9 | 1 | 1,6 | 32 | 3,1 |
| Ignorado | 50 | 23,4 | 55 | 16,3 | 11 | 14,9 | 7 | 10,6 | 62 | 22,1 | 19 | 30,2 | 204 | 19,7 |
| Total | 214 | 100 | 338 | 100 | 74 | 100 | 66 | 100 | 280 | 100 | 63 | 100 | 1.035 | 100 |
| Deficiência/transtorno | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 20 | 9,3 | 26 | 7,7 | 10 | 13,5 | 5 | 7,6 | 20 | 7,1 | 5 | 7,9 | 86 | 8,3 |
| Não | 190 | 88,8 | 302 | 89,3 | 63 | 85,1 | 57 | 86,4 | 255 | 91,1 | 57 | 90,5 | 924 | 89,3 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|--------------|------------|
| Não se aplica | 4 | 1,9 | 10 | 3,0 | 1 | 1,4 | 4 | 6,1 | 5 | 1,8 | 1 | 1,6 | 25 | 2,4 |
| Total | 214 | 100 | 338 | 100 | 74 | 100 | 66 | 100 | 280 | 100 | 63 | 100 | 1.035 | 100 |
| Tipo de deficiência | | | | | | | | | | | | | | |
| Deficiência física | 5 | 19,2 | 2 | 7,4 | 1 | 7,7 | 0 | 0,0 | 4 | 15,4 | 0 | 0,0 | 12 | 11,7 |
| Deficiência intelectual | 4 | 15,4 | 1 | 3,7 | 1 | 7,7 | 1 | 14,3 | 4 | 15,4 | 1 | 25,0 | 12 | 11,7 |
| Deficiência visual | 3 | 11,5 | 0 | 0,0 | 1 | 7,7 | 0 | 0,0 | 2 | 7,7 | 0 | 0,0 | 6 | 5,8 |
| Deficiência auditiva | 3 | 11,5 | 2 | 7,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 11,5 | 0 | 0,0 | 8 | 7,8 |
| Transtorno mental | 6 | 23,1 | 9 | 33,3 | 6 | 46,2 | 3 | 42,9 | 7 | 26,9 | 3 | 75,0 | 34 | 33,0 |
| Transtorno de comportamento | 5 | 19,2 | 12 | 44,4 | 4 | 30,8 | 3 | 42,9 | 5 | 19,2 | 0 | 0,0 | 29 | 28,2 |
| Outras | 0 | 0,0 | 1 | 3,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 3,8 | 0 | 0,0 | 2 | 1,9 |
| Total | 26 | 100 | 27 | 100 | 13 | 100 | 7 | 100 | 26 | 100 | 4 | 100 | 103 | 100 |

Fonte: SINAN/Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), compilado pelos autores, 2021.

No geral, o principal local de ocorrência das violências foi a residência, com 54,6% (n=565) das notificações. Porém, a via pública com 274 notificações, representando 26,5% no geral das notificações entre LGBT, foi o local mais frequentemente notificado entre as travestis, com 48,2% (n=54) das notificações. (tabela 2)

A recorrência da violência foi mais frequentemente notificada entre lésbicas com 38,8% (n=131) e mulheres transexuais com 38,2% (n=107). Com relação ao tipo de violência, em todos os grupos a violência física foi a mais frequente, com 55,6% (n=831) das notificações, sendo 65,7% (n=176) entre os gays e 64,2% (n=61) entre as travestis. Destaca-se também a violência moral/psicológica, com 24,3% (n=363) das notificações, com maior frequência entre mulheres transexuais, com 28,9% (n=124) e entre lésbicas com 27% (n=134). Entre bissexuais também é relevante o registro de violência sexual com 28,2 % (n=33) das notificações entre este grupo (tabela 2).

As violências perpetradas por um autor apresentaram 669 notificações, representando 64,6% dos casos, variando de 76,2% (n=48) entre homens transexuais e 48,5% (n=32) entre travestis. Porém, evidencia-se que violências coletivas perpetradas por dois ou mais autores corresponderam a 31,1% (n=322) dos casos, com maior frequência entre travestis com 43,9% (n=29) das notificações (tabela 2).

A maior parte dos prováveis autores das violências eram do sexo masculino, com 72,3% (n=748) das notificações. Isto foi evidenciado em todos os grupos

analisados, variando de 88,9% (n=56) entre homens transexuais e 63,9% (n=216) entre lésbicas (TABELA 2).

Os parceiros íntimos foram os autores mais frequentes de violências interpessoais contra LGBT, com 30,4% (n=319) das notificações. A violência por parceiro íntimo representou 39,9% (n=135) dos casos entre lésbicas, 39,9% (n=115) entre mulheres transexuais e 31,3% (n= 319) entre homens transexuais. Já as agressões praticadas por desconhecidos, destacaram-se no grupo das travestis com 41,5% (n=27) das notificações, gays com 36% (n=77) e bissexuais com 35,5% (n=27) (TABELA 2).

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO, PARANÁ, 2015–2017.

| | Orientação sexual/identidade de gênero | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|--------------|------------|-------------|------------|--------------|------------|
| | Gay | | Lésbica | | Bissexual | | Travesti | | Mulher Trans | | Homem Trans | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Local de ocorrência | | | | | | | | | | | | | | |
| Residência | 98 | 45,8 | 197 | 58,3 | 35 | 47,3 | 16 | 24,2 | 185 | 66,1 | 34 | 54,0 | 565 | 54,6 |
| Habitação coletiva | 3 | 1,4 | 6 | 1,8 | 1 | 1,4 | 1 | 1,5 | 3 | 1,1 | 0 | 0,0 | 14 | 1,4 |
| Escola | 6 | 2,8 | 2 | 0,6 | 1 | 1,4 | 0 | 0,0 | 7 | 2,5 | 0 | 0,0 | 16 | 1,5 |
| Bar ou similar | 15 | 7,0 | 16 | 4,7 | 4 | 5,4 | 6 | 9,1 | 11 | 3,9 | 4 | 6,3 | 56 | 5,4 |
| Via pública | 67 | 31,3 | 76 | 22,5 | 24 | 32,4 | 32 | 48,5 | 54 | 19,3 | 21 | 33,3 | 274 | 26,5 |
| Outro | 19 | 8,9 | 37 | 10,9 | 8 | 10,8 | 10 | 15,2 | 15 | 5,4 | 3 | 4,8 | 92 | 8,9 |
| Ignorado | 6 | 2,8 | 4 | 1,2 | 1 | 1,4 | 1 | 1,5 | 5 | 1,8 | 1 | 1,6 | 18 | 1,7 |
| Total | 214 | 100 | 338 | 100 | 74 | 100 | 66 | 100 | 280 | 100 | 63 | 100 | 1.035 | 100 |
| Recorrência da violência | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 58 | 27,1 | 131 | 38,8 | 24 | 32,4 | 18 | 27,3 | 107 | 38,2 | 24 | 38,1 | 362 | 35,0 |
| Não | 146 | 68,2 | 185 | 54,7 | 46 | 62,2 | 40 | 60,6 | 153 | 54,6 | 33 | 52,4 | 603 | 58,3 |
| Ignorado | 10 | 4,7 | 22 | 6,5 | 4 | 5,4 | 8 | 12,1 | 20 | 7,1 | 6 | 9,5 | 70 | 6,8 |
| Total | 214 | 100 | 338 | 100 | 74 | 100 | 66 | 100 | 280 | 100 | 63 | 100 | 1.035 | 100 |
| Tipo de Violência | | | | | | | | | | | | | | |
| Física | 176 | 65,7 | 265 | 53,3 | 50 | 42,7 | 61 | 64,2 | 222 | 51,7 | 57 | 64,0 | 831 | 55,6 |
| Psicológica/moral | 40 | 14,9 | 134 | 27,0 | 25 | 21,4 | 19 | 20,0 | 124 | 28,9 | 21 | 23,6 | 363 | 24,3 |
| Tortura | 9 | 3,4 | 15 | 3,0 | 2 | 1,7 | 7 | 7,4 | 14 | 3,3 | 3 | 3,4 | 50 | 3,3 |
| Sexual | 24 | 9,0 | 59 | 11,9 | 33 | 28,2 | 4 | 4,2 | 30 | 7,0 | 6 | 6,7 | 156 | 10,4 |
| Negligência/ abandono | 13 | 4,9 | 10 | 2,0 | 5 | 4,3 | 3 | 3,2 | 27 | 6,3 | 2 | 2,2 | 60 | 4,0 |

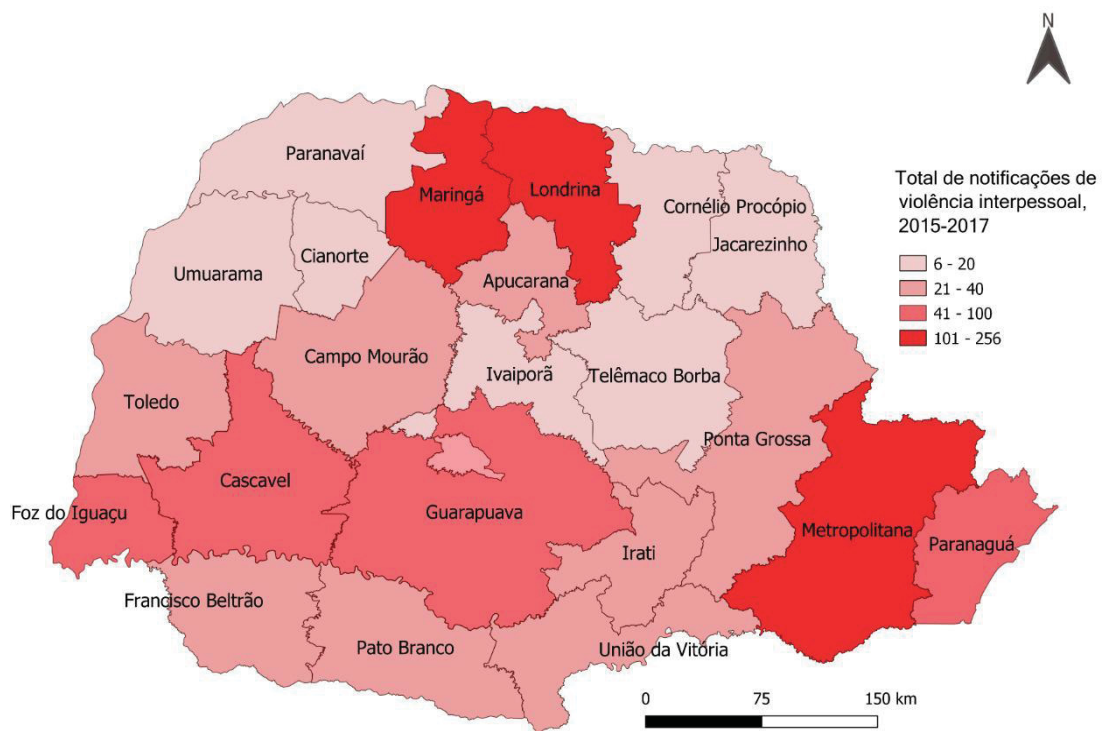
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----|------|-----|------|-----|------|----|------|-----|------|----|------|-------|------|
| Outro | 6 | 2,2 | 14 | 2,8 | 2 | 1,7 | 1 | 1,1 | 12 | 2,8 | 0 | 0,0 | 35 | 2,3 |
| Total | 268 | 100 | 497 | 100 | 117 | 100 | 95 | 100 | 429 | 100 | 89 | 100 | 1.495 | 100 |
| Número de autores envolvidos | | | | | | | | | | | | | | |
| Um | 124 | 57,9 | 245 | 72,5 | 46 | 62,2 | 32 | 48,5 | 174 | 62,1 | 48 | 76,2 | 669 | 64,6 |
| Dois ou mais | 79 | 36,9 | 80 | 23,7 | 27 | 36,5 | 29 | 43,9 | 94 | 33,6 | 13 | 20,6 | 322 | 31,1 |
| Ignorado | 11 | 5,1 | 13 | 3,8 | 1 | 1,4 | 5 | 7,6 | 12 | 4,3 | 2 | 3,2 | 44 | 4,3 |
| Total | 214 | 100 | 338 | 100 | 74 | 100 | 66 | 100 | 280 | 100 | 63 | 100 | 1.035 | 100 |
| Sexo do provável autor | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 164 | 76,6 | 216 | 63,9 | 54 | 73,0 | 55 | 83,3 | 203 | 72,5 | 56 | 88,9 | 748 | 72,3 |
| Feminino | 32 | 15,0 | 79 | 23,4 | 14 | 18,9 | 2 | 3,0 | 51 | 18,2 | 5 | 7,9 | 183 | 17,7 |
| Ambos os sexos | 9 | 4,2 | 30 | 8,9 | 5 | 6,8 | 5 | 7,6 | 24 | 8,6 | 1 | 1,6 | 74 | 7,1 |
| Ignorado | 9 | 4,2 | 13 | 3,8 | 1 | 1,4 | 4 | 6,1 | 2 | 0,7 | 1 | 1,6 | 30 | 2,9 |
| Total | 214 | 100 | 338 | 100 | 74 | 100 | 66 | 100 | 280 | 100 | 63 | 100 | 1.035 | 100 |
| Relação com a pessoa atendida | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiar | 56 | 26,2 | 63 | 18,6 | 11 | 14,5 | 11 | 16,9 | 73 | 25,3 | 12 | 18,8 | 226 | 21,5 |
| Parceiro íntimo | 29 | 13,6 | 135 | 39,9 | 15 | 19,7 | 5 | 7,7 | 115 | 39,9 | 20 | 31,3 | 319 | 30,4 |
| Desconhecido | 77 | 36,0 | 74 | 21,9 | 27 | 35,5 | 27 | 41,5 | 45 | 15,6 | 16 | 25,0 | 266 | 25,3 |
| Amigos/conhecidos | 41 | 19,2 | 61 | 18,0 | 23 | 30,3 | 21 | 32,3 | 45 | 15,6 | 12 | 18,8 | 203 | 19,3 |
| Outro | 11 | 5,1 | 11 | 3,3 | 0 | 0,0 | 1 | 1,5 | 10 | 3,5 | 4 | 6,3 | 37 | 3,5 |
| Total | 214 | 100 | 338 | 100 | 76 | 100 | 65 | 100 | 288 | 100 | 64 | 100 | 1.051 | 100 |

Fonte: SINAN/Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), compilado pelos autores, 2021.

A respeito das notificações por regionais de saúde (RS) do Paraná, de um total de 22 regionais que compõem o estado, apresentou maior número de casos de violência interpessoal em LGBT de 2015 a 2017, a 2ª RS – Metropolitana, que compreende Curitiba e os municípios da região metropolitana, com 256 notificações (24,7%); em seguida destacam-se a 17ª RS – Londrina, com 144 notificações (13,9%) e a 15ª RS – Maringá, com 121 notificações (11,7%). Também tiveram um número expressivo de notificações a 9ª RS – Foz do Iguaçu, com 56 notificações (5,4%); a 5ª RS - Guarapuava, com 47 notificações (4,5%); a 1ª RS - Paranaguá, com 43 notificações (4,2%); a 10ª RS – Cascavel, com 42 notificações (4,1%); a 7ª RS – Pato Branco, com 36 notificações (3,5%); a 11ª RS – Campo Mourão, com 36 notificações (3,5%); a 3ª RS – Ponta Grossa, com 35 notificações (3,4%), a 16ª RS – Apucarana, com 35 notificações (3,4%), a 20ª RS – Toledo com 34 notificações (3,3%); a 4ª RS –

Irati, com 29 notificações (2,8%); a 8ª RS – Francisco Beltrão, com 28 notificações (2,7%) e a 6ª RS – União da Vitória, com 22 notificações (2,1) . As demais regionais de saúde tiveram entre 6 e 21 notificações com destaque a 13ª RS– Cianorte, que apresentou 6 notificações (0,2%), sendo a RS com menor quantidade de notificações de violência interpessoal contra pessoas LGBT no estado do Paraná. (Figura 1)

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO REGIONAIS DE SAÚDE - PARANÁ, BRASIL, 2015–2017

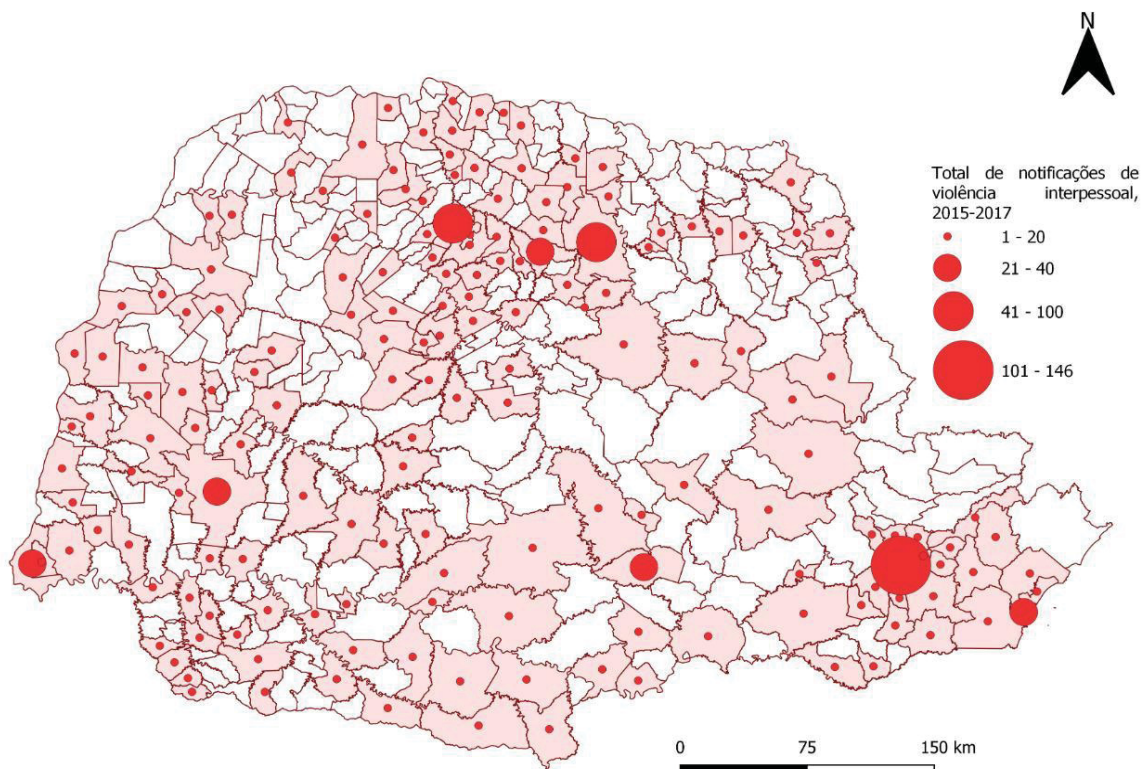


Fonte: SINAN/Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), compilado pelos autores, 2020.

No nível municipal do estado do Paraná, foram notificadas as violências interpessoais em pessoas LGBT em 171 municípios (42,8% do total de municípios do estado do Paraná). Os demais municípios não apresentaram nenhuma notificação. Destaca-se entre aqueles com maior número de notificações: a capital, Curitiba com 146 notificações (14,1%); Londrina com 94 notificações (9,1%); Maringá, com 76 notificações (7,3%); Cascavel, com 31 notificações (3,0%); Foz do Iguaçu, com 28

notificações (2,7%); Matinhos, com 25 notificações (2,4%); Apucarana, com 23 notificações (2,2%); Irati, com 23 notificações (2,2%); Castro, com 20 notificações (1,9%); São José dos Pinhais, com 20 notificações (1,9%). Os demais municípios que notificaram tiveram entre 1 e 19 notificações (Figura 2).

FIGURA 2- DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO MUNICÍPIOS - PARANÁ, BRASIL, 2015–2017.



Fonte: SINAN/Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), compilado pelos autores, 2021.

4.1.5 Discussão

O número crescente de notificações no período em análise sinaliza uma sensibilização de profissionais dos serviços de saúde sobre as questões de orientação sexual e identidade de gênero. Contudo, ainda há falhas nestas notificações que podem comprometer a análise da realidade da violência interpessoal em pessoas LGBT do estado Paraná.

Entre as principais lacunas, verifica-se alto número de notificações assinaladas como “não se aplica” na variável orientação sexual, demonstrando a dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer a orientação sexual. Apesar da opção não se aplica ser considerada como um dado válido, verifica-se que o mesmo não reflete a realidade, pois só é assinalado quando a vítima for criança, menor de 10 anos de idade, de acordo como o instrutivo VIVA (BRASIL, 2016a).

Para Lionço et al, (2009) a orientação sexual e a identidade de gênero são vertentes que podem constituir conceitos sem definição e, em consequência, o desconhecimento de profissionais da área da saúde, o que acarreta num déficit no que diz respeito à especificação da realidade de vida e saúde da população LGBT.

Um estudo sobre a implementação da PNSI LGBT no estado do Paraná, afirmou que situações de estigma são recorrentes e prejudicam o acesso e permanência dessas pessoas nos serviços do SUS, exacerbando até mesmo o receio da população LGBT em revelar sua orientação sexual para profissionais de saúde (Silva et al., 2020). Além disso, as dificuldades de acesso da população LGBT aos serviços de saúde decorrem especialmente de um modelo de assistência à saúde pautado na heteronormatividade e que questões relacionadas com a diversidade sexual e de gênero constituem importante barreira tanto para o acesso aos serviços quanto para o cuidado integral à saúde da população LGBT (BEZERRA et al., 2020).

Por isso a PNSI LGBT está estruturada em eixos que se organizam em torno de processos educacionais concernentes à população de um território e aos profissionais de saúde, a organização de novas práticas de saúde e a produção de conhecimentos (MOTTA, 2016). Pois, tem-se a necessidade de formação continuada pautada na promoção da humanização, da dignidade e do respeito ao nome social e às identidades de gênero para todos trabalhadores da saúde envolvidos no itinerário pela busca por atendimento em saúde (ROCON et al., 2017).

Adicionalmente há uma maior necessidade de diálogo e agregação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, para recomendar modificações nos currículos dos cursos da saúde, visando à formação de profissionais habilitados a trabalhar com o público LGBT (SILVA et al., 2020). Desta maneira o modelo biomédico hegemônico, os apelos mercadológicos se sobrepondo à Saúde Pública e a insistente compreensão da saúde como ausência de doença ainda predominam na formação de profissionais de saúde, nos processos de produção de tecnologias, saberes, intervenções profissionais e investimentos públicos em saúde (ALMEIDA; MURTA, 2013).

Conforme já evidenciado a nível nacional por Pinto et al., (2020), as violências interpessoais contra pessoas LGBT se deram em maior parte na faixa etária de 20 a 59 anos, demonstrando a necessidade de compreender ainda mais o fenômeno da violência nessa faixa etária dessa população. Apesar deste estudo ter encontrado um maior número de notificações entre pessoas autodeclaradas da cor branca, evidências a nível nacional e internacional sugerem que pessoas LGBT negras apresentam maior risco de vitimização de violência interpessoal (BALSAM et al., 2011; CASEY et al., 2019; CHARAK et al., 2019; HOTTON et al., 2019; MUELLER et al., 2015 E PINTO et al., 2020), pois experimentam além da LGBTfobia, discriminação, micro agressões e assédio baseado em sua identidade racial, o que pode aumentar a vulnerabilidade à violência interpessoal (BALSAM et al.,2011; CASEY et al.,2019).

Pessoas LGBT apresentam desafios diários de sobrevivência que incluem estigma e falta de proteção aos direitos humanos que contribuem para barreiras de acesso ao emprego, moradia, saúde, educação, o que coloca a população LGBT em situação de vulnerabilidade, principalmente a exposição à violência (HEREK; MCLEMORE, 2013; LOGIE et al., 2018). Entre estes fatores o achado mais evidente foi a escolaridade das pessoas LGBT que sofreram violência interpessoal, a qual predominou entre pessoas LGBT com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta, que refletem o processo de exclusão das pessoas LGBT no ambiente escolar. Desta maneira, Ribeiro (2020) afirma que a compreensão e amparo a estudantes LGBT no ambiente escolar é um desafio necessário, pois essas práticas podem contribuir para que estudantes LGBT se sintam incluídos neste ambiente. Esta situação de exclusão no ambiente escolar é ainda mais discrepante entre indivíduos com identidade trans, que tem níveis de suporte mais baixos, além de serem vítimas mais frequentemente de preconceito e rejeição devido a sua não adequação de gênero, trazendo consequências para o desempenho acadêmico dos estudantes transgêneros e não binários, além da insegurança no ambiente escolar (SOUZA et al., 2015).

As iniquidades vivenciadas pela população LGBT e que expõem esta população aos riscos da violência interpessoal têm sido relacionadas a teoria do estresse das minorias, pois o estigma sexual, juntamente com a exclusão social e familiar, coloca as minorias sexuais e de gênero em risco de uma ampla gama de resultados sociais e de saúde negativos (MEYER, 2015).

Também se verificou um número elevado de notificações de violência interpessoal contra pessoas LGBT do sexo feminino. Outra evidência foi de que tanto

as notificações, quanto a recorrência da violência interpessoal, foram mais frequentemente identificadas entre lésbicas e mulheres transexuais. Estes achados, vão ao encontro de estudos anteriores, os quais indicam que pessoas LGBT designadas com o sexo feminino ao nascer (MARTIN-STOREY, 2015; REUTER et al., 2017; WHITTON et al., 2019), mulheres transgêneros e pessoas trans com expressão de gênero não binária (RAHILL ET AL., 2020) apresentam risco maior para violência interpessoal.

Neste sentido, um estudo realizado no Haiti, por meio de grupo focal, demonstrou que a identidade e expressão de gênero fundem-se com papéis tradicionais baseados em gênero para perpetuar a violência sexual contra mulheres trans por homens heterossexuais cisgêneros e por homens trans contra mulheres heterossexuais (RAHILL et al., 2020). Também, o relatório da pesquisa Transgênero dos EUA de 2015, demonstrou que as pessoas trans e não binárias são mais vulneráveis à violência sexual, do que aquelas pessoas trans binárias (JAMES et al., 2016).

Em relação à expressão de gênero, este conceito ainda tem sido pouco explicitado nas políticas públicas para a população LGBT, como também no instrutivo VIVA, o que não permite analisar com mais precisão a exposição a violência interpessoal por pessoas que apresentam expressão de gênero não-binária. Segundo Ferlatte et al., (2019), é necessário que profissionais de saúde acomodem estas múltiplas dimensões de sexualidades para resolver as vulnerabilidades entre LGBT, pois o conhecimento das diversidades sexuais e os fatores que levam a população LGBT a serem vítimas da violência, devem ser alcançados ao nível dos serviços de saúde.

As notificações mais frequentes de violência sexual entre bissexuais, revelam a vulnerabilidade destas pessoas, as quais apresentam um alto índice de vitimização de violência interpessoal ao longo da vida (CHARAK et al., 2019; COSTON, 2019; EDWARDS; SYLASKA, 2013; MCLAUGHLIN et al., 2012). Aqueles que se identificam como bissexuais relatam taxas mais altas de vitimização física (MCLAUGHLIN et al., 2012), abuso sexual (WHITTON et al., 2019) e envolvimento em um relacionamento emocional, físico ou sexualmente abusivo (BLOSNIICH; BOSSARTE, 2012). Neste contexto, os estereótipos relacionados à bissexualidade como a hiperssexualização e a promiscuidade contribuem para a maior vitimização de violência sexual por estas pessoas (BOSTWICK; HEQUEMBOURG, 2014).

Nosso estudo demonstrou uma maior frequência de notificações de violência por parceiro íntimo (VPI) e como local de ocorrência a residência, em consonância com os estudos de Pinto et al. (2020). Além disto, os casos de VPI se deram em maior frequência entre mulheres transexuais e lésbicas.

Estes dados associados com a maior frequência de notificações de violência impetradas por pessoas do sexo masculino demonstram que o ambiente familiar é permeado pela cultura patriarcal, machista, transfóbica que mantém as mulheres cisgênero, transgênero e travesti estigmatizadas de inferioridade e submissão nas relações de gênero. Neste contexto o rechaço familiar e a pouca escolaridade (fator da exclusão escolar) impulsionam as travestis e transexuais femininas ao trabalho sexual nas ruas, o que as faz constituírem um grupo de alta vulnerabilidade à morte violenta e prematura no Brasil (ZABALA, 2020).

A invisibilidade das mulheres lésbicas e mulheres transexuais se faz presente dentro da rede de enfrentamento a violência doméstica, o que resulta na subnotificação de dados referentes a essas violências. Desta forma, há uma necessidade de capacitação continuada de profissionais da rede de enfrentamento à violência para atender mulheres dissidentes do padrão cis-heteronormativo, em especial no que se refere à mulheres trans e travestis, que são, por vezes, vítimas do descaso, humilhações e outras violências institucionais (MONTANHER et al., 2020).

Identificamos que o maior número de notificações de violência contra travestis foi em via pública e com destaque de frequente notificações de violência física, o que evidencia a realidade de vida das travestis no Brasil. De acordo com o Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020 (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021), o principal local em que essas mulheres trans/travestis sofreram atentados contra sua vida foi na rua, e que 72% dos autores foram seus clientes. O trabalho sexual ainda é uma realidade para a maioria das mulheres trans/travestis no Brasil, tornando-se uma opção de subsistência exclusiva para esta comunidade.

Estudos têm mostrado que a homofobia internalizada entre casais homossexuais se torna um grande fator também para as violências por parceiro íntimo, pois situações em que estas pessoas enfrentam baixa autoestima ou inadequação sexual, faz com que a violência seja manifestada sobre seu parceiro (SOUZA et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2015)

As violências por parceiros íntimos e familiares entre gays expõem o grau de preconceito, discriminação e estigmas decorrentes da orientação sexual e/ou expressões de gênero dissidentes da heteronormatividade e de modelos tradicionais de masculinidade (FERRARI et al., 2021). Além disso, conforme evidenciado em nosso estudo, gays enfrentam a violência comunitária, perpetradas muitas das vezes por pessoas desconhecidas em seu convívio social, na disputa por seus espaços, onde homens heterossexuais manifestam a violência como expressão da homofobia e da heteronormatividade (ALMEIDA NETO, 2003).

De acordo com a distribuição espacial, verifica-se que a distribuição das notificações por regionais de saúde se concentrou em maior frequência em regiões mais populosas. Desta forma também os municípios que predominaram as notificações se tratam de municípios mais populosos. Entre estes a capital do estado e a sua região metropolitana. Também as cidades maiores, localizadas nas regiões norte como Londrina, Noroeste (Maringá); Oeste (Cascavel) e Centro Sul (Guarapuava) têm uma maior concentração de cidades em seu entorno com população entre 50.000 e 100.000 habitantes (MONTEIRO, 2016).

Assim, o maior número de notificações de violência interpessoais em regionais e municípios mais populosos e desenvolvidos economicamente possam se dar devido à migração de LGBT para as grandes cidades. Segundo Teixeira et.al (2015), a migração para as grandes cidades também seria importante na formação de uma comunidade LGBT e na formação de distintos campos sexuais. Este fenômeno indica que a orientação sexual estaria implicada nos movimentos migratórios em diversos níveis e sobre os quais agem forças variadas, entre econômicas e midiáticas (PARKER, 1999). Em contrapartida, teve destaque nas notificações o município de Matinhos com população em torno de 35 mil habitantes, no litoral do estado, sugerindo que ou pode ter uma grande concentração da população LGBT, por se tratar de uma região litorânea, ou possui profissionais mais capacitados na notificação de violência contra LGBT.

Além disso, municípios menores podem não apresentar serviços de saúde adequados aos atendimentos relacionados às complicações geradas pela violência interpessoal, especialmente casos mais graves de violência física, sendo o atendimento feito em outro município maior e com melhor estrutura hospitalar.

Neste sentido, a compreensão da distribuição espacial das notificações de violências interpessoais, são essenciais para promover a análise de como tem sido

implementada a estratégia de notificações de violência interpessoais em LGBT nos diversos locais do estado do Paraná, bem como subsidiar estratégias de capacitação constante sobre a PNSI LGBT nos municípios e regiões. Assim, se torna necessário mais ações no âmbito da gestão com a sensibilização de gestores municipais, estaduais de saúde, afim de organizar estratégias para que a PNSI LGBT consiga se regionalizar e interiorizar (LAURENTINO, 2015).

É necessário que os profissionais da saúde tenham maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGBT para a qualificação dos serviços prestados pelas diversas áreas (ALBUQUERQUE et al., 2013). Ainda mais que poderemos garantir a humanização dos serviços de saúde através da gestão participativa onde representantes da população LGBT e profissionais de saúde podem exercer o controle social das ações desenvolvidas pelos aparelhos do Estado (FORTES, 2004).

4.1.6 Conclusão

As principais limitações nos dados, como preenchimento inadequado nos campos orientação sexual e identidade de gênero podem gerar subnotificação e comprometer a análise da realidade de vida e saúde da população LGBT. Contudo, apesar destas limitações, as notificações de violência contra LGBT no estado do Paraná têm revelado a vulnerabilidade das pessoas LGBT frente a violência interpessoal, principalmente em travestis e transexuais, que apresentaram realidades ainda mais discrepantes, marcadas pela exclusão social e escolar. Neste período de 2015 a 2017, as violências relacionadas as questões de gênero foram evidenciadas, entre os quais destacaram-se as notificações de violências contra lésbicas e mulheres transexuais, perpetrada por parceiros íntimos e familiares.

A distribuição espacial das notificações de violência interpessoal a nível regional e municipal evidenciou a influência populacional e econômica, como condicionante para o aumento da frequência de notificações de violências interpessoais. Desta forma, este estudo contribui para revelar a necessidade de subsidiar estratégias de capacitação constante dos profissionais de saúde sobre a PNSI LGBT nos municípios e regiões, levando em consideração suas características econômicas e sociais. Portanto, se torna necessário mais estudos relacionados ao modo de vida dos LGBT a nível regional e municipal no estado, afim de identificar os

principais fatores de vulnerabilidade e aspectos relacionados às violências interpessoais em LGBT nas diversas localidades do estado. Recomenda-se também estudo do impacto econômico desse agravo no estado do Paraná.

Neste sentido, a implementação da PNSI LGBT deve ser encarada como prioridade nas políticas do estado do Paraná, garantindo que seus eixos educacionais em torno da população de um território e aos profissionais de saúde, favoreçam a organização de novas práticas de saúde e a produção de conhecimentos. Assim, práticas constantes de vigilância em saúde das notificações de violências com base no reconhecimento das vulnerabilidades baseada na orientação sexual e na identidade de gênero, se tornam essenciais para subsidiar as ações de vigilância e monitoramento da violência na população LGBT do estado do Paraná

4.2 ARTIGO 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) DO ESTADO DO PARANÁ DE 2015 A 2017

4.2.1 Resumo

A inclusão de informações como orientação sexual, identidade gênero e o nome social na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) tem possibilitado identificar e monitorar os casos de violência sofridos pela população LGBT. Assim, foi caracterizada a violência autoprovocada em pessoas LGBT, no Paraná, de 2015 a 2017, por meio de um estudo descritivo e ecológico das notificações registradas no SINAN. Foram notificados 537 casos em pessoas autodeclaradas brancas (74,5%), com ensino fundamental incompleto (22,6%), com transtorno mental associado (55,3%). O meio de agressão mais notificado foi o envenenamento ou intoxicação (64,6%) e 42,8% eram casos recorrentes. Parte significativa das notificações se deram na 2ª Regional de Saúde – Metropolitana (33,3%), em especial no município de Curitiba (14%). Apesar das limitações na qualidade dos dados, este estudo se mostra essencial para fomentar as ações de monitoramento e vigilância da violência na população LGBT.

PALAVRAS-CHAVE: Minorias sexuais e de gênero; Tentativa de suicídio. Automutilação; Sistemas de Informação em Saúde.

4.2.2 Introdução

As mudanças estruturais ocorridas nas últimas décadas no setor Saúde exigiram uma busca por novos modelos assistenciais, tecnológicos e de informação, capazes de atender às normas e regulamentos definidos para o SUS (Sistema Único de Saúde), e de dar respostas às exigências da população, por sistemas de saúde informatizados que oferecem informações sistematizadas e oportunas sobre as condições de saúde (LAGUARDIA et al., 2004; MORAES et al., 2001).

Destaca-se, neste contexto, a implantação do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) em 2006, permitindo assim o monitoramento e notificação da violência interpessoal e autoprovocada. Neste sentido, em 2009 o Ministério da Saúde integrou a Ficha Individual de Notificação (FIN) de Violência Interpessoal e Autoprovocada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tendo o instrutivo VIVA como orientação para a notificação compulsória de casos de violências identificados nos serviços de saúde (BRASIL, 2016a). Essa passa a ser, portanto, um dispositivo tecnológico de identificação, quantificação e sistematização dos casos de violências identificados por profissionais de saúde no

âmbito do SUS. As informações locais (municípios) são remetidas ao estado, que por sua vez são encaminhadas ao Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde), tabulando e disponibilizando as informações por meio da plataforma de acesso público DATASUS (Departamento de Informática do SUS).

No intento de quantificar e dar visibilidade à violência vivida pela população LGBT, foi incluído em 2014 na Ficha Individual de Notificação (FIN) de Violência do SINAN os campos nome social, identidade de gênero, orientação sexual, além do campo para preenchimento de motivação da violência, que passou a incluir a LGBTfobia (homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia) (BRASIL, 2016a). Esta conquista é fruto de um contexto sócio histórico e político da luta do Movimento LGBT, do qual destaca-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007, que atribuiu ao Ministério da Saúde a responsabilidade de incluir os quesitos orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação do SUS (PINTO et al., 2020). Logo depois no ano de 2011, foi instituída no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT (PNSI LGBT) (BRASIL, 2013a), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2009, a qual apresenta esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à LGBTfobia e a discriminação nas instituições e serviços do SUS (SENA et al., 2017).

É nessa trajetória de luta e atuação política que o movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) está inserido, na busca de formas de resistência à homofobia e a heteronormatividade construídas historicamente em nossa sociedade (PEREIRA; SANTOS 2016). Neste sentido, a homofobia abrange aspectos referentes a dimensão afetiva, ou seja, a rejeição às homossexualidades, e as dimensões culturais e cognitivas, nas quais além da rejeição pura e simples, há a falta de tolerância a quaisquer ações políticas que garantam direito e igualdade a esta população (LIONÇO et al., 2009). Na atualidade, o termo foi expandido para LGBTfobia, como reivindicação do Movimento LGBT, caracterizado como o preconceito e a discriminação ocorrida em virtude da orientação sexual ou da identidade de gênero (GUIMARÃES et al., 2017). Já a heteronormatividade é compreendida como aquilo que é tomado como parâmetro de normalidade em relação à sexualidade, para designar como norma e como normal a atração e/ou o comportamento sexual entre indivíduos de sexos diferentes (PETRY; MEYER, 2011).

A população LGBT, devido à não adequação do seu modo de ser e viver ao padrão cis-heteronormativo, tem seus direitos humanos básicos agredidos. Realidade essa que, atrelada à LGBTfobia, tem levado o segmento LGBT a tornar-se refém da expressão de violência, e que se apresenta socialmente das mais diferentes formas (LIMA; SOUZA; DANTAS, 2016). Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde reconhece que a identificação sexual e de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão, do qual derivam os fatores de vulnerabilidade, tais como “a violação do direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (BRASIL, 2008).

Evidências sinalizam que a violência autoinflingida ou autoprovocada, caracterizada por comportamentos suicidas e automutilação (KRUG et al., 2002), têm taxas elevadas em LGBTs em comparação com as pessoas heterossexuais (HAAS et al., 2010; MCDERMOTT et al., 2018). Pessoas trans, cuja identidade e/ou expressão de gênero diferem do sexo que lhes foi atribuído no nascimento, têm um risco de suicídio elevado em comparação com a população em geral (BAUER et al., 2013; GOOREN et al., 2011; ZELUF et al., 2018). Isso se dá principalmente pelo fato de indivíduos LGBT apresentarem um maior risco de depressão e perturbações da ansiedade (GOMES et al., 2020; KELLEHER, 2009). Essas disparidades são geralmente atribuídas ao estresse das minorias, compreendido como o processo pelo qual o estigma direcionado às minorias sexuais influencia os resultados da saúde (HEREK et al., 2009; JOHNS et al., 2017; MEYER et al., 2013).

Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil de violência autoprovocada na população LGBT registradas no SINAN, no estado do Paraná, durante os anos de 2015 a 2017, a fim de subsidiar as ações de vigilância e monitoramento da violência na população LGBT.

4.2.3 Material e métodos

No intuito de analisar a violência autoprovocada em pessoas LGBT no estado do Paraná foi realizado estudo epidemiológico descritivo e ecológico, envolvendo levantamento de informações em base de dados da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR)/Vigilância Epidemiológica do Estado do Paraná. Os dados compreenderam as notificações registradas pelos serviços de saúde no Sistema

Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), no estado do Paraná no período de 2015 a 2017, de acordo com as alterações realizadas a partir de outubro de 2014. As fichas selecionadas foram aquelas qualificadas como casos de lesão autoprovocada e cuja orientação sexual era de pessoas homossexuais (gays e lésbicas) e bissexuais. Além disso, foram adicionadas a análise as notificações com a identidade de gênero assinalada como travesti, mulher transexual ou homem transexual, sendo incluídos indivíduos heterossexuais desde que sua identidade de gênero seja transexual ou travesti. Posteriormente, para a organização das tabelas, as variáveis orientação sexual e identidade de gênero foram reorganizadas em uma única variável, sendo reclassificados em indivíduos cisgêneros LGB (lésbicas, gays e bissexuais), travestis, mulher trans e homem trans. Efetuou-se a descrição das notificações conforme as características das pessoas em situação de violência (faixa etária, raça/cor, deficiência/transtorno, escolaridade) e as características das violências (meios de agressão). Adicionalmente, foi realizado o mapeamento da distribuição espacial das notificações de violência autoprovocada por regional de Saúde do Estado do Paraná e por municípios.

Alguns campos da ficha de notificação são de múltipla escolha, enquanto outros campos são abertos e permitem uma breve descrição por parte de quem está preenchendo. Em alguns casos o profissional de saúde acaba deixando de colocar a opção correspondente nos campos de múltipla escolha e descrevendo em campo aberto, que se refere a opção “outra” da determinada variável. Assim, alguns dados que estavam descritos em campo aberto, foram organizados nas suas opções correspondentes, tal como as variáveis “tipo de deficiência/transtorno” que teve 17 fichas organizadas e “meio de agressão” em 36 fichas.

Para a caracterização das tentativas de suicídio foram utilizadas as variáveis com campo aberto “tipo de violência: outros” e as “observações adicionais” descritas no final da ficha de notificação, conforme orientações do Instrutivo VIVA. Como se tratavam de campo aberto e com limitações na identificação das tentativas de suicídio, categorizamos as descrições abertas em: “tentativa de suicídio” (quando as descrições sugeriam as palavras tentativa de suicídio, ideação suicida ou desejo de morrer); “provável tentativa de suicídio” (quando a descrição do caso sugeria o meio de agressão com lesão característica de tentativa de suicídio, mas que não sugeriam as palavras tentativa de suicídio, ideação suicida ou desejo de morrer); “não houve tentativa de suicídio” (quando a descrição caracterizava lesão ou condições do

paciente com características não suicida) e “não especificado” (quando não havia descrição da lesão, condições do paciente ou/e não preenchimento do campo). Os dados foram organizados e analisados no software IBM® SPSS® Statistics 26.0. Os mapas foram elaborados no software QGIS® versão 3.12.1.

Para a análise da completude dos dados foi estabelecido o grau de preenchimento das variáveis conforme valores válidos e não válidos (campo do dado ignorado, sem preenchimento ou vazio). O atributo foi assim classificado: excelente (90% ou mais dos registros em conformidade), bom (70 a 89% dos registros preenchidos), regular (50 a 69% dos registros preenchidos) ou ruim (0 a 49% dos registros preenchidos, conforme já descrito na literatura (SILVA et al., 2018).

Como o estudo empregou informações de domínio da Vigilância Epidemiológica/SESA-PR, com informações agregadas e sem possibilidade de identificação individual, utilizou-se o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR nº 2.786.173, para a obtenção dos dados.

4.2.4 Resultados

De acordo com os dados do SINAN entre 2015 e 2017 foram realizadas 16.611 notificações de casos de violência autoprovocada no estado do Paraná, independente de gênero ou orientação sexual. A completude dos dados de orientação sexual e identidade de gênero foram atribuídos como bom, com 73,42% dos dados válidos para orientação sexual e 83,3% dos dados válidos para identidade de gênero. Além disso, a opção não se aplica na variável orientação sexual, representou 9,77% (n=1.624) das notificações entre pessoas maiores de 10 anos de idade, indicando que falta maior compreensão deste campo conforme o instrutivo VIVA. Foram notificados 9.775 casos de violência autoprovocada assinaladas como pessoas heterossexuais e outros 537 casos foram notificados como pessoas LGBT. Ao longo do período analisado, foram 103 notificações (19,18%) em 2015, 134 notificações (24,9%) em 2016 e 300 notificações (55,78%) em 2017, o que representa um aumento gradual a cada ano no número de registros. Do total, foram 181 notificações (33,7%) em lésbicas, 134 notificações (24,9%) em gays, 56 notificações (10,4%) em bissexuais, 27 notificações (5,03%) em travestis, 102 notificações (18,99%) em mulheres

transexuais, e 37 notificações (6,89%) em homens transexuais (tabela 1). A orientação sexual heterossexual foi predominante entre o grupo transexual, sendo 55 notificações (53,9%) em mulheres transexuais e 22 notificações (59,5%) entre homens transexuais, já para travestis predominou a orientação sexual homossexual (lésbica/gay) com 14 notificações (51,9%).

Levando em consideração as características predominantes das pessoas que sofreram violência autoprovocada, constatou-se a faixa etária de 20 a 29 anos, com 179 notificações (33,3%); o sexo feminino, com 319 notificações (59,4%); a raça/cor branca, com 400 notificações (74,5%); e a escolaridade ensino fundamental incompleto, com 121 notificações (22,6%). Contudo, 126 notificações que correspondem a 23,5% dos dados de escolaridade, foram não preenchidos ou ignorados. Dos LGBT que sofreram violência autoprovocada, 136 notificações (25,3%) apresentavam um ou mais tipo de deficiência ou transtorno, sendo predominante o transtorno mental para 88 casos (55,3%) (tabela 1).

TABELA 3 – CARACTERÍSTICAS DE PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN), SEGUNDO ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO, PARANÁ, 2015–2017.

| | Orientação sexual/Identidade de gênero | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|------|-----|------|-----------|------|----------|------|---------------|------|--------------|------|-------|------|
| | Lésbica | | Gay | | Bissexual | | Travesti | | Mulher trans. | | Homem trans. | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| | 181 | 33,7 | 134 | 25,0 | 56 | 10,4 | 27 | 5 | 102 | 19 | 37 | 6,9 | 537 | 100 |
| Faixa Etária | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 a 14 anos | 11 | 6,1 | 3 | 2,2 | 10 | 17,9 | 0 | 0 | 8 | 7,8 | 3 | 8,1 | 35 | 6,5 |
| 15 a 19 anos | 65 | 35,9 | 30 | 22,4 | 23 | 41,1 | 6 | 22,2 | 24 | 23,5 | 6 | 16,2 | 154 | 28,7 |
| 20 a 29 anos | 66 | 36,5 | 51 | 38,1 | 15 | 26,8 | 12 | 44,4 | 24 | 23,5 | 11 | 29,7 | 179 | 33,3 |
| 30 a 59 anos | 36 | 19,9 | 46 | 34,3 | 7 | 12,5 | 8 | 29,6 | 45 | 44,1 | 14 | 37,8 | 156 | 29,1 |
| 60 anos ou mais | 3 | 1,7 | 4 | 3,0 | 1 | 1,8 | 1 | 3,7 | 1 | 1,0 | 3 | 8,1 | 13 | 2,4 |
| Total | 181 | 100 | 134 | 100 | 56 | 100 | 27 | 100 | 102 | 100 | 37 | 100 | 537 | 100 |
| Sexo | | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 0 | 0 | 134 | 100 | 14 | 25,0 | 27 | 100 | 15 | 14,7 | 28 | 75,7 | 218 | 40,6 |
| Feminino | 181 | 100 | 0 | 0 | 42 | 75,0 | 0 | 0 | 87 | 85,3 | 9 | 24,3 | 319 | 59,4 |
| Ignorado/Não preenchido | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 181 | 100 | 134 | 100 | 56 | 100 | 27 | 100 | 102 | 100 | 37 | 100 | 537 | 100 |
| Raça/Cor | | | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 137 | 75,7 | 97 | 72,4 | 44 | 78,6 | 19 | 70,4 | 73 | 71,6 | 30 | 81,1 | 400 | 74,5 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| Preta | 6 | 3,3 | 3 | 2,2 | 3 | 5,4 | 2 | 7,4 | 5 | 4,9 | 0 | 0 | 19 | 3,5 |
| Amarela | 1 | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3,7 | 1 | 1,0 | 0 | 0 | 3 | 0,6 |
| Parda | 32 | 17,7 | 27 | 20,1 | 9 | 16,1 | 5 | 18,5 | 21 | 20,6 | 5 | 13,5 | 99 | 18,4 |
| Indígena | 1 | 0,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,0 | 0 | 0 | 2 | 0,4 |
| Ignorado/Não preenchido | 4 | 2,2 | 7 | 5,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,0 | 2 | 5,4 | 14 | 2,6 |
| Total | 181 | 100 | 134 | 100 | 56 | 100 | 27 | 100 | 102 | 100 | 37 | 100 | 537 | 100 |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | | | |
| Ensino Fundamental incompleto | 35 | 19,4 | 21 | 15,7 | 16 | 28,6 | 12 | 44,4 | 28 | 27,4 | 9 | 24,3 | 121 | 22,6 |
| Ensino fundamental completo | 10 | 5,5 | 7 | 5,2 | 6 | 10,7 | 0 | 0,0 | 9 | 8,8 | 3 | 8,1 | 35 | 6,5 |
| Ensino médio incompleto | 37 | 20,4 | 25 | 18,7 | 14 | 25,0 | 6 | 22,2 | 19 | 18,6 | 5 | 13,5 | 106 | 19,7 |
| Ensino médio completo | 35 | 19,3 | 16 | 11,9 | 3 | 5,4 | 4 | 14,8 | 14 | 13,7 | 8 | 21,6 | 80 | 14,9 |
| Educação superior incompleta | 16 | 8,8 | 13 | 9,7 | 8 | 14,3 | 1 | 3,7 | 4 | 3,9 | 1 | 2,7 | 43 | 8,0 |
| Educação superior completa | 5 | 2,8 | 14 | 10,4 | 1 | 1,8 | 2 | 7,4 | 3 | 2,9 | 1 | 2,7 | 26 | 4,8 |
| Ignorado/Não preenchido | 43 | 23,8 | 38 | 28,4 | 8 | 14,3 | 2 | 7,4 | 25 | 24,5 | 10 | 27,0 | 126 | 23,5 |
| Total | 181 | 100 | 134 | 100 | 56 | 100 | 27 | 100 | 102 | 100 | 37 | 100 | 537 | 100 |
| Deficiência/Transtorno | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 44 | 24,3 | 36 | 26,9 | 20 | 35,7 | 5 | 18,5 | 18 | 17,6 | 13 | 35,1 | 136 | 25,3 |
| Não | 129 | 71,3 | 86 | 64,2 | 34 | 60,7 | 21 | 77,8 | 78 | 76,5 | 22 | 59,5 | 370 | 68,9 |
| Ignorado | 8 | 4,4 | 12 | 9,0 | 2 | 3,6 | 1 | 3,7 | 6 | 5,9 | 2 | 5,4 | 31 | 5,8 |
| Total | 181 | 100 | 134 | 100 | 56 | 100 | 27 | 100 | 102 | 100 | 37 | 100 | 537 | 100 |
| Tipo de deficiência/transtorno | | | | | | | | | | | | | | |
| Deficiência física | 0 | 0,0 | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 1 | 0,6 |
| Deficiência intelectual | 2 | 4,3 | 2 | 4,8 | 1 | 4,5 | 0 | 0,0 | 3 | 14,3 | 4 | 19,0 | 12 | 7,5 |
| Deficiência visual | 0 | 0,0 | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 4,8 | 2 | 1,3 |
| Deficiência auditiva | 1 | 2,1 | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 4,8 | 3 | 1,9 |
| Transtorno mental | 31 | 66 | 21 | 50,0 | 14 | 63,6 | 5 | 83,3 | 9 | 42,9 | 8 | 38,1 | 88 | 55,3 |
| Transtorno de comportamento | 12 | 25,5 | 15 | 35,7 | 6 | 27,3 | 1 | 16,7 | 8 | 38,1 | 6 | 28,6 | 48 | 30,2 |
| Outras | 1 | 2,1 | 1 | 2,4 | 1 | 4,5 | 0 | 0,0 | 1 | 4,8 | 1 | 4,8 | 5 | 3,1 |
| Total | 47 | 100 | 42 | 100 | 22 | 100 | 6 | 100 | 21 | 100 | 21 | 100 | 159 | 100 |

Fonte: SINAN/Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), compilado pelos autores, 2020.

A variável meio de agressão teve maior registro com casos de envenenamento e intoxicação totalizando 359 fichas (64,6%), seguido da violência autoprovocada por objeto perfurocortante com 98 notificações (17,6%), ambos foram predominantes em todos os grupos analisados. Destes casos, 230 notificações (42,8%) referiam-se a casos recorrentes de violência autoprovocada, ou seja, não foi

a primeira notificação no SINAN do episódio de violência autoprovocada, sendo predominante entre os bissexuais com 34 notificações (60,7%) (tabela 2).

Apesar da variável com campo aberto “tipo de violência: outros”, apresentar a notificação de tentativa de suicídio, verificou-se que a mesma não era preenchida adequadamente, pois as descrições no campo aberto “observações adicionais” apresentavam informações de tentativas de suicídio que não estavam preenchidas no campo aberto “tipo de violência: outros”. Assim, analisando essas duas variáveis obtivemos os seguintes dados: 252 notificações (46,9%) caracterizavam a tentativa de suicídio, 53 notificações (9,9%) provável tentativa de suicídio, 19 notificações (3,5%) não houve tentativa de suicídio, e 213 notificações, que correspondem a 39,7% dos campos, não foram preenchidos ou não foram especificadas características que permitissem identificar a tentativa de suicídio (quadro 1).

TABELA 4 - CARACTERÍSTICAS DAS VIOLÊNCIAS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO, PARANÁ, 2015–2017.

| | Orientação sexual/identidade de gênero | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|------|-----|------|-----------|------|----------|------|--------------|------|-------------|------|-------|------|
| | Lésbica | | Gay | | Bissexual | | Travesti | | Mulher trans | | Homem trans | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| | 181 | 33,7 | 134 | 25,0 | 56 | 10,4 | 27 | 5,0 | 102 | 19,0 | 37 | 6,9 | 537 | 100 |
| Meio de Agressão | | | | | | | | | | | | | | |
| Força corporal/espancamento | 4 | 2,2 | 9 | 6,5 | 4 | 6,5 | 2 | 7,4 | 5 | 4,7 | 3 | 7,7 | 27 | 4,9 |
| Enforcamento | 7 | 3,8 | 13 | 9,4 | 5 | 8,1 | 1 | 3,7 | 3 | 2,8 | 1 | 2,6 | 30 | 5,4 |
| Objeto contundente | 4 | 2,2 | 3 | 2,2 | 2 | 3,2 | 0 | 0,0 | 2 | 1,9 | 1 | 2,6 | 12 | 2,2 |
| Objeto perfurocortante | 34 | 18,5 | 19 | 13,7 | 15 | 24,2 | 4 | 14,8 | 20 | 18,9 | 6 | 15,4 | 98 | 17,6 |
| Substância/objeto quente | 1 | 0,5 | 1 | 0,7 | 1 | 1,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 3 | 0,5 |
| Envenenamento/intoxicação | 127 | 69,0 | 86 | 61,9 | 32 | 51,6 | 17 | 63,0 | 71 | 67,0 | 26 | 66,7 | 359 | 64,6 |
| Arma de fogo | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,6 | 1 | 0,2 |
| Ameaça | 2 | 1,1 | 3 | 2,2 | 2 | 3,2 | 0 | 0,0 | 2 | 1,9 | 1 | 2,6 | 10 | 1,8 |
| Atropelamento | 2 | 1,1 | 3 | 2,2 | 1 | 1,6 | 2 | 7,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 8 | 1,4 |
| Precipitação de local elevado | 2 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 1,9 | 0 | 0 | 4 | 0,7 |
| Não especificado | 1 | 0,5 | 2 | 1,4 | 0 | 0,0 | 1 | 3,7 | 1 | 0,9 | 0 | 0 | 4 | 0,7 |
| Total | 184 | 100 | 139 | 100 | 62 | 100 | 27 | 100 | 106 | 100 | 39 | 100 | 556 | 100 |
| Recorrência da violência | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 80,0 | 44,2 | 48 | 35,8 | 34 | 60,7 | 11 | 40,7 | 43 | 42,2 | 14,0 | 37,8 | 230 | 42,8 |
| Não | 87,0 | 48,1 | 72 | 53,7 | 18 | 32,1 | 15 | 55,6 | 49 | 48,0 | 21,0 | 56,8 | 262 | 48,8 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| Ignorado | 14,0 | 7,7 | 14 | 10,4 | 4 | 7,1 | 1 | 3,7 | 10 | 9,8 | 2,0 | 5,4 | 45 | 8,4 |
| Total | 181,0 | 100 | 134 | 100 | 56 | 100 | 27 | 100 | 102 | 100 | 37,0 | 100 | 537 | 100 |

Fonte: SINAN/Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), compilado pelos autores, 2020.

QUADRO 1 - EXEMPLOS DE CATEGORIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT) EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) COM BASE NO CAMPO “OBSERVAÇÕES ADICIONAIS”, PARANÁ – 2015-2017.

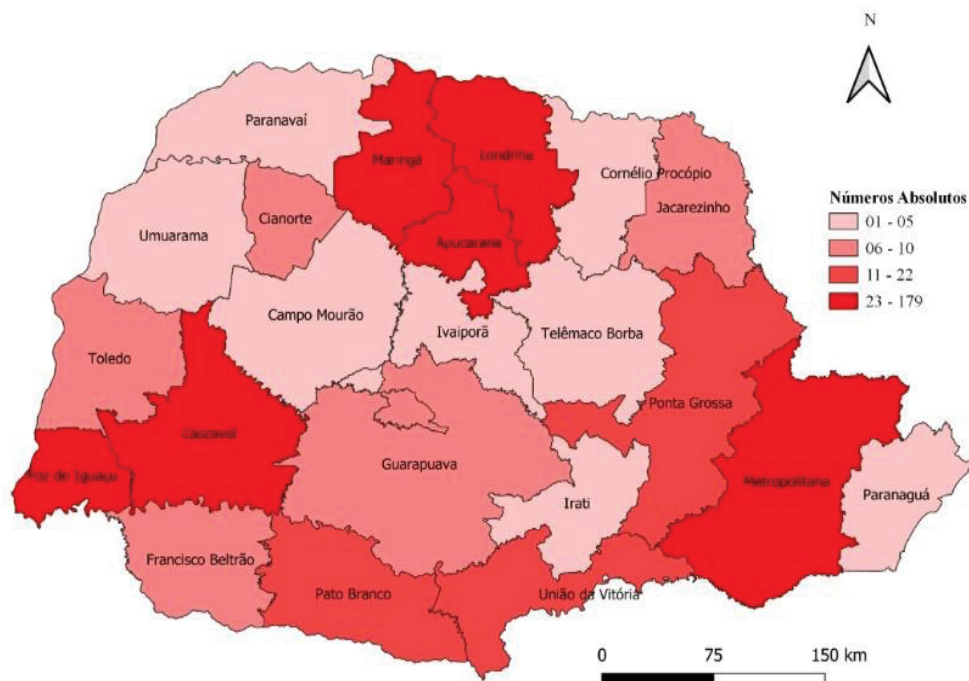
| CARACTERÍSTICA DO CASO | OBSERVAÇÕES ADICIONAIS |
|--|---|
| Tentativa de suicídio | |
| Pessoa do sexo masculino, 16 anos, cor branca, homossexual gay, cisgênero, sem presença de transtorno. | OBS: Relata ter preferência por meninos e não se sente um homem. A mãe não aceita sua “opção” sexual, proíbe tratamento psicológico por achar que irão influenciá-lo. Tentou suicidar-se com remédios e objetos cortantes, com intenção de acabar com o sofrimento. |
| Provável tentativa de suicídio | |
| Pessoa do sexo masculino, 31 anos, cor branca, heterossexual, homem transexual, sem presença de transtorno. | OBS: Paciente usuário de álcool e cocaína há cerca de 20 anos. Atualmente enfrenta problemas familiares com a separação e ingestão de veneno. |
| Não houve tentativa de suicídio | |
| Pessoa do sexo feminino, 36 anos, cor parda, homossexual lésbica, cisgênero, sem presença de transtorno. | OBS: Paciente relata que bebeu uma lata de cerveja antes, e acabou discutindo com a ex-companheira, onde ficou muito nervosa e deu socos no vidro. Nunca aconteceu antes. |

Fonte: SINAN/Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), compilado pelos autores, 2020.

De um total de 22 regionais de saúde que compõem o estado do Paraná, apresentaram maior número de casos de violência autoprovocada em LGBT de 2015 a 2017, a 2ª Regional de Saúde - Metropolitana que compreende Curitiba e os municípios da região metropolitana com 179 notificações (33,3%); a 15ª Regional de Saúde – Maringá, com 93 notificações (17,3%); a 10ª Regional de Saúde – Cascavel, com 61 notificações (11,4%); a 17ª Regional de Saúde – Londrina, com 45 notificações (8,4%); a 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu, com 27 notificações (5,0%); e a 16ª Regional de Saúde – Apucarana, com 23 notificações (4,3%). Também tiveram um

número expressivo de notificações a 7ª Regional de Saúde - Pato Branco, com 19 notificações (3,5%); a 6ª Regional de Saúde - União da Vitória, com 12 notificações (2,2%); a 3ª Regional de Saúde - Ponta Grossa, com 11 notificações (2,0%); a 5ª Regional de Saúde – Guarapuava, com 9 notificações (1,7%); a 20ª Regional de Saúde – Toledo, com 9 notificações (1,7%); a 8ª Regional de Saúde - Francisco Beltrão, com 8 notificações (1,5%); e a 19ª Regional de Saúde – Jacarezinho, com 8 notificações (1,5%). As demais regionais de saúde tiveram entre 1 e 5 notificações com destaque a 1ª Regional de Saúde – Paranaguá e a 22ª Regional de Saúde- Ivaiporã, que tiveram apenas 1 notificação (0,2%) cada uma, sendo as regionais de saúde com menor quantidade de notificações de violência autoprovocada em pessoas LGBT no SINAN. (figura 3)

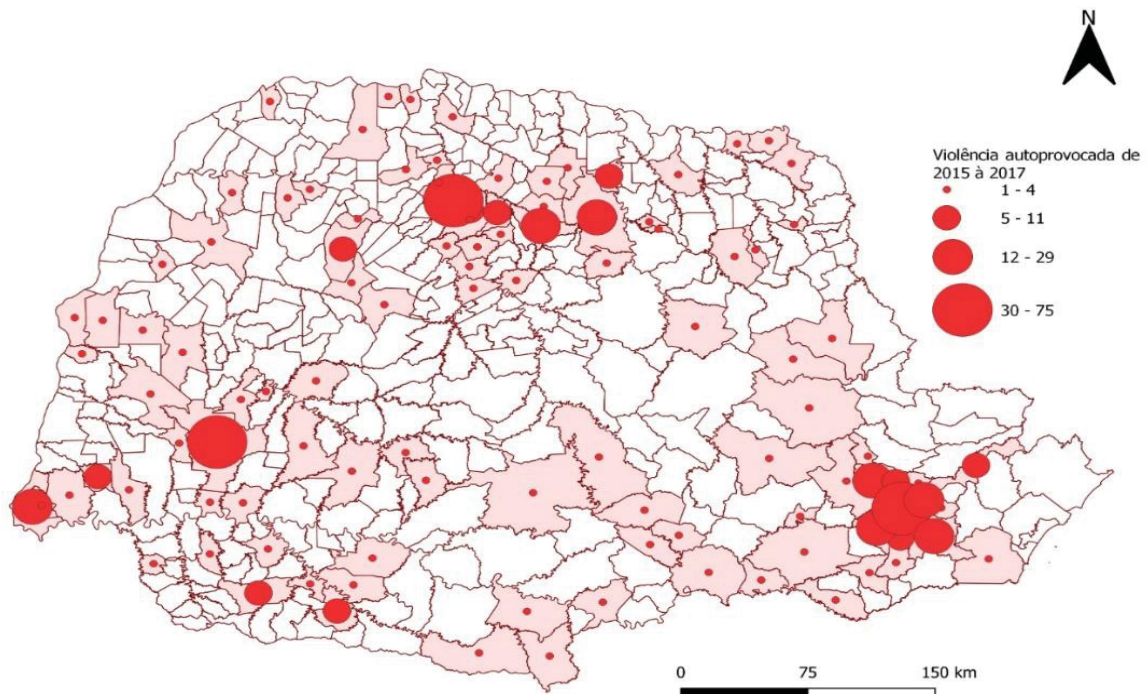
FIGURA 3- DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO REGIONAIS DE SAÚDE - PARANÁ, BRASIL, 2015–2017.



Fonte: SINAN/Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), compilado pelos autores, 2020.

No nível municipal do estado do Paraná, foram notificadas as violências autoprovocadas em pessoas LGBT em 108 municípios (27,06% do total de municípios). Os demais municípios não apresentaram nenhuma notificação. Destaca-se entre aqueles com maior número de notificações: a capital, Curitiba com 75 notificações (14%); Maringá, no noroeste do estado com 64 notificações (11,9%); Cascavel, no oeste do estado, com 53 notificações (9,9%); Londrina, no norte do estado, com 29 notificações (5,4%); Araucária, na região metropolitana de Curitiba (RMC), com 20 notificações (3,7%); Foz do Iguaçu, na fronteira, com 16 notificações (3,0%); Pinhais, na RMC, com 15 notificações (2,8%); São José dos Pinhais, na RMC, com 15 notificações (2,8%); Apucarana, na região metropolitana de Londrina (RML), com 13 notificações (2,4%); Campo Largo, na RMC, com 13 notificações (2,4%); Fazenda Rio Grande, na RMC, com 11 notificações (2,0%); Pato Branco, no sudoeste do estado, com 10 notificações (1,9%); Ibiporã, na RML, com 9 notificações (1,7%); Campina Grande do Sul, na RMC, com 8 notificações (1,5%); Sarandi, na região metropolitana de Maringá (RMC), com 8 notificações (1,5%); Mandaguari, na RMC, com 6 notificações (1,1%); Medianeira, no oeste do estado, com 6 notificações (1,1%); Cianorte, no noroeste do estado, com 5 notificações (0,9%) e Francisco Beltrão com 5 notificações (0,9%). Os demais municípios que notificaram tiveram entre 1 e 4 notificações (figura 4)

FIGURA 4 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS NOTIFICADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NA POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (LGBT), SEGUNDO MUNICÍPIOS - PARANÁ, BRASIL, 2015–2017.



Fonte: SINAN/Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná (SESA-PR), compilado pelos autores, 2020.

4.2.5 Discussões

Notou-se um aumento das notificações de violência autoprovocada em pessoas LGBT ao longo do tempo no Paraná, cerca de 3 vezes mais em 2017 se comparado a 2015, mostrando que a implementação das notificações foram se aperfeiçoando e os serviços de saúde tem reconhecido a importância da violência como um problema de saúde. Os maiores números de notificações se concentraram entre homossexuais (lésbica/gay).

Um estudo recente das notificações de violência em LGBT evidenciou que no Brasil, no período entre 2015 e 2017, foram notificados 6.043 casos de violência autoprovocada no SINAN, concentradas na faixa etária de 15 a 19 anos (PINTO et al., 2020). No estado do Paraná nota-se a predominância de notificações na faixa etária de 20 a 29 anos (33,3%) neste mesmo período.

Verificou-se que as variáveis orientação sexual e identidade de gênero tem um percentual relevante de dados ignorados ou preenchido inadequadamente com a

opção não se aplica, indicando, por exemplo, a dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer a diversidade sexual e de gênero como determinantes de saúde e questionar os(as) usuários(as) sobre a orientação sexual e identidade de gênero. Além disso, estudos recentes (GOMES et al., 2018; MORETTI-PIRES et al., 2019) tem mostrado como o viés moral e religioso ainda persiste na relação nos serviços de saúde. Esta situação se agrava quando se trata de questões de identidade de gênero, visto que em nosso estudo se identificou contradições no preenchimento da variável sexo e identidade de gênero, conforme as instruções do VIVA. Estas condições podem ser consequência de preconceitos e dificuldades de abordagens dessas questões por profissionais de saúde, além do conhecimento limitado sobre a temática que ainda não é totalmente incorporada nos currículos de cursos de graduação na área da saúde (SILVA; PAULINO; RIMONDI, 2020). Assim, afirma-se a necessidade de capacitação constante das equipes de saúde para o atendimento humanizado e pautado na PNSI LGBT, assim como de capacitação para o preenchimento adequado da ficha de notificação (PINTO et al., 2020).

Silva et al., (2020) em estudo sobre a implementação da PNSILGBT no estado do Paraná, conclui, a partir de pesquisa qualitativa acerca dos serviços de saúde, que para LGBT no estado do Paraná situações de estigma são recorrentes e prejudicam o acesso e permanência dessas pessoas nos serviços do SUS, exacerbando até mesmo o receio da população LGBT em revelar sua orientação sexual para os profissionais de saúde.

Evidenciou-se neste estudo que LGBT que sofreram violência autoprovocada tinham como escolaridade predominante fundamental incompleto, mas também se verifica que no total 48,8% dos casos notificados apresentavam escolaridade abaixo do ensino médio completo. Esses resultados são mais discrepantes entre travestis, homens transexuais e mulheres transexuais. Tais disparidades se dão pelo fato de os LGBT comporem um grupo populacional que tem seu direito fundamental à educação violado, com grande número de casos de evasão escolar (SOUZA et al., 2015). Neste sentido, a PNSIL GBT descreve essa condição como um processo de determinação social da saúde, com vistas a redução das desigualdades na população LGBT, pois a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida (BRASIL, 2013a).

Em estudo realizado por amostragem online, foi concluído que pessoas LGBT com menor nível de escolaridade tem maior chance de realizar automutilação e tentativas de suicídio (MEREISH; PETERS; YEN et al., 2019). Essa característica se dá numa proporção ainda maior quando se trata do atendimento a orientação sexual de pessoas trans que têm um risco extremamente alto de causar danos e, ao mesmo tempo, têm níveis mais baixos de suporte (ROSS RED et al., 2019).

A variável deficiência/transtorno mostrou, nesta pesquisa, que a maioria 55,3% (n=88), apresentava algum tipo de transtorno mental. A este respeito, sugere-se um processo de stress das minorias (MEYER, 2013), pois fazer parte da população LGBT, expõe o indivíduo a um ambiente hostil e estigmatizado, caracterizado por preconceito e rejeição, que gera problemas de saúde mental como a depressão e o uso abusivo de substâncias e aumenta os fatores de riscos para o suicídio (TOMICIC et al., 2016).

Em estudo sobre determinantes sociais do suicídio e automutilação em LGBT na Inglaterra foi demonstrado que pessoas afetadas por LGBTfobia, e aqueles incapazes de falar sobre suas emoções tinham maiores chances de planejar e/ou tentar suicídio. Além disso, a baixa autoestima e a rejeição da sexualidade estão associadas ao planejamento/tentativa de suicídio e automutilação. (MCDERMOTT et al., 2018).

A associação da orientação sexual minoritária e deficiência podem ser fatores para o risco de suicídio. Dados afirmam que jovens LGBT que possuem deficiência, apresentam cerca de 2 vezes mais autoagressão se comparados aos que não apresentam deficiência, pois estão sujeitos a um acúmulo intenso de experiências negativas, incluindo isolamento, abuso, discriminação e ambientes sociais hostis ou inaceitáveis à deficiência, orientação sexual minoritária ou ambos (TEJERA et al., 2019).

Entre os achados, a maior parte dos meios de agressão foram as intoxicações e envenenamento (intoxicação exógena) com 64,6% das notificações, que associado com predominância de transtornos mentais, caracterizam um dos principais fatores para as tentativas de suicídio no Brasil. Um estudo sobre intoxicações exógenas no Brasil de 2007 a 2017, identificou que foram notificados 833.282 casos de intoxicação, destes 292.930 estavam ligados ao abuso de medicamentos com a tentativa de suicídio, bem como, 34% das pessoas que tentaram suicídio por intoxicação exógena tinham um diagnóstico prévio de transtornos mentais como depressão, ansiedade ou

transtorno bipolar (ALVIM et al., 2020). Vale destacar que a ficha de investigação da intoxicação exógena, também pertencente ao SINAN, não apresenta os campos orientação sexual e identidade de gênero, dificultando as análises de como tem se dado a associação das minorias sexuais e de gênero com as tentativas de suicídio por intoxicação exógena.

Ficou evidente neste estudo, que 42,8% das pessoas LGBT que sofreram violência autoprovocada eram casos recorrentes, sendo os(as) bissexuais com maior frequência de recorrência, em 60,7% do total. Em consonância com esta condição, Mustanski, Liu et al. (2013) mostraram que no período de um ano, LGBT jovens que tentaram suicídio no passado tiveram 10 vezes mais chances de cometer outra tentativa durante o período prospectivo de 1 ano. Também, uma revisão sistemática das disparidades de orientação sexual nas tentativas de suicídio constatou que a maioria dos estudos documentaram que indivíduos bissexuais têm maior risco de tentativas de suicídio do que indivíduos gays e lésbicas (PLÖDERL; TREMBLAY, 2015).

A predominância de notificação de violência autoprovocada se deu na 2ª Regional de Saúde - Metropolitana que compreende a capital do estado do Paraná Curitiba e sua região metropolitana, seguida da 15ª Regional de Saúde – Maringá, 10ª Regional de Saúde – Cascavel, 17ª Regional de Saúde – Londrina e a 16ª Regional de Saúde – Apucarana, respectivamente. Por conseguinte, os municípios com maior número de notificações se deram nessas regionais de saúde, considerando que se tratam de municípios mais próximos ou sedes das regionais de saúde e em áreas metropolitanas. Nessa distribuição, podemos verificar que as regionais de saúde e municípios em que predominaram as notificações são locais mais populosos, sugerindo que os serviços de saúde são mais sensíveis na notificação compulsória das violências. Segundo Monteiro et al. (2016), $\frac{3}{4}$ das cidades paranaenses (312) são menores que 20.000 habitantes e apenas 14 cidades têm uma média da população entre 100.000 e 300.000 habitantes e quase metade delas se situam no entorno de Curitiba. Já as regiões centrais como Londrina, Maringá, Cascavel e Guarapuava tem uma maior concentração de cidades entre 50.000 e 100.000 habitantes. O Nortepioneiro, com 46 municípios, é a única mesorregião que não apresenta nenhuma cidade com população acima de 50.000 habitantes, enquanto na mesorregião metropolitana de Curitiba, 10 dos 37 municípios têm mais de 80.000 habitantes, e mais da metade dos municípios apresentam mais de 20.000 habitantes. Isso evidencia o

fato de as notificações estarem mais concentradas na região metropolitana de Curitiba e entre Londrina e Maringá, além de outras mesorregiões com população na faixa entre 100.000 e 300.000 habitantes. Além disso, municípios menores podem não apresentar serviços de saúde adequados aos atendimentos relacionados as complicações geradas pela violência autoprovocada, sendo o atendimento feito em outro município maior e com melhor estrutura hospitalar.

Adicionalmente, a compreensão da violência como problema de saúde pública é ainda um impasse, considerando que essa assertiva foi apenas recentemente reconhecida pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS). Ademais o conservadorismo e os preconceitos são mais evidentes em municípios distantes de áreas metropolitanas e cidades médias, impactando no atendimento da população LGBT e na compreensão sobre orientação sexual e identidade de gênero, o que pode gerar subnotificação ou não preenchimento adequado da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, além de acirrar o processo de adoecimento dessa população.

Nesse sentido, a compreensão da distribuição espacial das notificações de violências autoprovocadas, contribui para promover a análise de como têm sido implementadas as notificações de violência autoprovocada em LGBT nos diversos locais do estado do Paraná. Também, propiciar estratégias de capacitação constante sobre a PNSILGBT nos municípios e regiões, levando em consideração as suas diferenças sociais, econômicas e populacionais, que influenciam diretamente a capacidade de reconhecer as diversidades sexuais e de gênero.

4.2.6 Conclusão

Apesar de haver limitações nos dados, devido à incompletude no preenchimento das variáveis como orientação sexual e identidade de gênero, as notificações de violência no SINAN se tornaram o principal instrumento de análise da violência autoprovocada na população LGBT. Inclusive, estas análises são essenciais para propiciar meios de avaliação de como tem sido feito o preenchimento dos dados pelos profissionais de saúde, bem como quantificar os casos, a fim de dar visibilidade a um processo discriminatório e preconceituoso que leva a violência autoprovocada na população LGBT.

A evidência do crescente número de violência autoprovocada em LGBT, por meio da intoxicação exógena associada ao transtorno mental, revela a vulnerabilidade da população LGBT, a qual necessita de mais ações e estratégias de saúde mental e acompanhamento social de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT, principalmente quando se refere ao elevado número de recorrência da violência autoprovocada entre os (as) bissexuais. Além disso, os dados de tentativa de suicídio merecem ser revistos em uma variável em campo de múltipla escolha e de preenchimento obrigatório, para que se possa ter uma análise mais precisa deste fenômeno na população LGBT.

Sugere-se também, mais estudos no campo da determinação social em saúde, referente à prática dos profissionais que realizam o atendimento e o preenchimento da ficha de violência interpessoal e autoprovocada no SINAN, afim de buscar alternativas para superar o discurso conservador e heteronormativo que interfere no preenchimento adequado da ficha de notificação, de tal maneira que esses dados sirvam de análise e subsídio para as ações de vigilância e monitoramento da violência na população LGBT.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação contribui para evidenciar que a orientação sexual e a identidade de gênero se constituem como determinantes do processo de saúde-doença e são essenciais para compreender a violência no estado do Paraná, uma vez que os dados da FIN de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN demonstraram a vulnerabilidade da população LGBT, frente a violência nas suas variadas formas. Deste modo, as pessoas LGBT vítimas de violência no estado do Paraná no período analisado, apresentaram como principal característica a baixa escolaridade que expõe o baixo suporte social e familiar destas pessoas, os quais condicionam a população LGBT a se tornarem vulneráveis as violências autoprovocadas e interpessoais. Assim, políticas de combate a LGBTfobia nas escolas são essenciais para mudar esta realidade no estado do Paraná, que em consonância com a realidade brasileira enfrentou grandes entraves para implementação do projeto Escola sem Homofobia, que visa garantir o respeito e a dignidade das pessoas LGBT no ambiente escolar.

Além disso, a violência por parceiro íntimo entre LGBT, evidenciado neste estudo em maior parte contra mulheres transexuais e lésbicas, revelam a internalização de preconceitos e padrões de heteronormatividade nos relacionamentos, que influenciam nas condições de saúde e bem-estar desta população. Para tal, políticas específicas de proteção para mulheres lésbicas e mulheres transexuais em situação de violência devem ser discutidas e implementadas.

Apesar das notificações de VIP e VAP apresentarem resultados bons no que se refere à completude dos dados; o campo orientação sexual, apresentou um número expressivo de dados preenchidos com a opção não se aplica em indivíduos maiores de 10 anos, o que sinaliza o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema ou, ainda, os obstáculos morais para o questionamento dessas informações, ainda muito associados a situações do âmbito privado.

Além disso, as informações nos campos abertos que permitiam a descrição por parte do profissional que realiza a notificação, apresentavam informações que muitas das vezes não estavam assinaladas nos campos de múltipla escolha correspondentes, indicando que estes campos abertos podem ser essenciais para

avaliar como tem se dado as notificações na FIN, como também fornecer informações importantes para analisar como se dá a violência na população LGBT do estado do Paraná. Por isso, sugere-se estudos qualitativos com bases nestas descrições.

A compreensão da distribuição espacial das violências interpessoais e autoprovocadas na população LGBT em diferentes municípios e regiões são essências para demonstrar a dimensão da violência em LGBT no estado do Paraná, pois as características populacionais, econômicas e sociais nestas localidades influenciam diretamente no processo de trabalho dos profissionais de saúde, quanto ao atendimento e o acolhimento destas pessoas nos serviços de saúde. Para tal, o conhecimento da realidade de vida das pessoas LGBT em diferentes regiões e municípios do estado do Paraná precisam ser melhor evidenciados, para que gestores e profissionais de saúde possam organizar ações efetivas para a regionalização da PNSI LGBT, uma vez que cabe ao município implementar esta política. Ainda mais, ações de educação continuada sobre a PNSI LGBT para os profissionais de saúde nestas localidades poderão impactar positivamente nas notificações de violência no SINAN, uma vez que os profissionais de saúde são atores essenciais para garantir a vigilância e o monitoramento deste agravo.

Considerando que as inserções dos campos orientação sexual, identidade de gênero, nome social e a motivação da violência por LGBTfobia se deram somente no ano de 2014 e que fizemos a coleta dos dados até o ano de 2017, por conta da disponibilidade destes dados no momento da coleta, não foi possível analisar o impacto destas notificações no estado do Paraná ao longo dos anos posteriores. Desta maneira estudos qualitativos e quantitativos subsequentes a este período poderão demonstrar o impacto das políticas “pós golpe” na PNSI LGBT, nos índices de violência e nas condições de vida e saúde da população LGBT, para que possamos a partir dessa evidências denunciar o momento em que vivemos e assim criar espaços de resistência na defesa de políticas públicas de saúde para a população LGBT.

Portanto, as conquistas do movimento LGBT no campo da saúde, entre estas a PNSI LGBT e a notificação da violência interpessoal e autoprovocada no SINAN, só podem ser garantidas se houver uma atuação conjunta dos mais diversos setores da sociedade, incluindo estudos como este, os qual serve de subsídio para as ações de vigilância e monitoramento da violência na população LGBT do estado do Paraná.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A. et al Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 516–524, 2013.

ALMAZAN, E. P.; ROETTGER, M. E.; ACOSTA, P. S. Measures of sexual minority status and suicide risk among young adults in the United States. **Archives of suicide research**, v. 18, n. 3, p. 274-281, 2014.

ALMEIDA NETO, L. M. Um olhar sobre a violência contra homossexuais no Brasil. **Revista Gênero**, v. 4, n. 1, 2003.

ALMEIDA TEIXEIRA, M. A. “Metronormatividades” nativas: migrações homossexuais e espaços urbanos no Brasil. **Áskesis-Revista des discentes do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar**, v. 4, n. 1, p. 23, 2015.

ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 380–407, 2013.

ALVIM, A.L.S. et al. Epidemiologia da intoxicação exógena no Brasil entre 2007 e 2017. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 63915-63925, 2020.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**. 2006. p. 375-417.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

BALSAM, K. F. et al. Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**, v. 17, n. 2, p. 163, 2011.

BAUER, G. et al. Suicidality among trans people in Ontario: implications for social work and social justice/La suicidabilité parmi les personnes trans en Ontario: implications en travail social et en justice sociale. **Service social**, v. 59, n. 1, p. 35-62, 2013.

BAUER, G. R. et al. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 1-15, 2015.

BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S. N. B. **Dossiê Assassinatos e Violência contra Travestis e Transexuais brasileiras em 2020**. 2021.

BEZERRA, M. V. R. et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 305–323, 2020. SciELO

Public Health.

BIDELL, M. P. School Counselors and Social Justice Advocacy for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Students. **Journal of School Counseling**, v. 9, n. 10, p. n10, 2011.

BLOSNICH, J.; BOSSARTE, R. Drivers of disparity: Differences in socially based risk factors of self-injurious and suicidal behaviors among sexual minority college students. **Journal of American College Health**, v. 60, n. 2, p. 141–149, 2012.

BOCCATTO, M. et al. Vigilância em saúde. São Paulo: Unifesp, 2012.

BOSTWICK, W.; HEQUEMBOURG, A. ‘Just a little hint’: Bisexual-specific microaggressions and their connection to epistemic injustices. **Culture, health & sexuality**, v. 16, n. 5, p. 488–503, 2014. Taylor & Francis.

BOURIS, A. et al. Effects of victimization and violence on suicidal ideation and behaviours among sexual minority and heterosexual adolescents. **LGBT health**, v. 3, n. 2, p. 153-161, 2016.

BOURIS, A. et al. A systematic review of parental influences on the health and well-being of lesbian, gay, and bisexual youth: Time for a new public health research and practice agenda. **The journal of primary prevention**, v. 31, n. 5, p. 273-309, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos da população LGBT. Relatório final: 3a conferência nacional de políticas públicas de direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais [recurso eletrônico]. Brasília: CNCD/LGBT; 2016b. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/cncd-lgbt/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1>. Acesso em: 19 mar.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acessado em: 06 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS nº5 – Prevenção de Violências e Cultura de Paz. Brasília [recurso eletrônico]. Organização Pan-Americana de Saúde., 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf. Acesso em: 30 nov.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 dez. 2011. Seção 1, p. 35.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à

Saúde do Homem [recurso eletrônico]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html.
Acesso em: 20 dez. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Edição 2, 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº737 de 16/05/2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União 2001; 18 maio. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção de violências e cultura de paz. , p. 32, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 26, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário oficial da União, Brasília, DF, 27 out. 2017. Seção, 1, p.90

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf . Acesso em: 12 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 20 dez. 2020

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** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpersonal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 12 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 68 p.: il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Portarias/Manual Normas e Rotinas.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Portarias/Manual_Normas_e_Rotinas.pdf). Acesso em: 27 mar.2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Implantação da Estratégia e-SUS AB [recurso eletrônico]. Brasília, 2014, 11 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_nacionais_esus.pdf. Acesso em: 27 mar.2021.

BRASIL. Portaria N° 2.836/GM, de 01 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) [recurso eletrônico]. **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.113, de 31 de julho de 2015. Altera o § 3º do art. 3º da Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/port_n1113_2015.pdf. Acesso em: 27 mar.2020.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Portaria interministerial nº 1, de 6 de fevereiro de 2015. Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT) [recurso eletrônico]. **Diário Oficial da União**, n. 28, 2015. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30170832/do1-2015-02-10-portaria-interministerial-n-1-de-6-de-fevereiro-de-2015-30170828. Acesso em 20 dez. 2020.

BRASIL. Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. **Diário Oficial da União**, n. 190, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 27 mar.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 256, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional [recurso eletrônico]. **Diário Oficial da União**, v. 35, n. 256, p. 2020, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-264-de-17-de-fevereiro-de-2020-244043656>.

BRASIL. Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2013. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2016b [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/RelatorioViolenciaHomofobicaBR2013.pdf>. Acesso em 28 mar.2021

BULLER, A. M. et al. Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Med.**, v. 11, n. 3, p. e1001609, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001609>. Acesso em: 16 jun. 2021.

CALAZANS, G. J.; PINHEIRO, T. F.; AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 263-293, 2018.

CARRARA, S. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 4, n. 05, 2010.

CASEY, L. S. et al. "Discrimination in the United States: Experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer Americans." **Health services research** vol. 54 Suppl 2, Suppl 2 (2019): 1454-1466.

CASTANHA, A. R. et al. Conseqüências biopsicossociais da AIDS na qualidade de vida de pessoas soropositivas para o HIV. **DST J bras doenças sex transm**, v. 18, n. 2, p. 100-07, 2006

CAVALCANTE, R. B.; FERREIRA, M. N; SILVA, P. C. Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 290-299, 2011.

CEDARO, J.; NASCIMENTO, J. P. G. Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicologia USP**, v. 24, n. 2, p. 203-223, 2013.

CHARAK, R. et al. Patterns of childhood maltreatment and intimate partner violence, emotion dysregulation, and mental health symptoms among lesbian, gay, and bisexual emerging adults: A three-step latent class approach. **Child Abuse & Neglect**, v. 89, p. 99–110, 2019.

Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT) [recurso eletrônico]. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/old/cncd-lgbt/cncd-lgbt>. Acesso em: 20 dez. 2020

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução nº 175, de 14 de maio de 2013. Dispões sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão da união estável em casamento entre pessoas do mesmo sexo. DJE/CNJ nº 89/2013, de 15/05/2013. p. 2.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M; VASCONCELOS, S. M. L. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4467-4478, 2014.

COSTON, B. M. Disability, sexual orientation, and the mental health outcomes of intimate partner violence: A comparative study of women in the US. **Disability and health journal**, v. 12, n. 2, p. 164–170, 2019. Elsevier.

CRAIG, S. L. et al. An affirmative coping skills intervention to improve the mental and sexual health of sexual and gender minority youth (Project Youth AFFIRM): protocol for an implementation study. **JMIR research protocols**, v. 8, n. 6, p. e13462, 2019.

FÁTIMA MARIN, H. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 1, 2010.

JESUS PRADO, E. A.; SOUSA, M. F. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. ág. 69-80, 2017.

SOUZA, D. C. et al. A produção literária sobre homofobia internalizada. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 2, n. 5, 2019.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. Aplicativos. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>. Acesso em: 08 ago. 2021.

DRAKEFORD, L. Correctional policy and attempted suicide among transgender individuals. **Journal of correctional health care**, v. 24, n. 2, p. 171-182, 2018.

DRUMMOND, J. D.; BROTMAN, Shari. Intersecting and embodied identities: A queer woman's experience of disability and sexuality. **Sexuality and Disability**, v. 32, n. 4, p. 533-549, 2014.

EDWARDS, K. M.; SYLASKA, K. M. The perpetration of intimate partner violence among LGBTQ college youth: The role of minority stress. **Journal of youth and adolescence**, v. 42, n. 11, p. 1721-1731, 2013.

FACCHINI, R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. **Cadernos AEL**, 2003. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ael/article/view/2510/1920>. Acesso em: 12 set. 2020

FERLATTE, O. et al. Using photovoice to understand suicidality among gay, bisexual, and two-spirit men. **Archives of sexual behavior**, v. 48, n. 5, p. 1529-1541, 2019.

FERRARI, W. et al. Violências nas trajetórias afetivo-sexuais de jovens gays: “novas” configurações e “velhos” desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2729-2738, 2021.

FERREIRA, B. O. et al. “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. 2019.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 30–35, 2004.

FREEDNER, N. Naomi et al. Dating violence among gay, lesbian, and bisexual adolescents: Results from a community survey. **Journal of Adolescent Health**, v. 31, n. 6, p. 469-474, 2002.

FULLER-THOMSON, E. et al. The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. **Child: care, health and development**, v. 42, n. 5, p. 725-734, 2016.

GASPAR, R. S.; PEREIRA, M. U. L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00172617, 2018.

GLAAD. Media Reference Guide. New York e Los Angeles, 2016. Disponível em: <<https://www.glaad.org/reference>>. Acesso em: 18 jul. 2021. p.10

GOMES, G.; COSTA, P. A.; LEAL, I. Impacto do estigma sexual e coming out na saúde de minorias sexuais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 21, n. 1, p. 97-103, 2020.

GOMES, S. M. et al. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 1120-1133, 2018.

GOOREN, L. J. G. A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. **European Journal of Endocrinology**, v. 164, p. 635-642, 2011.

GUIMARÃES, R. C. P. et al. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. ág-121, 2017.

HAAS, A.P. et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. **Journal of homosexuality**, v. 58, n. 1, p. 10-51, 2010.

HATZENBUEHLER, M. L.; KEYES, K. M. Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. **Journal of Adolescent Health**, v. 53, n. 1, p. S21-S26, 2013.

HEREK, G. M.; MCLEMORE, K. A. Sexual prejudice. **Annual review of psychology**, v. 64, p. 309–333, 2013.

HEREK, G. M. Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In: Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities. Springer, New York, NY, 2009. p. 65-111.

HOTTES, T. S. et al. Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: a systematic review and meta-analysis. **American journal of public health**, v. 106, n. 5, p. e1-e12, 2016.

HOTTON, A. et al. Exposure to community violence and substance use among Black men who have sex with men: examining the role of psychological distress and

criminal justice involvement. **AIDS care**, v. 31, n. 3, p. 370–378, 2019.

JAMES, S. et al. "The report of the 2015 US transgender survey." (2016). Disponível em: <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf>. Acesso em 20 dez. 2020.

JOHNS, M. M. et al. Violence victimization, substance use, and suicide risk among sexual minority high school students—United States, 2015–2017. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 67, n. 43, p. 1211, 2018.

KELLEHER, C. Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. **Counselling psychology quarterly**, v. 22, n. 4, p. 373-379, 2009.

KRUG, E. G. et al. eds. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 380

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 3, p. 135-146, 2004.

LAURENTINO, A.C.N. Políticas públicas de saúde para população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT / Arnaldo Cezar nogueira Laurentino. – Rio de Janeiro, 2015. 92 f. - Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12194/2/Arnaldo_Laurentino_EPSJV_Mestrado_2015.pdf. Acesso em: 27 mar.2021

LIMA, M. D. A.; SILVA SOUZA, A.; DANTAS, M. F. Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 11, 2016.

LIMA, M.D.A.; SOUZA, A.S.; DANTAS, M.F. Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no sistema único de saúde (SUS). **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 11, 2016.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 43–63, 2009.

LIONÇO, T.; DINIZ, D. Homofobia & Educação: um desafio ao silêncio. In: Homofobia & educação: um desafio ao silêncio. 2009. p. 196-196.

LOGIE, C. H. et al. Navigating stigma, survival, and sex in contexts of social inequity among young transgender women and sexually diverse men in Kingston, Jamaica. **Reproductive health matters**, v. 26, n. 54, p. 72-83, 2018.

LYTLE, M. C. et al. Associations of racial/ethnic identities and religious affiliation with suicidal ideation among lesbian, gay, bisexual, and questioning individuals. **Journal of affective disorders**, v. 178, p. 39-45, 2015.

MALBERGIER, A.; SCHÖFFEL, A. C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 23, n. 3, p. 160-167, 2001.

MARTIN-STOREY, A. Prevalence of dating violence among sexual minority youth: Variation across gender, sexual minority identity and gender of sexual partners. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 44, n. 1, p. 211–224, 2015.

MCDERMOTT, E.; HUGHES, E.; RAWLINGS, V. Os determinantes sociais do suicídio de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros na Inglaterra: um estudo de métodos mistos. **Jornal de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, pág. e244-e251, 2018.

MCLAUGHLIN, K. A. et al. Disproportionate exposure to early-life adversity and sexual orientation disparities in psychiatric morbidity. **Child abuse & neglect**, v. 36, n. 9, p. 645–655, 2012.

MELANDER, L. A.; NOEL, H. J.; TYLER, K. A. Bidirectional, unidirectional, and nonviolence: A comparison of the predictors among partnered young adults. **Violence and victims**, v. 25, n. 5, p. 617-630, 2010.

MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 2, p. 289-312, 2012.

MELLO, L.; IRINEU, B. A.; FROEMMING, C. N.; RIBEIRO, V. K. Políticas públicas de trabalho, assistência social e previdência social para a população LGBT no Brasil: sobre desejos, realizações e impasses. **Revista de Ciências Sociais, Fortaleza**, v. 44, n. 1, 2013, p. 132-160.

MENIN, M. M. et al. A conquista dos direitos LGBT: uma análise a partir da historiografia do movimento social em prol da diversidade sexual e de gênero. Disponível em: http://unifipa.com.br/site/documentos/revistas/direito/dir_2020_vol15_n1.pdf#page=28. Acesso em: 25 mar. 2021.

MEREISH, E. H.; PETERS, J. R.; YEN, S. Minority stress and relational mechanisms of suicide among sexual minorities: subgroup differences in the associations between heterosexual victimization, shame, rejection sensitivity, and suicide risk. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 49, n. 2, p. 547-560, 2019.

MEYER, I. H. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, v. 2, n. 3, p. 209, 2015.

MEYER, I.H.; FROST, D.M. Minority stress and the health of sexual minorities. 2013. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2012-32754-018>. Acesso em: 12 jun.2020.

MILLER, L. R.; GROLLMAN, E. A. The social costs of gender nonconformity for transgender adults: Implications for discrimination and health. In: **Sociological Forum**. 2015. p. 809-831.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Editora Fiocruz, 2006.

MOLINA, L. P. P. A mídia e as imagens de pais de homossexuais: o exemplo da série Glee. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 7, n. 10, 2013.

MONTANHER, G. O.; CORREA, C.; NEGREIROS, B. Violência doméstica e subjetividades: Lesbianidades e transgêneridades no contexto da lei Maria da Penha. **Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, v. 6, p. 2102–2119, 2020.

MONTEIRO, R. R. A cartografia do fenômeno urbano e econômico no Paraná: uma leitura com auxílio da semiótica. **Confins. Revue franco-brésilienne de géographie/Revista franco-brasileira de geografia**, n. 27, 2016.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e saúde**. Editora Fiocruz, 2013. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/hrc5s/pdf/monteiro-9788575415344.pdf#page=143>. Acesso em: 06 abr.2021

MORAES, I. H. S. et al. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. 2001. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27171>. Acesso em 28 out.2020

MORETTI-PIRES, R.O. et al. Preconceito contra Diversidade Sexual e de Gênero entre Estudantes de Medicina de 1º ao 8º Semestre de um Curso da Região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 557-567, 2019.

MOTT, L.; PAULINHO, E. M. Mortes Violentas de LGBT no Brasil: Relatório 2017. **Salvador: Grupo Gay**, 2017.

MOTTA, J. I. J. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 73–86, 2016.

MUELLER, A. S. et al. Suicide ideation and bullying among US adolescents: Examining the intersections of sexual orientation, gender, and race/ethnicity. **American journal of public health**, v. 105, n. 5, p. 980–985, 2015.

MUSTANSKI, B.; LIU, R.T. A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. **Archives of sexual behavior**, v. 42, n. 3, p. 437-448, 2013.

NASCIMENTO, G. C. M. et al. Relacionamentos amorosos e homossexualidade: Revisão integrativa da literatura. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 547–563, 2015.

NASCIMENTO, L. et al. “Não falo o que o povo quer, sou o que o povo quer”: 30 anos (1987-2017) de pautas políticas de Jair Bolsonaro nos jornais brasileiros. **Plural**, v. 25, n. 1, p. 135-171, 2018.

NEWCOMB, M. E.; HEINZ, A. J.; MUSTANSKI, Brian. Examining risk and protective factors for alcohol use in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: A longitudinal multilevel analysis. **Journal of studies on alcohol and drugs**, v. 73, n. 5, p. 783-793, 2012.

NOONAN, A.; GOMEZ, M. Taylor. Who's missing? Awareness of lesbian, gay, bisexual and transgender people with intellectual disability. **Sexuality and Disability**, v. 29, n. 2, p. 175-180, 2011.

OLSEN, E. O.'M.; VIVOLO-KANTOR, A.; KANN, L. Physical and sexual teen dating violence victimization and sexual identity among US high school students, 2015. **Journal of interpersonal violence**, v. 35, n. 17-18, p. 3581-3600, 2020.

PACHANKIS, J. E.; ELDAHAN, A. I.; GOLUB, S. A. New to New York: ecological and psychological predictors of health among recently arrived young adult gay and bisexual urban migrants. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 50, n. 5, p. 692-703, 2016.

PARANÁ (Estado). Resolução SEJU nº 149, de 7 de dezembro de 2015. Institui o Comitê de Acompanhamento da Política de Promoção e Defesa dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais do Estado do Paraná. Diário Oficial do Estado do Paraná. 14 Dez 2015. n. 9596.

PARANÁ (Estado). Resolução SESA nº 733 de 18 de dezembro de 2012. Institui o Comitê Técnico de trabalho para discussão da implantação do Ambulatório para atendimento das pessoas LGBT no Estado do Paraná, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde. 20 Dez. 2012. n. 8863

PARKER, R. G. **Beneath the equator: Cultures of desire, male homosexuality, and emerging gay communities in Brazil**. Psychology Press, 1999.

PEREIRA, C.F.; SANTOS, E.S. PARTICIPAÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO LGBT: o conselho nacional de combate à discriminação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. 9, n. 2, p. 175-205, 2016.

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.

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. e200006. SUPL. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2020.v23suppl1/e200006.SUPL.1/>. Acesso em: 12 jun.2020.

PLÖDERL, M; TREMBLAY, P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. **International review of psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 367-385, 2015.

POLIDORO, M.; CUNDA, B. V.; DE OLIVEIRA, D. C. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. *Saúde em Redes*, v. 6, n. 2, 2020.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1509-1520, 2017.

RAHILL, G. J. et al. Experiences of sexual and gender minorities in an urban enclave of Haiti: Despised, beaten, stoned, stabbed, shot and raped. *Culture, health & sexuality*, v. 22, n. 6, p. 690–704, 2020.

REISNER, S. L. et al. Legal protections in public accommodations settings: A critical public health issue for transgender and gender-nonconforming people. *The Milbank Quarterly*, v. 93, n. 3, p. 484-515, 2015.

REUTER, T. R. et al. Intimate partner violence victimization in LGBT young adults: Demographic differences and associations with health behaviors. *Psychology of violence*, v. 7, n. 1, p. 101, 2017.

RIBEIRO, E. O impacto da (in) segurança escolar na saúde de estudantes LGBT: violências recônditas nas frestas da escola. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, v. 3, n. 11, p. 119-139, 2020.

RIBEIRO, L. M.; SCORSOLINI-COMIN, F. Relações entre religiosidade e homossexualidade em jovens adultos religiosos. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, 2017.

ROCON, P. C. et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 43–53, 2017. SciELO Brasil.

ROSS-REED, D.E. et al. Family, school, and peer support are associated with rates of violence victimization and self-harm among gender minority and cisgender youth. *Journal of Adolescent Health*, v. 65, n. 6, p. 776-783, 2019.

RUFINO, A. C. et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, p. e2017499, 2018.

SALWAY, T. et al. The need and desire for mental health and substance use-related services among clients of publicly funded sexually transmitted infection clinics in Vancouver, Canada. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 25, n. 3, p. E1-E10, 2019.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 1, p. 19-30, 2001.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde pública**, v. 40, n. spe, p. 112–120, 2006.

Secretaria de Saúde do Paraná (SESA/PR). Regionais de saúde. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude>. Acesso em 09 ago.2020.

SEELMAN, K. L. et al. Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: connections to general health and mental health among transgender adults. **Transgender health**, v. 2, n. 1, p. 17-28, 2017.

SENA, A.G.N; SOUTO, K.M.B. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 09-28, 2017.

SILVA, A. C. A. et al. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190568, 2020.

SILVA, J. M. N.; PAULINO, D. B.; RAIMONDI, G. A. Gênero e sexualidade na graduação em Saúde Coletiva do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2335-2346, 2020.

SILVA, N.M. et al. Vigilância de Chikungunya no Brasil: desafios no contexto da Saúde Pública. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017127, 2018.

SOARES, E. V. B. Atenção básica e informação: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência. 2016. 42 f., il. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão Pública na saúde) —Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/14323>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Saúde de Mulheres lésbicas e Bissexuais [recurso eletrônico]. 2019 Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/cuidado-de-mulheres-lesbicas-e-bissexuais/>. Acesso em: 07 ago. 2021.

SOUZA, D. C. et al. A produção literária sobre homofobia internalizada. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 2, n. 5, 2019.

SOUZA, L. H. S.; BERNARDES, A. G. Processo transexualizador do SUS e psicologia: modos de governar populações e suas negociações. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 72, n. 1, p. 105-124, 2020.

SOUZA, M. H. T. et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 767–776, 2015. SciELO Public Health.

SUEN, Y. T.; CHAN, R. C. H.; WONG, E. M. Y. Mental health of transgender people in Hong Kong: A community-driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life and suicidality. **Journal of homosexuality**, v. 65, n. 8, p. 1093-1113, 2018.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Coordenadoria de Análise Jurídica. Arguição de descumprimento de preceito fundamental 132 Rio de Janeiro. Relator: Min. Ayres Brito, 2011a. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/20627227/arguicao-de-descumprimento-de-preceito-fundamental-adpf-132-rj-stf>. Acesso em: 02 ago. 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Coordenadoria de Análise Jurídica. Arguição de descumprimento de preceito fundamental 787 Distrito Federal. Relator: Min. Gilmar Mendes, 2018. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/20627227/arguicao-de-descumprimento-de-preceito-fundamental-adpf-132-rj-stf>. Acesso em: 02 ago. 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Ação Direta de inconstitucionalidade 4.227 Distrito Federal. Relator: Min. Ayres Brito, 2011b. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10608150>. Acesso em: 02 ago. 2021

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Repercussão Geral no Recurso Extraordinário: RG RE 670422 RS – Rio Grande do Sul. Relator: Min. Dias Toffoli, 2014. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/311628936/repercussao-geral-no-recurso-extraordinario-rg-re-670422-rs-rio-grande-do-sul/inteiro-teor-311628946>. Acesso em: 02 ago. 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Ação Direta de Inconstitucionalidade por omissão: ADO DF 99969-64.2013.1.00.0000. Relator: Min. Celso de Mello, 2019a. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/939911266/acao-direta-de-inconstitucionalidade-por-omissao-ado-26-df-9996923-6420131000000?ref=serp>. Acesso em: 02 ago. 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.543/DF. Relator: Min. Edson Facchin, 2019b. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=753608126>. Acesso em: 02 ago. 2021

SZYMANSKI, D. M.; CHUNG, Y. B. The lesbian internalized homophobia scale: A rational/theoretical approach. **Journal of homosexuality**, v. 41, n. 2, p. 37-52, 2001.

TEJERA, C. H.; HORNER-JOHNSON, W.; ANDRESEN, E. M. Application of an intersectional framework to understanding the association of disability and sexual

orientation with suicidal ideation among Oregon Teens. **Disability and health journal**, v. 12, n. 4, p. 557-563, 2019.

TERADA, S. et al. Suicidal ideation among patients with gender identity disorder. **Psychiatry research**, v. 190, n. 1, p. 159-162, 2011.

TOMICIC, A. et al. Suicide in lesbian, gay, bisexual and trans populations: systematic review of a decade of research (2004-2014). **Revista médica de Chile**, v. 144, n. 6, p. 723-733, 2016.

WALTERS, M.; CHEN, J.; BREIDING, M. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey 2010: findings on victimization by sexual orientation. 2011.

WHITNEY, C. Intersections in identity–identity development among queer women with disabilities. **Sexuality and disability**, v. 24, n. 1, p. 39-52, 2006.

WHITTON, S. W. et al. A longitudinal study of IPV victimization among sexual minority youth. **Journal of interpersonal violence**, v. 34, n. 5, p. 912–945, 2019.

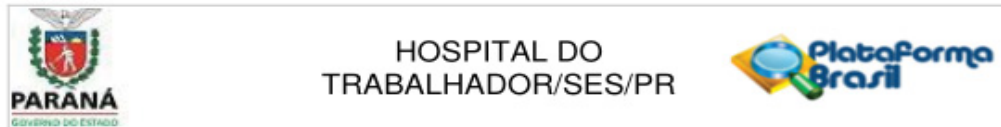
WOODHEAD, C. et al. Mental health among UK inner city non-heterosexuals: the role of risk factors, protective factors and place. **Epidemiology and psychiatric sciences**, v. 25, n. 5, p. 450-461, 2016.

ZABALA, T. C. Violência doméstica contra a mulher transgênera e a mulher travesti. **Revista Jurídica UniFCV**, v. 3, n. 1, p. 22, 2020.

ZELUF, G. et al. Targeted victimization and suicidality among trans people: A web-based survey. **LGBT health**, v. 5, n. 3, p. 180-190, 2018.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



HOSPITAL DO
TRABALHADOR/SES/PR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT): estratégias de análise, avaliação e formação para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde

Pesquisador: Daniel Canavese de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82036018.6.3005.5225

Instituição Proponente: secretaria de estado da saude do parana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.786.173

Apresentação do Projeto:

A constituição da Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) em 2011 pelo Ministério da Saúde mostra os esforços do Estado para romper com o histórico de desigualdade e estabelece uma necessidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) sob a égide da promoção do princípio da equidade, da integralidade em saúde e da participação social. O presente projeto será coordenado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e desenvolvido de forma cooperada entre o Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná e Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Tem como objetivo apoiar a implementação e execução da Política Nacional de Saúde Integral LGBT na região sul do Brasil, com prazo de vinte e quatro meses de execução e contemplando metodologias complementares. Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, com análise epidemiológica, da informação sobre a população LGBT e a política nacional em tela. Adicionalmente, contempla uma etapa de qualificação e formação (intervenção) e avaliação. Planeja-se como resultados a qualificação do SUS na região Sul, no que tange a promoção da equidade e a melhora da qualidade de vida da população LGBT. Trata-se de uma proposta de pesquisa-ação (TRIPP, 2005 ;THIOLLENT, 2011) com apoio da sabordagens quantitativa, qualitativa e de intervenção, consideradas como integradas

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 2.786.173

e complementares. Do ponto de vista quantitativo será um estudo epidemiológico com uso de base de dados secundários, disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e compartilhadas com o Ministério da Saúde. Do ponto de vista qualitativo utilizará técnicas de grupos focais e entrevistas (quando cabível), com participação de profissionais e gestores/as de saúde, com vistas a contemplar os objetivos de identificar as demandas oriundas dos/as

11 profissionais de saúde e da população LGBT bem como de analisar a implementação e execução da Política Nacional.

O objeto central desta proposta é o de apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e a formação de profissionais para a referida política na região sul do Brasil através da disseminação da informação em cursos de curta e média duração.

Objetivo da Pesquisa:

Capacitar gestores(as) e profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a Atenção Integral da Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e analisar a Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) na região Sul

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

neste momento esta sendo apresentado o projeto que visa capacitar profissionais de saúde na promoção da saúde e bem estar da população lgbt, não faz parte desse projeto intervenção em pacientes, somente profissionais da área de saúde dentro de suas áreas de atuação, portanto não há riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma proposta de pesquisa-ação (TRIPP, 2005 ;THIOLLENT, 2011) com apoio da sabordagens quantitativa, qualitativa e de intervenção, consideradas como integradas e complementares. Do ponto de vista quantitativo será um estudo epidemiológico com uso de base de dados secundários, disponibilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e compartilhadas com o Ministério da Saúde. Do ponto de vista qualitativo utilizará técnicas de grupos focais e entrevistas (quando cabível), com participação de profissionais e gestores/as de saúde, com vistas a contemplar os objetivos de identificar as demandas oriundas dos/as

11 profissionais de saúde e da população LGBT bem como de analisar a implementação e

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 2.786.173

execução da Política Nacional.

O objeto central desta proposta é o de apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e a formação de profissionais para a referida política na região sul do Brasil através da disseminação da informação em cursos de curta e média duração.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---------------------------|------------------------|-----------------------------|----------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | CEPMAR2018.pdf | 25/03/2018 15:55:35 | Daniel Canavese de Oliveira | Aceito |
| Outros | TCLEENTREVISTAMAR2018.pdf | 25/03/2018 15:48:52 | Daniel Canavese de Oliveira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEFOCALMAR2018.pdf | 25/03/2018 15:48:31 | Daniel Canavese de Oliveira | Aceito |
| Outros | TCUD.pdf | 06/03/2018 14:34:33 | Daniel Canavese de Oliveira | Aceito |
| Declaração do Patrocinador | MSPATROCINADOR.pdf | 15/01/2018 12:48:13 | Daniel Canavese de Oliveira | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br



Continuação do Parecer: 2.786.173

CURITIBA, 26 de Julho de 2018

Assinado por:
silvania klug pimentel
(Coordenador)

Endereço: Hospital do Trabalhador Avenida República Argentina, 4406 - Novo Mundo - 81.050-000 - Curitiba - PR 41
Bairro: Novo Mundo **CEP:** 81.050-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3212-5871 **E-mail:** cepht@sesa.pr.gov.br