

# INVISIBILIDADES OU APAGAMENTOS? COMPREENSÕES SOBRE A NOTIFICAÇÃO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO LGBTQIA+ NA SAÚDE BRASILEIRA

*INVISIBILITIES OR ERASURES?: UNDERSTANDINGS ABOUT THE NOTIFICATION OF LGBTQIA+ SUICIDE  
ATTEMPTS IN BRAZILIAN HEALTHCARE*

DOI: 10.16891/2317-434X.v14.e1.a2026.id2986

Recebido em: 29.04.2024 | Aceito em: 04.12.2025

*Lucas Gomes Maciel\**, *Ana Karina Azevedo<sup>a</sup>*

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)<sup>a</sup>*

*\*E-mail: lucasgomespsi14@gmail.com*

## RESUMO

Este artigo analisa as compreensões históricas e atuais sobre a notificação de tentativas de suicídio entre pessoas LGBTQIA+ no sistema de saúde brasileiro, destacando os desafios de invisibilidade e subnotificação que persistem mesmo após avanços nas políticas públicas. A pesquisa, baseada em revisão narrativa de documentos oficiais, legislações e literatura especializada (2006–2024), revela que a população LGBTQIA+ foi historicamente associada a estigmas, como durante a pandemia de HIV/AIDS, e que sua inclusão nos sistemas de notificação ocorreu tardiamente, com critérios de orientação sexual e identidade de gênero adicionados apenas em 2016. A discussão aponta falhas na implementação, como a alta taxa de registros com esses campos ignorados e a falta de capacitação dos profissionais, o que reflete uma visão ainda estigmatizada. Conclui-se que, embora a notificação compulsória seja um avanço, sua eficácia depende de ações concretas: padronização de dados, formação profissional e políticas intersetoriais que combatam a LGBTfobia e promovam saúde mental. A invisibilidade desses casos não é acidental, mas resultado de omissões estruturais que precisam ser enfrentadas para garantir direitos e cuidado integral.

**Palavras-chave:** Notificação; LGBTQIA+; Tentativa de suicídio.

## ABSTRACT

This article examines historical and current understandings of the reporting of suicide attempts among LGBTQIA+ individuals in the Brazilian healthcare system, highlighting persistent challenges of invisibility and underreporting despite advancements in public policies. Based on a narrative review of official documents, legislation, and specialized literature (2006–2024), the study reveals that the LGBTQIA+ population has long been associated with stigma, such as during the HIV/AIDS pandemic, and was only belatedly included in reporting systems, with sexual orientation and gender identity criteria added as recently as 2016. The discussion identifies implementation gaps, including high rates of missing data in these fields and a lack of training for healthcare professionals, reflecting enduring stigmatization. While compulsory reporting marks progress, its effectiveness hinges on concrete measures: standardized data collection, training for providers, and cross-sectoral policies addressing LGBTQIA+ discrimination and mental health. The invisibility of these cases is not incidental but stems from structural neglect that must be addressed to ensure rights and equitable care.

**Keywords:** Notification; LGBTQIA+; Suicide Attempt.

## INTRODUÇÃO

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) começaram a ser implantados no Brasil a partir da década de 1970, com a padronização dos formulários de declaração de óbito. Seu desenvolvimento acompanhou a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo impulsionado, especialmente na década de 1990, pelo avanço das tecnologias de informação e comunicação (CUNHA & VARGENS, 2017). Um dos sistemas criados nesse contexto foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), implementado gradualmente a partir de 1993. Alimentado por dados de investigação sobre doenças e agravos incluídos na lista nacional de notificação compulsória, o SINAN tem como objetivo permitir o diagnóstico dinâmico da ocorrência de eventos de saúde em determinados territórios, oferecendo subsídios para análises causais e identificação de riscos populacionais. (BRASIL, 2006).

Entre os muitos eventos registrados no SINAN estão as tentativas de suicídio. A partir da Lei nº 13.819/19, esses casos passaram a ser de notificação compulsória, juntamente com os episódios de automutilação e suicídio consumado – estes últimos informados por meio das declarações de óbito no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A mesma lei determina que os estabelecimentos de saúde, públicos e privados, devem garantir o treinamento dos profissionais para a correta notificação desses eventos, sendo estes responsáveis por registrá-los ao atender pacientes em decorrência de uma tentativa de suicídio.

Dutra (2018) nos convida a enxergar o suicídio como uma expressão do desassossego humano – uma angústia profunda que leva indivíduos a se retirarem de um mundo que lhes parece desprovido de sentido. Esse mesmo desassossego mobiliza preocupações da Organização Mundial da Saúde (2019), que identifica grupos mais vulneráveis à tentativa de suicídio, como a população LGBTQIA+. Para essa comunidade, o risco é agravado por experiências constantes de exclusão e violência. Silva et al. (2020) indicam que mais de 70% das pessoas LGBTQIA+ expostas à LGBTfobia têm pensamentos suicidas, o que nos leva a questionar a inospitalidade do mundo em relação a essas existências e a escassez de condições para que construam sentidos de vida.

Refletir sobre essa população revela as opressões impostas pelas hegemonias identitárias historicamente construídas. Identidades normatizadas moldam um padrão de existência, relegando os que fogem à norma a um “menos-ser”, um ser com menos importância e visibilidade (CABRAL, 2020). Casanova (2021) argumenta que essas hegemonias criam categorias de identidades que, ao se tornarem norma, tornam invisíveis as identidades dissidentes. Cabral (2020) exemplifica essa lógica ao discutir a orientação sexual: em uma sociedade heteronormativa, o ser homossexual é percebido como inferior ao ser heterossexual.

No campo da saúde, pesquisas como a de Svaldi e Kempfer (2021) mostram que profissionais da saúde frequentemente não estão preparados para acolher adequadamente pessoas LGBTQIA+ que chegam aos serviços de urgência após tentativas de suicídio. Esses usuários enfrentam despreparo técnico, preconceito, discriminação e falhas éticas, sendo submetidos a processos de revitimização que reforçam a marginalização de suas identidades.

Diante desse cenário, torna-se essencial revisar os modos como a saúde pública brasileira compreende tanto o fenômeno do suicídio quanto a vivência LGBTQIA+, a fim de entender como essas compreensões influenciam a visibilidade (ou invisibilidade) dessa população nos sistemas de informação em saúde. Este estudo tem, portanto, como objetivo investigar de que forma, historicamente, a saúde brasileira tem reconhecido a importância da notificação das tentativas de suicídio de pessoas LGBTQIA+, por meio de uma revisão crítica de políticas públicas e da literatura especializada sobre o tema.

## MÉTODO

Buscando cumprir o objetivo do estudo, foi realizada uma revisão narrativa, sendo essa uma forma de discutir o desenvolvimento de um fenômeno, buscando fazê-lo de forma teórica ou contextual (ROTHER, 2007). Devido à especificidade da temática, assim como a escassez de produções sobre a mesma, essa modalidade de revisão abre caminhos possíveis para a discussão do tema.

A revisão foi realizada no período de maio de 2024 a agosto de 2024, e buscava analisar como, historicamente, a saúde brasileira compreende a

notificação de tentativas de suicídio de pessoas LGBTQIA+. A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico utilizando os termos “notificação”, “tentativa de suicídio” e “LGBT”, e complementada com uma busca de documentos oficiais no site do Ministério da Saúde do Brasil. As buscas foram realizadas utilizando documentos oficiais, manuais de notificação, políticas públicas, decretos, leis e artigos originais que possibilitaram uma análise histórica do tema pesquisado. A seleção de artigos e documentos nacionais abrangeu o período de 2006 a 2024.

Os critérios de inclusão consideraram estudos que buscassem explicitar historicamente a trajetória de implementação de campos de identificação de pessoas LGBTQIA+s nos sistemas de saúde do Brasil. Os critérios de exclusão foram aplicados para eliminar estudos que não atendessem ao objetivo do trabalho, que tratassem de notificações em saúde, mas não incluíssem os dados da população LGBTQIA+ e estudos duplicados.

Como lente fundamental para a leitura dos dados e discussão deste trabalho, utilizamos a fenomenologia heideggeriana, partindo, especialmente, da compreensão de *mundo, historicidade e compreensão trabalhadas por Heidegger* (1927/2015) que compreende mundo enquanto um conjunto de sentidos historicamente determinados a partir dos quais os seres humanos são capazes de realizar recortes de compreensão, atribuindo sentidos a experiências e a outros seres e objetos. Portanto, a partir de um resgate histórico, possibilitamos o entendimento de qual conjunto de sentidos históricos possibilita as compreensões da saúde brasileira a respeito da população LGBTQIA+.

## DISCUSSÃO

### *A população LGBTQIA+ sob a ótica das políticas públicas em saúde*

A comunidade LGBTQIA+ só passa a ser vista pela saúde brasileira a partir dos anos 1980, com a explosão da pandemia de AIDS, quando é criado o “Programa Nacional de AIDS” no Ministério da Saúde, em 1988, que, apesar de não ser exclusiva para a comunidade, foi uma grande aliada da conquista de direitos na época (PEREIRA, 2016). O HIV/AIDS carregou consigo uma grande relação opositória entre

indivíduo e sociedade, baseado em tensões morais que associaram diretamente a homossexualidade com a doença, estabelecendo na sociedade a ideia de que a doença tinha seu início em um grupo seletivo, e que aquele grupo era uma ameaça ao bem estar social (LIMA & NASCIMENTO, 2019).

O cuidado e a atenção com essa população não surgem de uma percepção de vulnerabilidade e tentativa de proteção e cuidado, mas de uma relação combativa, baseada em um estereótipo moral que diminuiu a comunidade LGBTQIA+ e a posicionou como uma ameaça à população brasileira, como um “câncer gay”.

Após a criação do Programa Nacional de AIDS, a luta da comunidade seguiu, mas outra ação governamental só se deu em 1996, quando foi criado o Programa Nacional de Direitos Humanos I, que citava brevemente que homossexuais eram detentores de direitos, e em 1997, quando foi criada a Secretaria Nacional de Direitos Humanos, onde começa a ser desenvolvida uma agenda LGBTQIA+ no âmbito dos direitos humanos (PEREIRA, 2016). Em 2002, com o Programa Nacional de Direitos Humanos II, ações mais diretas foram apresentadas pelo governo federal, que apresentou uma proposta que possibilitaria promover espaços junto à saúde e ao direito para ampliação de conceitos científicos e éticos relacionados à comunidade LGBTQIA+ (FERREIRA & NASCIMENTO, 2022).

O Programa Brasil Sem Homofobia, instituído pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação em conjunto com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), marcou o início de uma trajetória de conquistas de direitos humanos ao longo das próximas décadas, tinha como principal foco o desenvolvimento de ações combativas à homofobia no Brasil e, entre as ações propostas, tivemos a formalização da criação de um comitê técnico que buscava estruturar uma política nacional de saúde da população LGBTQIA+.

A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT tem como ponto central o reconhecimento de efeitos das discriminações e exclusões no processo de saúde-doença da população LGBT (BRASIL, 2011). A partir dessa política, existe uma reafirmação de direitos básicos, assim como uma instituição do cuidado sem preconceitos e/ou discriminação na saúde. É a partir dela que pessoas LGBTQIA+ passam a ser reconhecidas como sujeitos com

direito de acesso a um sistema de saúde igualitário e respeitoso, buscando humanizar e tornar inclusivo o acesso e o cuidado realizado no Sistema Único de Saúde - SUS.

Apesar das muitas portas abertas após o lançamento da política, no âmbito da saúde a população LGBTQIA+ seguia invisibilizada quantitativamente. A política nacional instituiu uma série de ações de inclusão nesse âmbito, como acesso ao cuidado integral em saúde e a constante capacitação de profissionais para a lida com questões da população. Mas, apesar desses avanços, uma forma de mensurar o acesso de pessoas LGBTQIA+ a dispositivos de saúde, suas principais demandas e adoecimentos seguiu inexistente. Canavese et al. (2022), ressalta que até o ano de 2022 ainda não existia uma uniformidade da notificação de orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação em saúde do Brasil, estando esses campos presentes em apenas alguns sistemas. Esse autor traz, por exemplo, que em 2014 esses critérios foram inseridos apenas nas fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN, mas que em outras fichas do mesmo sistema esses campos não constam.

Um dos segmentos dos sistemas que é mais inquietante é o descrito por Canavese et al. (2022) em seu estudo. Nele é destacado que hoje, entre as fichas do SINAN que não têm os campos que evidenciam a população LGBTQIA+, está a ficha de notificação de HIV/AIDS. Ao contrário dos estigmas que surgiram no início da pandemia desse adoecimento, hoje, estudos como o de Knauth et al (2020) evidenciam que 49% dos casos de infecção por HIV/AIDS dizem respeito a pessoas heterossexuais, contrariando a ideia popularmente disseminada de que essa é uma infecção exclusiva de homossexuais. Pensar sobre o dado atual e a inexistência de orientação sexual e identidade de gênero nas fichas de notificação nos faz refletir sobre uma manutenção dos estigmas existentes sobre o HIV/AIDS e a população LGBTQIA+, reforçando a ideia de que essas não são vidas em risco, mas sim riscos à vida.

De acordo com dados do Grupo Gay da Bahia (2024), no ano de 2023, o Brasil continuou sendo o país com maior número de mortes de pessoas LGBTQIA+ por violência no mundo. E, segundo esse mesmo grupo, o número de ocorrências no país ainda é subnotificado, pela recorrente omissão de orientação sexual e identidade de

gênero em documentos fúnebres. Dessa forma, ainda seguimos pensando que falar em ser uma pessoa LGBTQIA+ no Brasil, é falar sobre os risco de violência que esta população sofre, e, no caso deste trabalho especificamente, pensamos que isto também inclui a violência autoprovocada.

### *Notificações de tentativas de suicídio de pessoas LGBTQIA+: entre invisibilidades históricas e apagamentos ofensivos*

Os primeiros documentos que introduzem as ações a respeito do suicídio datam do ano de agosto de 2006, quando foram instituídas as primeiras Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio — DNPS, através da Portaria nº 1876 do Ministério da Saúde. Essa portaria traz uma série de ações que buscam desenvolver melhorias na atenção à saúde mental, à qualidade de vida e à atenção profissional de pacientes que tentaram suicídio ou que estão sob risco de tentar, responsabilizando entidades estaduais e municipais na implementação dessas ações.

Nesse mesmo ano, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o manual “Amigos da Vida: estratégia nacional de prevenção ao suicídio”, o qual buscava instruir profissionais da saúde sobre o comportamento suicida, sinais de atenção, formas de cuidado e atenção à pacientes sob risco ou que tenham tentado suicídio (BRASIL, 2006). O documento traz vários capítulos que buscam relacionar o fenômeno do suicídio diretamente a transtornos mentais, entre os citados no manual estão a esquizofrenia, a depressão e os transtornos de personalidade. Ao trazer o fenômeno do suicídio sobre a ótica dos transtornos mentais, trazemos a crítica feita por Azevedo e Dutra (2020) que nos denunciam a impossibilidade de tratar a subjetividade e a existencia humana de forma completamente objetiva, a partir de adoecimentos e sofrimentos psicológicos.

Trazendo uma melhor visão do contexto em que foi lançada essa portaria, Paula e Bolti (2021), em seu estudo que busca compreender os projetos de lei voltados para a prevenção do suicídio entre 2007 e 2017, indicam que alguns estados, como o Paraná, pareciam avançar no ano de 2007 para uma notificação qualificada para os fenômenos envolvidos no suicídio, enquanto outros buscavam meios de encontrar e punir possíveis responsáveis, como um “indutor” ao ato. Mas grande parte

desses projetos de lei não avançaram, muitos foram arquivados e alguns ainda estavam em trâmite na realização do estudo.

Após a divulgação das DNPS, a próxima ação a nível federal que tivemos ocorreu no ano de 2011. De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), foi no ano de 2011, através da Portaria nº 104, de janeiro de 2011, que as notificações de violências (doméstica, sexual e outras) passaram a ser compulsórias. Essa é uma portaria que pretende, principalmente, uniformizar terminologias utilizadas no campo da saúde para notificação de agravos em saúde, mas é a partir dela que algumas violências são inseridas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes — VIVA.

Apesar de ser um primeiro passo importante para a notificação desse fenômeno, a violência autoprovocada ainda não era citada diretamente na política, que tem explicitadas apenas as violências doméstica e sexual, enquadrando outros tipos na categoria “outras violências”. É importante destacar que o final dos anos 2000 e início dos anos 2010 foram marcados por importantes movimentos de combate às violências interpessoais, principalmente às violências contra a mulher, tendo a luta pela proteção e cuidado de vítimas como um dos focos do governo federal da época (SARDENBERG, 2018). Esse movimento de combate aos diversos tipos de violência deve ser reconhecido como um passo importante no âmbito federal, pois é a partir de iniciativas ocorridas nesse período que ações que especificam terminologias e, em consequência, realidades singulares de cada uma delas, tornando evidente a necessidade de políticas específicas para cada fenômeno.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) destaca a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 como mais um avanço na visibilização dos fenômenos da violência autoprovocada e tentativas de suicídio. Essa portaria institui a Lista Nacional de Notificação Compulsória — LNNC, definindo, em todo o país, quais agravos em saúde pública e privados devem ser obrigatoriamente notificados. Essa portaria se destaca por trazer diretamente o termo “tentativa de suicídio” na lista de agravos que devem ser notificados, instituindo, ainda, que sua notificação é de caráter imediato, em até 24 horas, para a Secretaria Municipal de Saúde.

Refletindo sobre a cronologia dos fatos, surge o questionamento do porquê a notificação da tentativa de

suicídio passou a ser obrigatória apenas oito anos após a instituição das Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. Se desde o ano de 2006 passou-se a perceber o suicídio como um problema de saúde pública a ser cuidado, por que a visibilização métrica, que impacta diretamente na criação de políticas de atenção, desse fenômeno demorou todo esse tempo para ser feita?

Apesar do lançamento da portaria em 2014, foi apenas no ano de 2016 que as instruções da ficha de notificação foram reunidas em um manual de orientações pela Secretaria de Vigilância em Saúde. A publicação desse manual, tinha a intenção de qualificar as notificações e informações, para subsidiar as fases de elaboração e execução de políticas públicas integradas para a redução de morbimortalidade por violências (BRASIL, 2016). O manual, segue um caminho de apresentação do caminho trilhado para a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil, citando as portarias que possibilitaram a qualificação desse processo e, entre elas, a Portaria 1.271, citada anteriormente, como a responsável pela inclusão de violências relacionadas à população LGBTQIA+.

De acordo, ainda com esse instrumento, é de notificação compulsória toda violência interpessoal ou autoprovocada contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, indígenas, pessoas com deficiência e a população LGBTQIA+, pela compreensão da maior vulnerabilidade desses grupos (BRASIL, 2016). Com isso, esse é um dos primeiros documentos oficiais que traz explicitamente os fenômenos do suicídio e a população LGBTQIA+ como vulnerável e digna de atenção.

Nos pormenores desse instrutivo, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) orienta explicitamente que os casos de violência interpessoal ou autoprovocada têm os critérios de orientação sexual e identidade de gênero como obrigatórios à toda a população acima de 10 anos, firmando a necessidade de se visibilizar a ocorrência de violência LGBTfóbica e autoprovocadas por pessoas LGBTQIA+.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), no ano de 2017 foram aprovadas três portarias que compreendiam a atenção a esse fenômeno, sendo elas: a) a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, que tornou compulsória a notificação de casos suspeitos e confirmados de violência doméstica e outras violências e a notificação imediata de violência sexual e

tentativa de suicídio; b) a Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017, que institui o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio; c) A Portaria Nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017 institui um incentivo financeiro para o desenvolvimento de projetos de promoção, vigilância e atenção à saúde direcionados para a prevenção do suicídio no SUS.

As ações do ano de 2017 nos trazem ao cenário atual da prevenção ao fenômeno do suicídio. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) a partir das ações realizadas nesse ano que, a partir de um estudo realizado em 6 estados brasileiros que apresentavam altos índices de suicídio, acompanhando a criação dos Planos Estaduais de Prevenção ao Suicídio, servindo como modelos para o Plano Nacional.

Como resultado desse conjunto de esforços, tivemos a criação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, implementada no ano de 2019 através da lei nº 13.819/2019. A partir dela, alguns objetivos mais claros são definidos para a prevenção do suicídio no Brasil, entretando, vale ressaltar que, mesmo intencionando uma melhor definição, a lei se faz vaga em inúmeros pontos de sua construção.

Um primeiro ponto a se destacar é a tentativa do Estado de dar conta de dois fenômenos distintos — automutilação e suicídio — em uma única política de saúde. Apesar da importância da atenção a ambos os fenômenos, a própria Organização Mundial da Saúde (2016) trata da automutilação como um fenômeno distinto do suicídio, visto que o mesmo pode ser carregado de outras intenções como autopunição, alívio de dores ou uma busca por atenção.

Ainda, a lei falha em alguns aspectos cruciais da sua construção. Na apresentação dos objetivos, temos como o primeiro deles “promover saúde mental”, mas a mesma política não se demora na definição do que seria a saúde mental, como ela seria promovida, ou até mesmo em termos mais práticos, como quais ações seriam de responsabilidade do Estado para essa promoção.

É a partir dessa lei que a notificação se fortalece, tirando as obrigatoriedade do âmbito das portarias e instrutivos e trazendo as mesmas para o âmbito legal. A lei determina que profissionais de saúde da rede pública ou privada notificam esses casos às autoridades sanitárias e os profissionais da educação o fazem através do conselho

tutelar, mas apresenta uma outra falta: a indefinição de responsabilidades. A lei, apesar de determinar a compulsoriedade e a capacitação dos profissionais para a notificação, não determina quais profissionais são, de fato, responsáveis pela notificação e, tampouco, qual instância é responsável pela capacitação dos mesmos.

Como uma das ações instituídas na política, o Governo Federal criou o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio — CGPNPAS, a partir do Decreto Federal nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020, com o objetivo de garantir o cumprimento efetivo da política nacional e fortalecer a rede de educação e saúde na tratativa do fenômeno. O comitê contava com participantes de quatro ministérios, buscando ações conjuntas de atenção às demandas relacionadas às violências autoprovocadas.

Em 2021, o comitê divulgou algumas de suas propostas, pela Resolução CGPNPAS nº1-2021, de 14 de julho de 2021. Foram propostas ações com responsabilidades de todos os ministérios envolvidos no comitê, incluindo ações de escuta para pessoas em risco de tentativa de suicídio com capacitação de profissionais da saúde para o atendimento, campanhas de conscientização da população, capacitação para profissionais de educação e garantias de direitos humanos e atenção a contextos de risco para o suicídio.

Entretanto, apesar dos muitos avanços que pudemos encontrar, principalmente a partir do ano de 2017, ressaltamos que a população LGBTQIA+ seguiu invisibilizada nesse contexto, sendo citada diretamente apenas em 2016 e não mais colocada como uma população que precisaria ser vista ou cuidada por parte do Governo Federal. Destacamos aqui, ainda, que, não coincidentemente, dos anos de 2016-2022 vivemos no Brasil um período não apenas de desmonte de políticas públicas voltadas para a população LGBTQIA+, como de constante ataque às pautas que buscassem de alguma forma colocar a comunidade como detentora de direito, conforme trazem Peixoto, Salvador e Bianchetti (2023).

### ***Compreensões e atravessamentos sobre as notificações de tentativa de suicídio entre pessoas LGBTQIA+***

Heidegger (1927/2015) pensa que a *compreensão* é parte indissociável do ser, nós, enquanto existentes somos compreensão, e essa se dá por três estruturas

prévias: 1) posição prévia — todo conjuntural de sentidos históricos dos quais partimos; 2) visão prévia — recortes realizados a partir dos nossos afetos; 3) concepção prévia — sentidos criados a partir desse recorte. Assim, tudo que compreendemos é compreendido a partir do todo conjuntural no qual estamos inseridos e, nesse todo, inserem-se as realidades existenciais, políticas e o mundo, aqui compreendido como trama de sentidos e significados sedimentados na existência (ESCÓRCIO & DUTRA, 2018).

Ainda, Cabral (2020) chama de “topologia do sentido” o lugar histórico onde os sentidos são fenomenicamente determinados. E é a partir da descrição da construção histórica e das condições de existência de um “lugar”, que conseguimos compreender os sentidos dados a um fenômeno.

A partir dos achados discutidos anteriormente, ao falar da população LGBTQIA+ sob o recorte das políticas de atenção integral à saúde e de prevenção do suicídio, a comunidade surge nas discussões da saúde pública brasileira como um perigo ao restante da população, a ela cabiam os estigmas, estereótipos e o lugar de invisibilidade, jogados à margem. O dito “câncer gay”, como era chamado HIV/AIDS, impregnou todo o início da discussão sobre a saúde dessa população, desvelando como essa população era compreendida à época e como a sociedade como um todo se referia a ela. A população LGBTQIA+ era considerada um risco à vida, uma ameaça à sociedade. Ao longo da história do nosso país, houveram diversos avanços em direitos para pessoas LGBTQIA+, mas, alguns estigmas seguem até hoje fazendo parte da posição prévia da saúde brasileira.

No âmbito da atenção e prevenção às tentativas de suicídio, temos que esta população é quase não vista, ou apagada. As políticas voltadas para esses aspectos datam desse século e avançam de forma mais forte há menos de uma década, e, mesmo sendo uma das poucas situações em que orientação sexual e identidade de gênero aparecem como critérios, os números e as ações voltadas especificamente para essa comunidade são inexistentes, demonstrando um descaso com as vidas e condições de existências da população LGBTQIA+ no Brasil. Este não-lugar da população, como refletem Maldonado-Torres (2022) e Cabral (2020), é um lugar marcado para não-ser, um lugar de vidas marcadas para não serem vistas, as quais não importa visibilizar.

Pela primeira vez desde a inserção dos critérios de orientação sexual e identidade de gênero, houve uma divulgação oficial de números de suicídios de pessoas LGBTQIA+ no Brasil, no ano de 2024, a partir do Boletim Epidemiológico volume 55, de 6 de fevereiro de 2024. Nesse boletim, de acordo com o quesito orientação sexual, 4,8% de todos os casos registrados de violência autoprovocada são de pessoas homo ou bissexuais, frente a um dado de 54,3% de pessoas heterossexuais e um número assustador de pessoas cuja orientação sexual foi ignorada, representando 49%. Já no quesito de identidade de gênero, temos 1,5% dos dados identificados como pessoas trans ou travestis, frente a 56,5% em que foi descrito como “não se aplica” e, ainda, 42% de ignorados.

Apesar da importância desses dados estarem organizados pela primeira vez, eles ainda aparecem de forma confusa, com o somatório de todas as porcentagem dos números de orientação sexual resultando em 108,10%, não sendo explicitado o porquê isso ocorre. Seria um modo descuidado com relação a tratativa desses dados? Seguimos pensando na invisibilidade que marca a mostração dos sofrimentos desta população, a qual parece seguir não sendo vista. Tesser Junior et al. (2024), destacam os impactos reais dessa invisibilidade estatística, como o desprezo de especificidades nas demandas de saúde de pessoas LGBTQIA+, as barreiras no acesso aos serviços — em especial preconceitos velados e recusa de uso de nome social, no caso de pessoas trans — e, ainda, o acesso majoritariamente a serviços de urgência e emergência, pelo impacto desse preconceito em serviços de atenção primária.

A quantidade alta de registros cujas orientações sexuais e identidades de gênero foram ignoradas nos chama a atenção, especialmente por esses registros corresponderem a uma escolha deliberada em fazê-lo, visto que, na própria ficha de notificação existe uma opção de marcar “ignorado”, assim, refletimos sobre a compreensão de profissionais de saúde sobre a importância desses critérios como forma de visibilizar a população LGBTQIA+ nas fichas de notificação e também na forma como essa é feita atualmente.

Destacamos aqui uma falha do próprio sistema a respeito da categoria “não se aplica” no critério de identidade de gênero. De acordo com instruções do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) essa categoria deve ser marcada apenas em ocorrências de

violências cuja vítima tenha nove anos de idade ou menos, entretanto os sistemas não dispõem da opção de identificar pessoas cisgênero nesses campos, reservando a essas identidades um lugar de ambiguidade nos sistemas, prejudicando tanto critérios estatísticos, por impossibilitar uma visão completa do cenário, quanto indiretamente obrigando os profissionais a marcar “não se aplica” ou “ignorado” nesse campo.

Por fim, ao refletirmos sobre possíveis razões para as subnotificações de dados de tentativas de suicídio da população LGBTQIA+, destacamos toda a trajetória histórica levantada nesse trabalho, que reforça estigmas e apagamentos e, ainda, a falta de interesse de muitos profissionais nas capacitações específicas ofertadas e a suposição de que aqueles que acessam os serviços de saúde são heterossexuais e obedecem a uma lógica binária de gênero, como destacado por Tesser Junior et al. (2024). Esse contexto parece seguir criando barreiras para o acesso à saúde de pessoas LGBTQIA+, reforçando um ciclo onde não se notifica, devido ao preconceito, e não se gera de conhecimentos e ações específicas sobre as demandas dessa população, devido à falta de notificação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo buscamos investigar as compreensões históricas e atuais sobre a notificação de tentativas de suicídio entre pessoas LGBTQIA+ no contexto da saúde brasileira, destacando os desafios e as lacunas que perpetuam a invisibilidade dessa população. A análise revelou que, apesar dos avanços nas políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (2011) e a inclusão de critérios de orientação sexual e identidade de gênero nas fichas de notificação em 2016, a subnotificação e a marginalização persistem como barreiras significativas.

Os dados recentes evidenciam uma realidade

preocupante: uma parcela expressiva dos registros ignora a orientação sexual e a identidade de gênero dos indivíduos, reforçando a invisibilidade que historicamente marca essa população. Essa omissão não apenas dificulta a elaboração de políticas públicas eficazes, mas também reflete a falta de preparo e sensibilização dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades da comunidade LGBTQIA+.

O estudo destacou, ainda, como os estigmas históricos associados à população LGBTQIA+, desde a pandemia de HIV/AIDS até as construções sociais heteronormativas, continuam a influenciar as práticas de notificação e o acolhimento nos serviços de saúde. A falta de capacitação técnica e ética dos profissionais, somada à ausência de diretrizes claras sobre responsabilidades e processos de notificação, contribui para a revitimização e a exclusão desses indivíduos.

Por fim, este estudo reforça a necessidade de repensar as estruturas que perpetuam a invisibilidade de corpos e existências dissidentes. A notificação de tentativas de suicídio não deve ser apenas um ato burocrático, mas um compromisso ético com a vida e a dignidade de pessoas LGBTQIA+. Enquanto a saúde pública não reconhecer plenamente essas vidas como dignas de cuidado e visibilidade, os apagamentos históricos seguirão se repetindo — agora, não por acaso, mas por omissão.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), ao Grupo de Estudos Subjetividade e Desenvolvimento Humano (GESDH) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES).

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. K. S.; DUTRA, E. M. S. Suicídio em tempos de COVID-19: possibilidades de compreensão à luz da ontologia heideggeriana. *Estudos de Psicologia*, v. 25, n. 4, p. 460-469, 2020.

BRASIL. Decreto nº 10.225, de 5 de fevereiro de 2020.

Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 fev. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações do Ministério da Saúde. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/suicidio-prevencao/acoes-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 4: panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010-2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, .

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações Epidemiológicas e Morbidade: Violência interpessoal/autoprovocada. [S. l.], 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CGPNPAS nº 1, de 14 de julho de 2021. Aprova o plano de ação do CGPNPAS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação: normas e rotinas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância dos acidentes e violências. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 4: panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010-2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/lgbt>. Acesso em: 25 mar. 2025

CABRAL, A. M. Desidentidades e resistências: ensaio de alterações político-existenciais. Rio de Janeiro: Via Verita, 2020.

CANAVESE, D.; POLIDORO, M.; SIGNORELLI, M. C.; MORETTI, R. O.; PARKER, R. & TERTO, V. Pela urgente e definitiva inclusão dos campos de identidade de gênero e orientação sexual nos sistemas de informação em saúde do SUS: o que podemos aprender com o surto de monkeypox? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 11, p. 4191-4194, 2022.

CUNHA, E. M.; VARGENS, J. M. C. Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde. In: GONDIN, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (Org.). *Técnico de vigilância em saúde: fundamentos*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 71-112.

CASANOVA, M. Existência e transitoriedade: gênese, compreensão e terapia dos transtornos existenciais. 1. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Via Verita, 2021.

DUTRA, E. O desassossego humano na contemporaneidade. 1. ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2018.

ESCÓRCIO, M. L.; DUTRA, E. M. S. Considerações fenomenológico-existenciais sobre o habitar no semiárido brasileiro. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 24, n. 1, p. 57-65, 2018.

FERREIRA, B. O.; NASCIMENTO, M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 10, p. 3825-3834, 2022.

GRUPO GAY DA BAHIA. Observatório 2023 de mortes

violentas de LGBTQ+ no Brasil. Salvador: GGB, 2024.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. (Original publicado em 1927).

KNAUTH, D. R.; HENTGES, B.; MACEDO, J. L.; PILECCO, F. B.; TEIXEIRA, L. B & LEAL, A. F. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, e00170118, 2020.

LIMA, A. C. T.; NASCIMENTO, D. R. O câncer gay e o orgulho gay: a experiência da AIDS para o movimento LGBTQ da cidade do Rio de Janeiro (1986-1995). 2019. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1443094>. Acesso em: 25 mar. 2025.

MALDONADO-TORRES, N. Sobre a colonialidade do ser. Rio de Janeiro: Via Verita, 2022.

PAULA, J. C.; BOLTI, N. C. L. Projetos de lei relacionados à prevenção do suicídio no Brasil. *Mental*, v. 13, n. 23, p. 144-165, 2021.

PEIXOTO, V. B.; SALVADOR, E.; BIANCHETTI, A. L. R. Direitos sexuais e reprodutivos: políticas e orçamentos nos governos Temer e Bolsonaro. *Argumentum*, v. 15, n. 1, p. 23-37, 2023.

PEREIRA, C. F. Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBTQ no Brasil. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, v. 4, n. 1, p. 115-137, 2018.

ROTHER, E. T. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. vi-viii, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 24 mar. 2025.

SARDENBERG, C. M. B. O pessoal é político: conscientização feminista e empoderamento de mulheres. *Inclusão Social*, v. 11, n. 2, p. 15-29, 2018.

SILVA, M. V. M.; AZEVEDO, A. K. S. Além do arco-íris: tentativa de suicídio entre a população LGBTQ+, uma compreensão fenomenológico-hermenêutica. 2022.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/49472>. Acesso em: 25 mar. 2025.

SILVA, D. et al. Ideação suicida em pessoas LGBTQ+. In: SOUZA, H.; JUNQUEIRA, S.; REIS, T. (Org.). *Ensaio sobre o perfil da comunidade LGBTQ+*. Curitiba: IBDSEX, 2020. p. 131-146. Disponível em: <https://www.ibdsex.org.br/wp-content/uploads/2020/09/SOUZA-Humberto-da-Cunha-Alves-de-JUNQUEIRA-Sergio-Rogério-Azevedo-REIS-Toni.-Ensaio-sobre-o-perfil-dacomunidade-LGBTI.-Curitiba-IBDSEX-2020.-Colecao-Livres-Iguais-3.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.

SVALDI, J. S.; KEMPFER, S. S. Atendimento de pessoa autodeclarada LGBTQIA+ com ideação ou tentativa de suicídio em serviços de saúde. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/228692>. Acesso em: 25 mar. 2025.

TESSER JUNIOR, Z. C.; PAIM, M. B.; SELAU, B. L.; BORTOLI, F. R. & KOVALESKI, D. F. A invisibilidade das pessoas LGBTQ no acesso à saúde. *Trabalho, educação e saúde*, v. 22, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: WHO, 2019.