



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JÚLIA SANTOS SVALDI

**ATENDIMENTO DE PESSOA AUTODECLARADA LGBTQIA+ COM IDEIAÇÃO
OU TENTATIVA DE SUICÍDIO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2021

JÚLIA SANTOS SVALDI

**ATENDIMENTO DE PESSOA AUTODECLARADA LGBTQIA+ COM IDEACÃO
OU TENTATIVA DE SUICÍDIO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro

Professora Orientadora: Dra. Silvana Silveira Kempfer.

FLORIANÓPOLIS

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Svaldi, Julia Santos

Atendimento de pessoa autodeclarada LGBTQIA+ com ideação
ou tentativa de suicídio em serviços de saúde / Julia Santos
Svaldi ; orientador, Silvana Silveira Kempfer, 2021.

60 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Suicídio.
4. Minorias Sexuais e de Gênero. I. Kempfer, Silvana
Silveira. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Julia Santos Svaldi

**ATENDIMENTO DE PESSOA AUTODECLARADA LGBTQIA+ COM IDEACÃO
OU TENTATIVA DE SUICÍDIO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 24 de setembro de 2021

Prof. Dra. Diovane Ghignatti da Costa
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:

Prof.ª Dr.ª Silvana Silveira Kempfer
Orientadora e Presidente

Prof.ª Dr.ª Olga Regina Zigelli Garcia
Membro Efetivo

Psicólogo Me. Aurivar Fernandes Filho
Membro Efetivo

Prof.ª Dr.ª Adriana Dutra Tholl
Membro Suplente

Dedicatória

Dedico esse estudo à todes que resistem pela existência e sobrevivem além das adversidades de uma sociedade em (des)construção.

Resumo

A diversidade sexual e de gênero, tal qual o suicídio, são tabus, assuntos pouco discutidos e por vezes negligenciados, tanto na sociedade quanto no âmbito da saúde. Este estudo tem como objetivo compreender a experiência de pessoa declarada LGBTQIA+ no acolhimento em um serviço de saúde por situação que envolve ideação ou tentativa de suicídio e mapear as fragilidades e potencialidades desse atendimento. Trata-se de revisão integrativa de literatura. Os dados foram coletados no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, com os termos livres suicídio e LGBT, resultando em 859 trabalhos e, após seleção, foram incluídos 12 na íntegra para análise. A coleta ocorreu em abril de 2021. A discussão e análise dos dados foi dividida em quatro ideias centrais: Caracterização dos estudos, Despertencimento e despersonalização do usuário autodeclarado como LGBTQIA+ frente ao atendimento pelos profissionais de saúde, Percepção e sentimento de invisibilidade da pessoa LGBTQIA+ no acolhimento em serviços de saúde e Espaço de acolhimento e vínculo: ressignificando a experiência do cuidado de enfermagem em situação de ideação ou tentativa de suicídio. Concluiu-se que além de enfatizar e discutir o cuidado focado na lógica biomédica e imerso em conceitos e ideologias pré-estabelecidos de ordem pessoal do profissional, que acabam violentando o indivíduo dentro do próprio serviço de saúde, a importância de capacitar os profissionais, formados e em formação, para que saibam lidar com tais situação, promovendo um atendimento qualificado, humanizado e equitativo

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Suicídio; Homofobia; Minorias Sexuais e de Gênero.

Lista de Figuras

Figura 1: Gráfico de número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano de 2011 a 2016 no Brasil	12
Figura 2: Flow Diagram.....	21

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização dos estudos	21
Tabela 2: Demonstração dos resultados do estudo	24

Lista de Siglas

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

CoFEn – Conselho Federal de Enfermagem

COPE – Código de Ética Profissional da Enfermagem

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Transgêneros ou Travestis, *Queers*, Intersexuais, Assexuais e + .

OMS – Organização Mundial da Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

Resumo.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 O suicídio na sociedade contemporânea: falar é necessário	14
2.2 Diversidades de gênero e sexuais: conhecendo as populações LGBTQIA+	15
2.3 Enfermagem no atendimento à ideação suicida/ suicídio LGBTQIA+	16
3. MÉTODO	18
3.1 Tipo de estudo.....	18
3.2 Contexto e participantes.....	18
3.3 Coleta de dados	18
3.4 Análise dos dados.....	18
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
4.1 Caracterização dos estudos	20
4.2 Despertencimento e despersonalização do usuário autodeclarado como LGBTQIA+ frente ao atendimento pelos profissionais de saúde.	41
4.3 Percepção e sentimento de invisibilidade da pessoa LGBTQIA+ no acolhimento em serviços de saúde.....	46
4.4 Espaço de acolhimento e vínculo: ressignificando a experiência do cuidado de enfermagem em situação de ideação ou tentativa de suicídio.	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE A	59

1. INTRODUÇÃO

O tema atendimento de pessoa autodeclarada LGBTQIA+ com ideação ou tentativa de suicídio em serviços de saúde ainda é pouco explorado na comunidade científica, e, se considerar a experiência de atendimento em serviço de saúde de pessoa autodeclarada LGBTQIA+ em situação de ideação ou tentativa de suicídio tem-se ainda menos representação nos estudos na área da saúde.

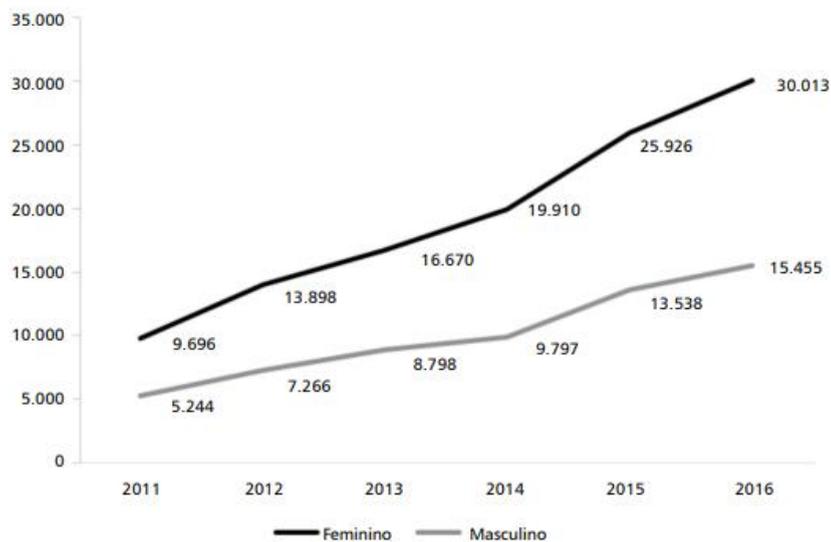
A diversidade sexual segue sendo estigmatizada e patogenizada pela sociedade. A Associação Americana de Psiquiatria deixou de classificar a homossexualidade como “distúrbio” ou “perversão” em 1973, a qual só foi excluída da Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) na década de 1990. E essa não é uma luta ganha, onde, no país no qual vivemos, as terapias de “reversão sexual” entraram em pauta, mesmo sendo contra a Organização Mundial da Saúde (OMS). Tal legislação entrou em vigor e foi caçada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) apenas em abril de 2019. Essas questões legais, bem como a visão da sociedade com relação a estas pessoas impactam muito no atendimento da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde, seja por questões culturais e na própria formação dos profissionais da saúde. (BOTEGA, 2015)

Vivemos em uma sociedade que associa as demandas LGBTQIA+ em saúde com sexualidade, ISTs e violência, o que prejudica o atendimento, as condutas profissionais no cuidado em Saúde Mental e a identificação das demandas de sofrimento psíquico.

Segundo Botega (2015), questões de gênero e sexualidade são fatores de risco para suicídio, sendo um comportamento de maior prevalência em adolescentes e adultos jovens, geralmente motivados por fatores como: atitudes, estigma e discriminações sociais e estresse ao revelar tal condição à rede de apoio; inconformidade de gênero; agressão contra homossexuais dentre outras.

Os casos de suicídio vêm aumentando no mundo a cada dia. O último boletim epidemiológico que traz os números de notificações por lesões autoprovocadas entre 2011 a 2016 mostra um crescimento exponencial no número de casos, como mostra a Figura 1:

Figura 1: Gráfico de número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano de 2011 a 2016 no Brasil



Fonte: Sinan/Ministério da Saúde.

Fonte: Brasil (2017)

O suicídio é um evento complexo e subjetivo podendo sofrer influência de vários fatores como os culturais, sociais, demográficos, a faixa etária, dentre outros. No Brasil, os principais meios utilizados para a violência autoinfligida são o enforcamento (47%), ferimento por armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Todavia, esse perfil é amplo, ainda mais considerando a diversidade cultural do país. Existe, ainda, uma elevada taxa de indefinição dos meios utilizados para os dados de suicídio, o que prejudica a qualidade dos dados disponíveis. (LOVISI *et al*, 2009 *apud* BOTEGA, 2015)

Sabendo que a enfermagem está na linha de frente nos atendimentos de casos de tentativa ou ideação suicida, é imprescindível a avaliação de como está sendo realizado tal atendimento nos serviços de saúde, para que seja possível viabilizar o melhor atendimento para essa população.

Este estudo foi motivado à partir da experiência vivida pela pesquisadora em um atendimento de saúde mental à ideação suicida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) durante a atividade prática na graduação em enfermagem, onde percebeu as limitações ao realizar o atendimento. Estas demandas chegam à enfermeira para acolhimento e, problematizando para as questões de diversidade sexual, o quanto o atendimento à comunidade LGBTQIA+ pode ser ainda mais frágil, limitado e proveniente de pré-conceitos por parte do profissional que realiza o atendimento. Considerando o exposto emergiu a seguinte questão norteadora: Qual é a experiência de cuidado à pessoa auto declarada

LGBTQIA+ no acolhimento em serviço de saúde por situação que envolve ideação ou tentativa de suicídio?

O estudo tem como objetivo compreender a experiência da pessoa autodeclarada LGBTQIA+ no acolhimento em serviços de saúde por situação que envolve ideação ou tentativa de suicídio e mapear as fragilidades e potencialidades desse atendimento.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O suicídio na sociedade contemporânea: falar é necessário

Segundo a OMS (2019), o suicídio é um grave problema para a mortalidade precoce de jovens, sendo um sério problema de saúde pública a nível global, o qual o principal método de suicídio no mundo é a intoxicação por pesticidas, considerado ainda, o método com mais possibilidade de atuação para prevenção. Estima-se que cerca de 800 mil pessoas morrem todo ano de suicídio no mundo e, que o mesmo, é o segundo maior causador de morte em jovens-adultos entre 15 a 29 anos de idade. O suicídio é um problema de saúde pública que precisa ser falado, discutido, revisto e prevenido urgentemente. (OMS, 2019).

Mesmo com números absurdos que comprovam a relevância do assunto, os números e estatísticas relacionadas ao suicídio são um grande problema para a epidemiologia. Vivemos em uma cultura que tem o suicídio como um tabu, assunto evitado, e os casos só são classificados como tal quando há comprovação da intenção de se matar, ou seja, a morte é acidental até que se prove o contrário. Sendo ainda um evento muito subjetivo, temos muitos casos onde a morte acaba sendo classificada como intenção indeterminada ou causa mal definida, o que mascara números, registros e dados objetivos. (NÓBREGA, 2015)

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (2014) afirma que “suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal.”. Todavia, o suicídio não é apenas o evento isolado, existem diversos fatores que predis põe: pensamento, plano, tentativa. Sendo assim, a ideação suicida é, desde o pensamento até mesmo a tentativa ou suicídio, ambas preocupantes. (ABP, 2014)

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), dentre os fatores de risco para suicídio, destacam-se: tentativa prévia de suicídio e doença mental. Segundo a OMS (2014), temos em destaque também como fatores de risco para suicídio: pobreza, ruptura de relacionamento, doença física, perda de emprego, exposição à violência, abuso na infância, abuso do uso de álcool e drogas e acesso à métodos suicidas de alta letalidade. Porém, um dos fatores de risco significativo é o gênero, onde é de conhecimento que tentativas de suicídio são três vezes mais frequentes em mulheres comparadas aos homens que, em contrapartida, têm três vezes mais número de óbitos por suicídio. Além disso, o conflito com a identidade sexual também é um atenuante para o risco de suicídio. (ABP, 2014)

2.2 Diversidades de gênero e sexuais: conhecendo as populações LGBTQIA+

A luta da comunidade LGBTQIA+ é política, é cultural e é uma luta constante. Atualmente vivemos uma realidade muito diferente das últimas décadas. Contando com direitos, discussões e representatividade, a diversidade sexual vem sendo pauta em diversos espaços na sociedade, o que traz avanços em relação à igualdade, no combate ao preconceito e à estigmatização, patologização, entre outros. Todavia, mesmo com diversos avanços, estamos longe de alcançar o cenário igualitário.

A Primeira sigla que surgiu para identificação desta população foi “GLS”, que contemplava apenas Gays, Lésbicas e Simpatizantes, na qual havia um grande foco comercial. Em 2005 houve o XII Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros, houve a discussão e inclusão da letra “B” para representatividade de Bissexual e “T” contemplando travestis, transexuais, e transgêneros. Após a I Conferência Nacional GLBT, foram incluídas ainda as diversidades: “Q”, representando queer; “I”, representando intersexuais; “A”, representando os assexuais e “+” para inclusão de mais categorias. Sabemos, ainda, que estamos em constante atualização e mudança das nomenclaturas. (BORTOLETTO, 2019)

Segundo o Ministério da Saúde (2013), “lésbica é o termo utilizado para designar mulheres que se identificam como mulheres e se relacionam sexual e afetivamente com outras mulheres”, e Bissexual é aquela pessoa, independente do gênero que se identifica, que tem interesses afetivos e sexuais por pessoas de ambos os sexos.

Gay é o termo que se refere a uma pessoa do gênero masculino, independente de ser cis ou trans, o qual possui desejos, práticas sexuais e/ou relacionamento afetivo-sexual com outras pessoas do gênero masculino. (GAYLATINO; ALIANÇA NACIONAL LGBTI, 2018)

Transgênero, então, é uma terminologia utilizada para descrever pessoas que transitam entre os gêneros, ou seja, são pessoas cuja identidade de gênero transcende as definições convencionais de sexualidade. Transexual é o termo usado para a pessoa que se identifica com gênero diferente do sexo designado no nascimento. Travesti diz respeito à pessoa que nasceu com determinado sexo, ao qual foi atribuído culturalmente o gênero considerado correspondente pela sociedade, mas que passa a se identificar o gênero oposto. (ABGLT, 2010 apud GAYLATINO; ALIANÇA NACIONAL LGBTI, 2018) (GAYLATINO; ALIANÇA NACIONAL LGBTI, 2018)

Queer é um termo utilizado tanto relacionado à orientação sexual quanto pela identidade e expressão de gênero. É utilizado por pessoas cuja orientação sexual não é bem representada nas categorias já existentes. De modo geral, para as pessoas queer, os termos

lésbica, gay, e bissexual são percebidos como rótulos que restringem a amplitude e a vivência da sexualidade. (GAYLATINO; ALIANÇA NACIONAL LGBTI, 2018)

Segundo Gaylatino e Aliança Nacional LGBTI (2018), mencionando Glaad (2016), Intersexual é um termo que se refere mais à questão biológica, que descreve pessoas que nascem com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como sendo tipicamente masculinos ou femininos.

Distanciando das outras orientações sexuais, o Assexual é um indivíduo que não sente propriamente a atração sexual, seja pelo sexo/gênero oposto ou pelo sexo/gênero igual. (GAYLATINO; ALIANÇA NACIONAL LGBTI, 2018)

Sendo a sexualidade humana um assunto tão amplo, fluído e em constante atualização, o “+” da sigla LGBTQIA+ contempla as demais diversidades sexuais e também apoiadores, ou seja, pessoas não-LGBTQIA+ que apoiem o movimento.

2.3 Enfermagem no atendimento à ideação suicida/ suicídio LGBTQIA+

A enfermagem tem um papel imprescindível no atendimento à qualquer indivíduo que busque o serviço de saúde. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (CoFEn) (2018) e, mais focado no atendimento à pessoa com ideação ou tentativa de suicídio, entre outras atribuições, cabe ao profissional Enfermeiro: “[...] Realizar Processo de Enfermagem por meio da consulta de enfermagem em saúde mental com o objetivo de viabilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem; Prescrever cuidados de enfermagem voltados à saúde do indivíduo em sofrimento mental; [...] Estabelecer relacionamento terapêutico no qual o enfermeiro cuida do usuário no atendimento de suas necessidades; Programar e gerenciar planos de cuidados para usuários com transtornos mentais leves ou severos e persistentes; [...] Elaborar e participar do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular dos usuários dos serviços em que atua, com a equipe multiprofissional; Realizar atendimento individual e/ou em grupo com os usuários em sofrimento psíquico e seus familiares; Conduzir e coordenar grupos terapêuticos; [...] Promover o vínculo terapêutico, escuta atenta e compreensão empática nas ações de enfermagem aos usuários e familiares; [...] Efetuar a referência e contra referência dos usuários; Desenvolver e atualizar os protocolos relativos à atenção de enfermagem ao usuário do serviço de saúde mental e psiquiatria, pautados nesta norma, adequadas às particularidades do serviço; [...] Promover a vinculação das pessoas em sofrimento/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e

outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção no território; [...] Promover ações para o desenvolvimento do processo de reabilitação psicossocial; [...] Aplicar testes e escalas em Saúde Mental que não sejam privativas de outros profissionais”.

E, ainda, segundo o CoFEn (2018), cabe ao enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, entre outras atribuições: “Estabelecer o relacionamento terapêutico como base no processo de cuidar em saúde mental, fundamentado em teorias de enfermagem que subsidiam a interação com o usuário de forma sistemática e planejada; [...] Conduzir e coordenar grupos terapêuticos”.

De acordo com as atribuições e responsabilidades de um enfermeiro no âmbito da saúde mental e principalmente no atendimento à crise suicida, enfatizando que por muitas vezes é a enfermagem a primeira a receber tal paciente e acolher sua demanda, o profissional precisa estar atualizado, munido de empatia e conhecimento científico da melhor dinâmica de atendimento para cada caso e também deve estar ciente que, em atendimento, deve estar isento de qualquer tipo de pré julgamento ou preconceito.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Revisão Integrativa de Literatura

3.2 Contexto e participantes

Capturar na literatura científica informações sobre a experiência de cuidado à pessoa declarada LGBTQIA+ no acolhimento em serviços de saúde por situação que envolve ideação ou tentativa de suicídio.

Os participantes serão profissionais da equipe de saúde, familiares ou indivíduos que relatem e tragam dados sobre experiência de cuidado à pessoa auto declarada LGBTQIA+ no acolhimento em serviços de saúde por situação que envolve ideação ou tentativa de suicídio.

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados nas bases de dados Catálogo de Teses e Dissertações do CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Foram incluídos estudos disponíveis no idioma português com texto na íntegra, publicados entre o período entre 2016 a 2021. Os dados foram coletados das bases de dados em Abril de 2021. Para a coleta dos dados foi utilizado um protocolo previamente construído. Foram incluídos somente teses e dissertações. A pesquisa se desenvolveu seguindo cinco etapas pré-estabelecidas para construção de uma revisão integrativa de literatura, sendo elas: 1) identificação e formulação do problema, 2) coleta de dados 3) avaliação dos dados, 4) análise dos dados e 5) apresentação e interpretação dos resultados. Buscaram-se então conclusões a partir da análise e discussão das informações extraídas dos artigos resultantes das pesquisas analisadas em resposta à questão norteadora do estudo. (CROSSETTI, 2012)

Foi usado o protocolo criado por Souza, Silva e Machado (2010), conforme Anexo 1, como instrumento para coleta de dados. A estratégia utilizada para captura de dados nas bases foi a partir dos seguintes termos livres: SUICÍDIO, LGBT.

3.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir da organização e categorização das informações coletadas nos estudos selecionados, conforme semelhança e aproximação temática com a literatura científica disponível, a qual fundamentou a reflexão e discussão das informações, o que permitiu a síntese e a busca da evidência científica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados e apresentados em forma de um manuscrito, conforme regulamento do Curso de Enfermagem UFSC, descrito a seguir:

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À IDEIAÇÃO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO DE PESSOA AUTO DECLARADA LGBTQIA+ NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: Revisão integrativa de literatura

A diversidade sexual e de gênero, tal qual o suicídio, são tabus, assuntos pouco discutidos e por vezes negligenciados, tanto na sociedade quanto no âmbito da saúde. Este estudo tem como objetivo compreender a experiência de pessoa declarada LGBTQIA+ no acolhimento em um serviço de saúde por situação que envolve ideação ou tentativa de suicídio e mapear as fragilidades e potencialidades desse atendimento. Trata-se de revisão integrativa de literatura. Os dados foram coletados no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, com os termos livres suicídio e LGBT, resultando em 859 trabalhos e, após seleção, foram incluídos 12 na íntegra para análise. A coleta ocorreu em abril de 2021. A discussão e análise dos dados foi dividida em quatro ideias centrais: Caracterização dos estudos, Despertencimento e despersonalização do usuário autodeclarado como LGBTQIA+ frente ao atendimento pelos profissionais de saúde, Percepção e sentimento de invisibilidade da pessoa LGBTQIA+ no acolhimento em serviços de saúde e Espaço de acolhimento e vínculo: ressignificando a experiência do cuidado de enfermagem em situação de ideação ou tentativa de suicídio. Concluiu-se que além de enfatizar e discutir o cuidado focado na lógica biomédica e imerso em conceitos e ideologias pré-estabelecidos de ordem pessoal do profissional, que acabam violentando o indivíduo dentro do próprio serviço de saúde, a importância de capacitar os profissionais, formados e em formação, para que saibam lidar com tais situação, promovendo um atendimento qualificado, humanizado e equitativo

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Suicídio; Homofobia; Minorias Sexuais e de Gênero.

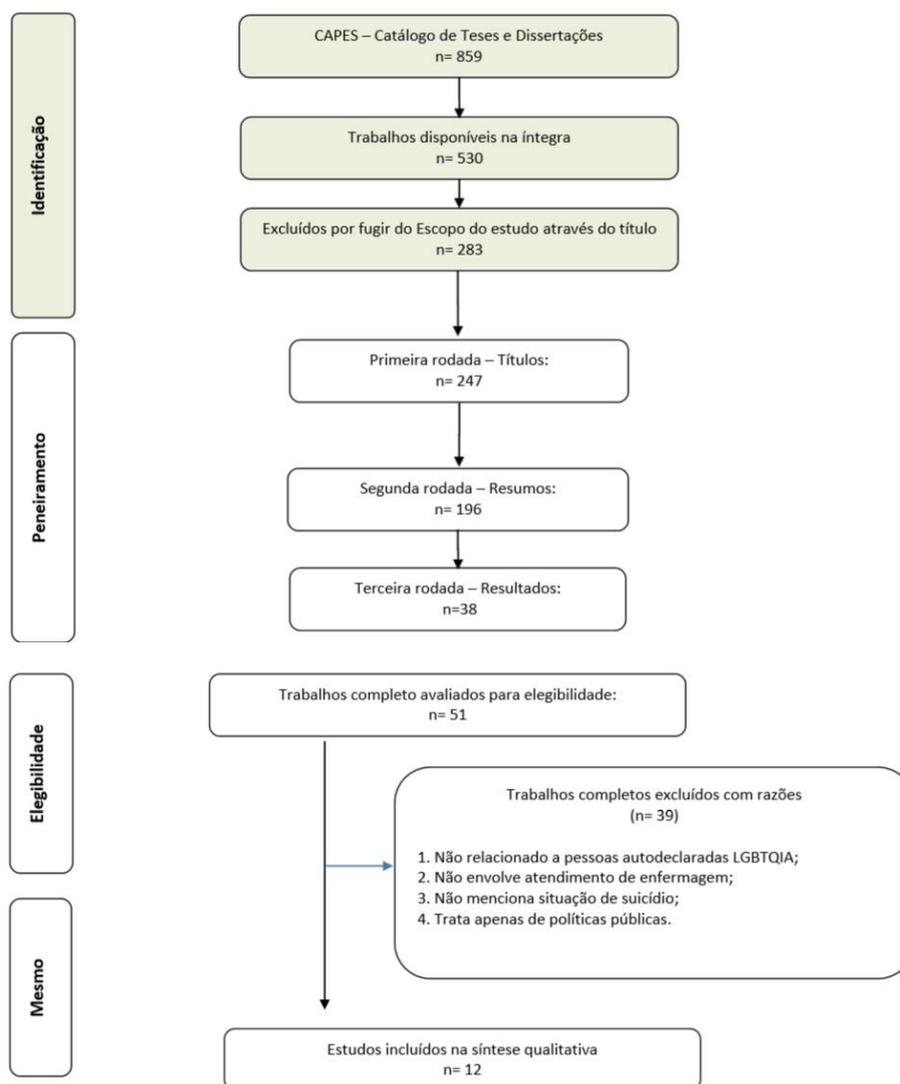
4.1 Caracterização dos estudos

Os resultados foram organizados e apresentados em quatro categorias: Caracterização dos Estudos, Despertencimento e despersonalização do usuário autodeclarado como LGBTQIA+ frente ao atendimento pelos profissionais de saúde, Percepção e sentimento de invisibilidade da pessoa LGBTQIA+ no acolhimento em serviços de saúde e Espaço de acolhimento e vínculo: ressignificando a experiência do cuidado de enfermagem em situação de ideação ou tentativa de suicídio.

A coleta foi realizada em abril de 2021, sendo encontrados 859 resultados. Os resultados foram filtrados segundo o Flow Diagram, e chegando a inclusão de 12 trabalhos para análise.

Os estudos capturados e incluídos seguiram o fluxo do Flow diagram, como segue na figura 2:

Figura 2: Flow Diagram



¹ Adaptado do PRISMA.

Fonte: Própria autora, 2021.

Os estudos incluídos são caracterizados na Tabela 1, conforme o código, instituição de ensino, ano de conclusão, autores, título e objetivo geral.

Tabela 1: Caracterização dos estudos

CÓDIGO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO GERAL
T01	Universidade Estadual de Maringá	2018	Paulo Vitor Palma Navasconi	Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento	Investigar de que modo a literatura científica sobre o suicídio tem abordado este fenômeno em relação a jovens LGBTTIs, e como o marcador de raça é acionado nas discussões

CÓDIGO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO GERAL
				sobre jovens negros/as LGBTTIs	sobre jovens LGBTTIs.
T02	Fundação Oswaldo Cruz	2020	Bruno Alves Brandão	Cuidado à população LGBT: Iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro	Analisar iniciativas desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária em Saúde dirigidas à população LGBT, no município do Rio de Janeiro, e examinar como essas podem promover o cuidado dessa população.
T03	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	2020	Ianny Felinto Medeiros de Azevêdo	A tentativa de suicídio e o Seridó potiguar: um estudo à luz da fenomenologia hermenêutica heideggeriana	Compreender a experiência da tentativa de suicídio, na região do Seridó potiguar.
T04	Universidade Federal do Vale do São Francisco	2020	Tuanny Italla Marques da Silva Pereira	Acolhimento, atenção e cuidado à população LGBT na atenção primária à saúde: perspectivas de profissionais da saúde	O objetivo geral do presente estudo foi compreender entendimentos ou concepções de equipes interprofissionais sobre a atenção e o cuidado à saúde do público LGBT.
T05	Universidade do Planalto Catarinense	2020	Pâmela Silva dos Santos	Saúde das lésbicas: Compreensão dos profissionais de saúde na atenção primária	Conhecer a compreensão dos profissionais da Atenção Primária acerca das questões de saúde das mulheres lésbicas da cidade de Lages (SC).
T06	Universidade de Brasília	2021	Izabella Rodrigues Melo	A saúde vista pelas cores do arco-íris: experiências de representantes do movimento LGBTQI+ no distrito federal	A compreensão do acesso ao SUS pela população LGBTQI+ A partir do ponto de vista de representantes de movimentos sociais
T07	Universidade de	2017	Thiago	Um réquiem feito	O objetivo principal dessa pesquisa é

CÓDIGO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO	ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO GERAL
	São Paulo		Nagafuchi	de silêncios: <i>Suicídio, gênero e sexualidade na Era Digital</i>	lançar luz a um tema relativamente pouco estudado e que ainda é um tabu social, que é a interseção entre suicídio, gênero e sexualidade (ainda que parte dessa relação e ainda que de maneira bem específica pelas mídias sociais).
T08	Universidade de São Paulo	2016	Giovana Vidotto Roman Toro	Tentativa de suicídio: Vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro	Compreender como profissionais de saúde, que atuam em pronto-socorro, vivenciam a assistência prestada ao paciente que tentou suicídio.
T09	Universidade Federal Da Paraíba	2017	Geane Silva Oliveira	O sus é universal? Uma análise a partir da visão de profissionais de saúde e usuários(as) LGBT	Conhecer como os profissionais da equipe saúde da família percebem o acesso da população LGBT aos serviços de saúde; Conhecer como as pessoas LGBT percebem seu acesso aos serviços de saúde da estratégia saúde da família;
T10	Universidade Estadual Paulista (UNESP)	2019	Yasmin Aparecida Cassetari da Silva	Vozes do silêncio: Lesbofobias e a processualidade suicida	Objetivo não está claro no estudo.
T11	Fundação Oswaldo Cruz	2019	Breno de Oliveira Ferreira	Os vários tons de <i>não</i> : experiências de profissionais da atenção básica na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí	Analisar relatos de experiências de profissionais da atenção básica na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí.
T12	Universidade de Fortaleza	2018	Clarice Souza Lopes Nunes	Processo transexualizador no sistema único de saúde: revisão integrativa	Investigar por meio da produção científica a abordagem sobre o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde

Fonte: Própria autora.

Categorizados os dados, abaixo tem-se a tabela com todos os achados de cada estudo

incluído no estudo:

Tabela 2: Demonstração dos resultados do estudo

CÓDIGO	RESULTADOS
T01	<p>No entanto, mesmo havendo o reconhecimento da população LGBTTI como um grupo vulnerável, verifica-se, na literatura científica, a existência de poucos estudos correlacionando questões referentes a sexualidade, gênero e comportamento suicida.</p> <p>Nesse sentido, além de sofrer práticas discriminatórias e homofóbicas em suas relações interpessoais, jovens e adolescentes LGBTTIs também vivenciam violências e práticas homofóbicas no contexto da saúde, desde a invisibilidade da orientação sexual até mesmo ataques homofóbicos em relação à sua condição e performance de gênero.</p> <p>Dessa forma, adolescentes LGBTTIs que tentam o suicídio se necessitarem fazer uso de atendimentos médicos e emergenciais, pode passar a se sentir assim como em sua família/grupo social: envergonhado/a, culpado/a, constrangido/a, querendo e tentando descobrir o porquê do insucesso da tentativa de suicídio, e esse/a jovem ou adolescente, ao chegar ao serviço de emergência, pode se defrontar com um ambiente despreparado para seu atendimento, para compreensão do fato, isto é, entrando em contato com um ambiente despreparado, com olhares depreciativos e julgamentos, o que faz impactar e intensificar ainda mais o sentimento de desamparo, de desamparo, não aceitação.</p> <p>Com isso, o/a adolescente passa a ser representado como “aquele menino/a que estaria querendo chamar a atenção” ou se pode ouvir as seguintes expressões: “eu sofri e sofro e não me matei”, “esse sujeito merece ficar aí, vamos atender quem realmente merece”, entre outras expressões.</p> <p>Dessa forma, evidencia-se certo despreparo por parte dos profissionais da saúde em relação a lidar com o suicídio, principalmente, em jovens e adolescentes, e, além disso, os/as profissionais da saúde</p> <p>Os jovens LGBTTIs se encontram em situação de vulnerabilidade e são expostos a diferentes tipos de violência verbal, psicológica e física, gerando intensos sofrimentos</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>e, conseqüentemente, podendo resultar em ideações e tentativas de suicídio. Junto a isso, esses corpos já se encontram vulneráveis, posto que diferem em termos de comportamento e orientação sexual do padrão hegemônico fixado culturalmente, socialmente e historicamente no contexto ocidental.</p> <p>É possível afirmar que instituições de poder usam o conhecimento para exclusão e privilégio, mesmo verificando que a literatura especializada afirma que o suicídio deve ser entendido enquanto um fenômeno multifacetado, ou seja, no plano prescrito, o fenômeno do comportamento suicida é entendido a partir dos fatores sociais, biológicos, culturais, econômicos, políticos, geográficos, geracionais, étnico-raciais e pela perspectiva de gênero, dentre outros fatores, porém, no plano real, observamos a invisibilidade de uma série de fatores e elementos que passam a constituir o que denominamos de comportamento suicida. Favorecendo, então, para o apagamento, exclusão e para a manutenção de uma voz única no que se refere à transmissão, produção e reprodução dos saberes e conhecimentos ditos científicos.</p> <p>É preciso, com urgência, rompermos com essa amnésia produzida, posto que, se, em um dado momento, entendo o fenômeno do suicídio em sua possível totalidade – abarcando o máximo de marcadores sociais possíveis –, por que, então, ignorar tais marcadores e fenômenos? Por isso, reiteramos a necessidade de se entender, compreender e produzir um conhecimento acerca do fenômeno do suicídio, enquanto um conhecimento interseccional.</p> <p>questionamo-nos: “Será que essa afirmação considera todas essas particularidades e singularidades no que diz respeito ao comportamento suicida e suas relações com os marcadores sociais da diferença?”. Eis a questão: “O suicídio, por ser um problema multifacetado e de saúde pública, será visto e entendido, pela literatura científica e por profissionais da saúde e de educação, como um problema multifacetado e atravessado por diferentes marcadores e fatores, isto é, como um problema interseccional? Ou tanto a literatura científica como os profissionais entenderão o problema de Alice focalizando apenas no que a levou ao ato do suicídio, desconsiderando, assim, esses e outros fatores que atravessam sua vida? A resposta, provavelmente, seria não, isto é, a literatura e os profissionais não entenderiam o problema de Alice como um problema</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>interseccional. Outro exemplo que podemos fazer uso diz respeito aos ataques discriminatórios e homofóbicos que jovens LGBTTIs vivenciam no contexto de saúde e de internação após as tentativas de suicídio, posto que, segundo a literatura analisada, verifica-se que jovens LGBTTIs vivenciam violências praticadas por profissionais da saúde que vão desde a invisibilidade da orientação sexual a, até mesmo, ataques homofóbicos em relação à sua performance de gênero. Sim, jovens LGBTTIs sofrem violências e possuem um atendimento, na maioria das vezes, diferenciado, todavia essa diferenciação também estará pautada na cor e na classe social dessa pessoa, ou seja, se essa pessoa for negra, periférica/pobre e desempenhar um papel de gênero destoante do que se espera socialmente – por exemplo, é gay, mas se comporta como “homem” –, logo a violência que essa pessoa irá enfrentar será em níveis diferentes do que uma pessoa LGBTTI que desempenha um papel de gênero mais próximo do que se espera, socialmente, dessas pessoas, por exemplo.</p>
<p>T02</p>	<p>A importância do vínculo como uma estratégia da equipe e não de apenas um indivíduo surge no relato:</p> <p>(...) as estratégias são várias para construção de vínculo, você ter uma equipe boa, principalmente de enfermagem, que tem uma sensibilidade, um feeling, um discurso, que vá contribuir para desconstruir esse olhar, então há situações de sucesso e há situações de não sucesso (Profissional 2).</p> <p>No tocante à população LGBT, a relação usuário-profissional parece ser atravessada pela falta de preparo dos profissionais e pelo medo de sofrer preconceito por parte desses usuários</p> <p>Quando observamos a motivação dos realizadores para a criação de atividades, percebemos que a autopercepção de despreparo técnico e da rede de saúde, em lidar com algumas situações de cuidado envolvendo usuários LGBT, exerceu um papel importante.</p>
<p>T03</p>	<p><i>Eu injetei uma seringa com uma substância na minha barriga. Era um líquido para</i></p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p><i>tratamento estético que poderia causar intoxicação, pois tinha ácido, era para tratamento de pele. Eu pensava que pela intoxicação eu não iria sobreviver. Até hoje eu tenho na barriga um caroço que de vez em quando cria uma massa e eu espremo. Já procurei tratamento, mas me disseram que não tem cura. Eu sinto muita dor até hoje. Eu acho que eu já fiz tanta coisa comigo que eu não vou mais precisar me matar, vai ter alguma consequência, já deve estar tendo alguma consequência que vai me fazer morrer. No dia seguinte eu senti muita dor, os médicos passaram exames, mas eu não disse que tinha sido uma tentativa. Você é a terceira pessoa que está sabendo, o médico, o padre e você.</i></p> <p>É imprescindível pensarmos acerca da escuta e apoio psicológico oferecido a essas pessoas. Percebemos em Maria, Amélia, Teresa, Francisco e José o silenciar do sofrimento; essa constatação nos convoca para a necessidade de pensar ações assistenciais que sejam espaços de escuta e que contribuam para a ressignificação desta experiência. No campo da formação profissional, por sua vez, este estudo vem favorecer a reflexão sobre o papel do acolhimento psicológico às pessoas que tentaram suicídio, repensando a prática clínica tradicional, aproximando-a das questões próprias da contemporaneidade e evitando-se formas de cuidados equivocadas quando estamos tratando de um fenômeno tão complexo quanto o suicídio, favorecendo a problematização acerca do nosso fazer psicológico</p>
T04	<p>“Acho que quando você [profissional de saúde] tem preconceito e externa isso, a pessoa não se sente confortável pra procurar uma unidade de saúde. Então, quando ela vem, já é em um estado muito mais avançado do que seria se tivesse uma prevenção, se viessem em outros contextos” (P68).</p> <p>Com a realização deste estudo foi possível constatar que a associação das ISTs ao público LGBT ainda é frequente entre os profissionais de saúde, sendo estas doenças a principal motivação para a busca dos serviços de Atenção Primária à Saúde pelo grupo, seguida de: problemas na saúde emocional, consequências da violência física e procura para realização de exame citopatológico por mulheres lésbicas e bissexuais.</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>Outras barreiras enfrentadas pelo público LGBT, que podem levar à evasão dos serviços de saúde incluem: atendimento inadequado, profissionais não capacitados, incapacidade em manejar questões específicas do universo LGBT e falta de respeito ao uso do nome social.</p> <p>Outro ponto que merece destaque é a importância do entendimento, por parte dos profissionais de saúde, da influência do preconceito e discriminação no processo saúde-doença de pessoas LGBT. Ter percebido, mesmo que nas falas de poucos participantes do presente estudo, palavras ou expressões com teor preconceituoso, levou à reflexão de como está ocorrendo o atendimento nestes serviços</p>
T05	<p>lesbofobia pode se apresentar de diferentes maneiras e produzir igualmente diferentes impactos na vida e saúde das lésbicas, como por exemplo: exclusão familiar, dificuldades relacionadas ao ingresso e permanência no mercado de trabalho, impactos na saúde mental, altos índices de suicídio e autolesão, maior prevalência de alcoolismo e uso/dependência de outras drogas, entre outras.</p> <p>Como consequência do cenário identificado, apresenta-se uma prática de saúde que, ao invisibilizar a população de lésbicas, vai além da não oferta de um atendimento à saúde integral com equidade e acaba por esbarrar na reprodução de violências a nível institucional, e na ausência de promoção de saúde e prevenção de agravos, muitas vezes gerados pela lesbofobia</p>
T06	<p><i>Eu sinto que eu não poderia ser atendida por qualquer pessoa. Pode ser uma dificuldade em termos de saúde mental, de encontrar identificação nesses profissionais, de identificar capacitação, eu também acho que os profissionais de saúde mental não têm conhecimento suficientemente sobre essa área, para compreender. Então, no quesito saúde mental isso pode ser algo muito importante, eu sinto, não só para as mulheres lésbicas, mas para a comunidade LGBT, no geral.</i></p> <p><i>Eu tenho transtorno psicológico. Se eu tiver em algum outro momento da minha vida passar por mais uma internação psiquiátrica, como é que eu vou ser tratada? Eu vou ter que ficar reclusa, em um ambiente só com pessoas cisgênero. Então na minha cabecinha de pessoa trans já está a questão de que eu não posso mais me internar,</i></p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p><i>isso não é mais um direito meu. Eu não quero ter essa experiência porque eu sei que vai ser uma experiência péssima, seja no sistema público ou privado, seja pelos profissionais que não vão saber me atender, seja pelas outras pessoas que vão estar ali reclusas, e que vão ser transfóbicas. Às vezes a gente já sabe que a gente vai sofrer um constrangimento e a gente nem vai no médico. Qualquer coisa que envolva um profissional de saúde ter que trabalhar meu aparato sexual, aí eu já prefiro não ir no médico, eu dou outros jeitos.</i></p> <p><i>Eu não queria que tivesse ambulatório trans, porque o que eu queria era chegar no hospital e ser atendido, chegar no posto de saúde e ser atendido por um endócrino, o que for, e ter os meus hormônios de forma correta, ele olhar os meus exames e fazer todo acompanhamento perto de casa. E aí por diversas vezes eu já me vi doente e de não ir para o posto de saúde sabendo que eu não ia ser bem-visto e bem tratado.</i></p> <p>Cabe ressaltar que a inserção de uma pessoa na população LGBTQI+ não configura fator de risco para a saúde mental; as variáveis relacionadas ao adoecimento destas pessoas decorrem das exclusões e opressões impostas a elas por sociedades LGBTQIfóbicas, como a brasileira.</p> <p>Os aparelhos de atendimento em saúde são percebidos como pouco acolhedores e, por vezes, ameaçadores à integridade afetiva, social e física da população LGBTQI+. Discriminações de várias ordens são praticadas nestes ambientes, desde as portarias até os consultórios. Além disto, o alcance do atendimento prestado é limitado quando colocado em paralelo com a dimensão das necessidades e demandas trazidas por estas pessoas para o SUS, em dinâmica diretamente associada à precariedade e à descontextualização das formações em saúde.</p>
T07	<p>Ela respondeu: “longa história, mas cansei de ser trans num mundo cis”. A primeira resposta: “vim para esse fórum me perguntando se tinha mais alguém na mesma situação que eu. Eu odeio ser trans nesse mundo, e eu quero terminar com tudo!”. Segunda resposta: “Isso não é motivo para se matar. Procure ajuda”. Terceira resposta: “Se quiser conversar, estou aqui”. Eu também respondi que estava disponível para</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>conversar.</p> <p>Paramedic respondeu: “Sou socorrista, você tem que ligar para o serviço de resgate imediatamente e ir até um hospital. Não digo isso porque sou idiota, mas porque eu tenho algum conhecimento. O que você fez foi atacar o seu fígado e, se você fez a escolha e tentou dessa maneira, você escolheu uma forma extremamente lenta e dolorosa para se matar. Falência do fígado não é rápida nem indolor. Por favor, ligue para o serviço de resgate para que eles possam te ajudar antes que a medicação tenha impactos irreversíveis. (Não sou uma pessoa trans, mas me identifico como não-binário e agênero. Eu entendo o sentimento de que você não tem lugar num mundo que só parece feito para indivíduos cisgêneros, enquanto o resto de nós está fadado a lutar uma batalha diária para conseguir respirar)” (tradução com adaptação para melhor compreensão).</p> <p>Trabalhava num Centro de Defesa de Direitos Humanos, numa UPA e dava aulas numa universidade. Se sentindo cansado de tudo, tomou novamente uma caixa de remédios para dormir, dessa vez com bebidas alcoólicas para potencializar os efeitos e, mais uma vez, foi encontrando pela irmã, que o levou até uma UPA para os primeiros socorros. Como era conhecido na unidade de saúde, os técnicos e enfermeiros espalharam que ele era suicida, fazendo com que ele perdesse um dos empregos e os amigos de trabalho. Continuou com o trabalho na UPA, mas sempre sendo alvo de “olhares e falações”.</p>
T08	<p>O suicídio é caracterizado por Rafael como uma patologia a ser tratada. E, no contexto do pronto-socorro, é oferecido um atendimento rápido e eficaz, que objetiva o tratamento clínico, na busca da sobrevivência do paciente. Os diversos profissionais, principalmente médicos e equipe de enfermagem, estão envolvidos nessa assistência e trabalham conjuntamente para salvar vidas.</p> <p>O lado biológico é priorizado neste primeiro momento de urgência, entretanto, Rafael reconheceu o lado emocional do suicídio, o que faz com que esse atendimento seja um desafio, já que estudou e foi treinado para tratar o corpo físico.</p> <p>Esse desafio pode ser evidenciado durante à assistência a esse paciente, já que no</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>suicídio, o aspecto psíquico é escancarado, pois as emoções são evidentes e aí se observa, de maneira geral, o despreparo do profissional de saúde para lidar com elas, preocupando-se principalmente com sintomas físicos e palpáveis.</p> <p>Mônica mencionou uma questão importante: a tentativa de suicídio entre profissionais de saúde. Uma questão complexa, já que, ao mesmo tempo, que tem acesso aos meios e os conhecimentos para salvar vidas, esses conhecimentos também podem ser utilizados para acabar com a própria vida. O suicídio é um tema complexo que pode ser influenciado por questões relacionadas à própria profissão: ambiente de trabalho, estresse, sobrecarga física e emocional na rotina diária, entre outros.</p> <p>Mônica fez referência à postura de alguns colegas de equipe, que oferecem assistência ao paciente de forma a induzir um sofrimento ainda maior. O suicídio é visto como transgressão que deve ser punida e as falas de Mônica remeteram à ideia de castigo e/ou punição para aquele paciente. Além dessa questão, pode-se pensar que a tentativa de suicídio é vista como afronta ao profissional de saúde, que tem como objetivo “salvar vidas” e por isso, castiga e pune o paciente.</p> <p>Além de apontar algumas diferenças entre o SUS e o atendimento privado em relação aos profissionais da equipe que atendem o paciente, Mônica verbalizou como é estabelecida a prioridade para pacientes mais graves do ponto de vista clínico. Ela própria reconheceu que se uma pessoa tentou o suicídio e já está estabilizada, a equipe acaba deixando esse paciente aos cuidados do psiquiatra.</p> <p>Nota-se que os cuidados à pessoa que tentou suicídio são delegados a um profissional específico da equipe, sendo que o ideal seria um atendimento conjunto, multidisciplinar. Após a estabilização da parte clínica, espera-se que o outro profissional atue. Podemos refletir que, ao mesmo tempo em que, os profissionais reconhecem suas limitações, deixando para o profissional especializado em saúde mental o cuidado da parte psíquica, ocorre um distanciamento em relação a esse paciente, evitando-se o contato com ele.</p> <p>Ressaltou a necessidade de cuidados desses familiares, apontando trabalhos desenvolvidos no CAPS e no NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família) e</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>referindo a inexistência de atendimento aos familiares no pronto-socorro.</p> <p>Mônica também destacou como as tentativas de suicídio afetam profissionais de saúde, demonstrando que eles também precisam de cuidados, sofrem e não estão imunes a este fenômeno.</p> <p>Bianca reconheceu que havia um julgamento e desprezo pelos pacientes, exemplificando com situações e falas dos profissionais de saúde que pareciam punir o paciente após a tentativa de suicídio, fazendo com que essa pessoa tenha uma experiência negativa e sofra também durante a internação.</p> <p>O suicídio é considerado, pela a colaboradora, como doença grave, que necessita tratamento, entretanto, não é encarada como enfermidade pelos colegas de trabalho. E se não é considerado como doença, o tratamento é destinado somente aos doentes “de verdade”, que estão sofrendo e precisam de cuidados. Ao diminuir a importância do suicídio, ao não defini-lo como patologia, faz com que a assistência e o tratamento também sejam diferentes, e a pessoa passa a ser estigmatizada pela equipe assistencial</p> <p>A atitude dos profissionais de saúde, em alguns momentos, parece estar marcada pelo julgamento do paciente, de sua tentativa de suicídio. Esse fato é observado na sua fala em que há comentários “foi para chamar a atenção”, esses comentários não são considerados pejorativos pela colaboradora.</p> <p>Beatriz reitera que há dificuldade em dialogar com o paciente que tentou suicídio. Algumas interações com paciente ocorrem em tom de ironia, ilustrando a falta de preparo dos profissionais com estes pacientes.</p> <p>O reconhecimento de que há julgamento do profissional de saúde sobre o ato suicida esteve presente no discurso de Paula. Relatou que esse julgamento ocorre entre os membros da equipe, no geral, referindo que eles estão lutando para “trazer a vida da pessoa” (<i>sic</i>) e que, ao atender um paciente que tentou o suicídio, associam essa tentativa a um “chamar a atenção” (<i>sic</i>) e, muitas vezes, o paciente passa a ser tratado com indiferença.</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>O profissional de enfermagem deve ser compreendido para além de um trabalhador da saúde, deve ser visto como uma pessoa que também pode sofrer danos à própria saúde.</p> <p><i>E... ele era homossexual, ele sempre falava que a mãe dele nunca tinha aceitado a homossexualidade dele. Mas ele era muito alegre, nosso, muito, muito alegre. E de repente, ele começou a faltar, falava que ia ficar bem e foi encontrado morto. Então, foi um choque para todo mundo, foi uma época bem complicada. E aí, engraçado que depois disso, a equipe mudou muito a concepção de suicídio, de tentativa, entendeu, porque... percebeu que é mais embaixo como se fosse assim sabe, o buraco é mais embaixo. Que não é assim uma simples... querer se aparecer, alguma coisa assim. É... acontece na nossa profissão, é que quando tiver mudança, em relação ao não julgar o outro, ver o que está acontecendo mesmo.</i></p>
T09	<p>Esses valores multidimensionais apresentam-se fragilizados (gerando vulnerabilidades) quando: na visão da equipe saúde da família um indivíduo com binarismo de gênero não é visto como um ser humano com necessidades de saúde voltadas a identidade sexual e de gênero; é fragilizado desenvolvendo a inércia quando percebem o distanciamento das pessoas LGBT's das UBSF's devido ao medo ,relacionado ao desrespeito, por não aceitar a diversidades sexual durante o atendimento em saúde; torna-se frágil quando desenvolve atitudes explícitas ou não de preconceito e tolerância de minorias, e por fim é fragilizado na assistência realizada de forma reducionista, generalista e curativista.</p> <p>Diante destas reflexões torna-se importante ressaltar que profissionais da equipe saúde da família e a população LGBT necessitam aprimorar-se em aspectos relacionados a busca-oferta do acesso na estratégia saúde da família, uma vez que, o comportamento de ambos, em determinadas situações não encontram –se ancorados na proposta de integralidade mencionada anteriormente que deverá organiza-se mediante rupturas sociais que favoreçam e ampliem o acesso aos serviços de saúde</p>
T10	<p>Diante disso, novamente, ressalta-se a importância de estudos que especifiquem a temática das lesbianidades, principalmente acerca das condições sociais com as quais</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>as jovens convivam.</p> <p>NA: (...) quando eu tentei o suicídio pela primeira vez é porque eu já não aguentava mais essa pressão de ter que ser algo que eu não era. Sabe, eu me expus a relacionamentos com homens que para mim foi super agressivo. E (++), eu lembro assim, que eu tomei diversos tipos de remédio, na minha primeira tentativa de suicídio, que foi a mais grave. E eu desmaiei, eu fui para o hospital e ai fizeram lavagem estomacal, eu fiquei em coma (+) e eu acordei assim, no meio da UTI, de madrugada sem entender direito, e no outro dia eu não quis ficar lá. Porque eu não queria que as pessoas me olhassem e me julgassem. E ai eu me senti ainda mais FRACASSADA por eu ainda não conseguir MORRER. Porque eu era tão inútil que nem morrer eu não conseguia. Então, eu comecei um ciclo de uso drogas, de vários outros tipos de tentativas (+) de suicídio e episódios muito complicados para mim.</p> <p>NA: E:: eu acordei de madrugada, eu estava na UTI. E era uma época em que todo mundo tinha MP3 e ficavam passando aquelas merdas de toquinhos de celular e as enfermeiras estavam na UTI uma passando para a outra. (+) E ai, eu acordei com o barulho daqueles toquinhos de celular e, eu acordei e sentei. Quando, quando elas me viram, elas gritaram e eu gritei junto, e eu não estava conseguindo entender. E elas foram bastante ríspidas, e ai me deram de novo um (+) algo para dormir. Então eu capotei de novo. E ai, no outro dia, quando eu acordei, tinha um bando de estagiário em volta da minha cama. E eu tava (+) e:: e eu acordei com todos eles envolta e eu não conseguia entender o que eles falavam e eu quis ir no banheiro, não quis usar aquela comadre, e ai mandaram um CARA me levar no banheiro. E eu fiquei muito incomodada de novo, né. Daí eu pedi licença, e ai ele disse que como eu tinha tentado suicídio eu não podia ficar sozinha. E ai eu fui bem grossa (+) “é claro, porque eu vou me afogar na privada.” (+) Né. Porque meu, eu só quero (+) né. E ai eu fui para o quarto. Quando eu desci para o quarto, a enfermeira não falou nada, só pegou a minha veia, eu lembro que quando a gente desceu da UTI pro quarto o:: enfermeiro que me levou na cama, ele fez questão de dar viradas bruscas sabe. É (+) para mim, a impressão que eu tinha é que tipo (+) eu devia ter morrido, mesmo. Sabe? Porque eles estavam muito putos.</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>RA: Eu também tive essa impressão quando eu fui. Eles meio que querem tentar punir a gente, por ter tentado suicídio (+) para você aprender.</p> <p>NA: É, exatamente. Para aprender a se fuder (+) Ai, me colocaram num quarto que uma mulher estava morrendo e essa mulher morreu enquanto eu estava no quarto. Ai eu fiquei mais puta ainda, porque eles falavam assim para mim (+) “nossa, você que está viva quer morrer e ela que estava viva morreu”, (+) sabe, umas coisas assim. E ai assim, eu lembro da minha ex entrar e:: eu ficar muito puta com Várias coisas, e eu pegar e ir atrás da médica para por o “sorinho” e eu pedir alta. E ela me deu um xingo dizendo que o que eu havia tomado podia ter me matado e blá blá (+) e eu virei para ela e disse (+) “legalmente você não pode me prender aqui, eu estou em plena consciência, ou você vai me dar alta ou eu vou sair”. (+) E ai ela me fez assinar um termo de responsabilidade, mas foi uma bosta. Não é um atendimento humanitário, eles atendem como se tipo, (+) “olha, a gente trabalha para manter vidas e você está aqui tentando morrer. E está usando recurso, usando tempo e você tem mais é que se fuder. Então a gente vai te tratar mal, e vai ser agressivo”. (+) Então assim, não é acolhedor. E::se eu tentar o suicídio mais uma vez na vida de novo, a ultima coisa que eu quero ir é para o hospital. Porque o atendimento é péssimo. E eu acho que quando você sai, você acorda nessa situação de suicídio, você está em desespero. Não é necessariamente morrer, você quer sumir daquele problema. E você precisava de um ambiente acolhedor. E esse ambiente acolhedor, pelo menos para mim, não existiu. (+) Não existiu.</p> <p>JÁ: Me puniram colocando na ala dos que estavam entre a vida e a morte: eu lembro dos aparelhos de medição cardíaca ao lado das camas, ou dos aparelhos respiratórios. Era uma ala enorme e parcialmente escura. A ética profissional das enfermeiras não existia.</p> <p>TE: No meu caso, essa primeira vez que eu comentei (+) eu não cheguei (+) eu fui ao hospital, mas só porque eu realmente dei um (+) bati a cabeça, e rasgou a cabeça e, ai minha mãe me levou no hospital para dar ponto. E ai o médico perguntou (+) “mas o que, que aconteceu?“ (+) e ai minha mãe omitiu a situação. Porque na realidade eu tomava vários remédios, porque eu sou hiperativa, eu tenho dislexia, eu tenho depressão, síndrome do pânico, era uma porrada de coisa. Então</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>eu tomava muito medicamento, e minha mãe simplesmente falou que eu tinha tomado remédio para dormir e tinha acordado meio grogue e cai. Então ela omitiu. Mas, é(+) é(+) isso que eu vou falar agora, se eu ficar meio emocionada, é porque é:: algo meio recente assim. ((choro)) Quatro anos atrás eu passei por uma situação bem punk né, eu vivia um relacionamento muito abusivo, de oito anos, a gente começou namorar muito cedo. E a gente acabou por se separar, mas era aquela separação vai e volta. E, no meio de uma de nossas brigas (+) é (+) eu acabei (+) peguei a moto e sai. Eu andei coisa de 120 km acabei indo e voltando, tentando me jogar embaixo de todos os caminhões que eu encontrava na pista, e infelizmente eu não consegui, ou felizmente, e eu voltei para a casa dela, porque ela me ligou (+) “ei volta, vamos conversar”. (+) A gente acabou brigando mais uma vez, eu invadi a casa dela, me cortei, pulei o portão da casa dela. (+) Eu tomei um monte de remédio, calmante forte, entre outras coisas, me cortei, eu fiz tudo o que eu podia fazer. Eu apaguei, ela chamou a polícia para me tirar da casa dela, e eu fui parar na emergência da cidade e tal, no hospital. Mas a grande parte é que eu estava sem celular, sem documentos, porque ficou tudo. Eu estava praticamente como indigente. Eu não tinha contato com os meus pais, eu não falava com os meus pais há, putz, muito tempo. Eu não lembrava o telefone de ninguém, então eu fiquei durante dois dias (+) internada. Eu fui até que bem tratada, pela minha situação, eu fui bem tratada dentro do hospital. Eles conversavam o tempo inteiro comigo, tentando fazer com que eu lembrasse de alguma coisa. Eu não lembrava nem onde eu trabalhava, para vocês terem noção. ((choro)) Não sabia nada, em fim. Em algum momento eu consegui lembrar um único telefone, por incrível que pareça, o único telefone que eu consegui lembrar foi o celular do MEU PAI. E em meio a isso, uma pessoa que me conhecia da escola que eu trabalhava, veio até mim, conversou comigo, passou para o pessoal da escola, e ai eles ficaram sabendo que eu estava internada. Por que eu já não ia há dois dias trabalhar, eles não sabiam o que estava acontecendo. (+) E ai os meus pais foram até o hospital, e foi aquela merda toda, né. Porque, tipo, você já não está bem, você está passando por uma porrada de problemas. A vida financeira, (+) essa minha ex ela tinha gastado/ a gente tinha uma poupança de oito mil reais, eu não tinha mais nada. ((choro)) Eu não tinha nem onde morar. Foi uma situação bem complicada. E, enfim, eu passei (+) eu tive que ficar na</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p> casa dos meus pais um mês, porque para eles me tiraram do hospital sem eu ir internada numa clínica psiquiátrica, e eles tiveram que assinar que eu ficaria com eles. E foi assim, muito punk porque dois meses depois disso, ontem fez quatro anos disso, essa minha ex namorada ela se/ morreu num acidente de moto. Então, foi muito punk, porque assim, eu já estava me recuperando desse processo da tentativa do suicídio e (+) no meio do caminho aconteceu isso. Assim, ela sofreu um acidente de moto, até hoje eu acho que ela SE MATOU ((choro)). Então assim, eu não sei, não dá para saber, mas é (+) foi muito punk. Mas em relação ao tratamento no hospital, se não fosse eles eu teria sido internada, porque eles poderiam ter me mandado para uma clínica (+) não sei, tem um hospital psiquiátrico aqui na região. E eles poderiam me mandar, porque eles não sabiam nada sobre mim, eu não conseguia falar nada. Os meus endereços que tinham no no no na no SUS, na rede não existiam mais, porque eram coisas muito antigas. Eu já tinha morado seis, sete anos em uma cidade, tinha voltado. Então tinha nada daquilo existia. Eu era uma indigente, e não sabia nada ao meu respeito. Ai eles se esforçaram ao máximo para tentar me ajudar para que eu encontrasse alguém para eu não ir parar/ (+) porque quem vai para o hospital psiquiátrico não sai de lá, é uma entrada sem saída. Então para eu não ir parar lá eu tive a sorte de encontrar algumas pessoas que me ajudaram. Mas foi mais ou menos isso, essa última vez foi mais punk. </p> <p> PESQUISADORA: Interessante ver que há diferenças no modo de tratamento, e que ainda assim há forte indicação de que alguns profissionais pareçam punir quem tenta suicídio. </p> <p> RA: Sim, quando eles foram tirar os remédios do meu estômago, né, com aquele tubo, eu estava inconsciente. Eu lembro que eu acordei na hora em que eles estavam enfiando assim, eu senti tipo, uma certa agressividade. Ai eu pergun/ dei tipo um gemido, tipo, (+) “para” (+), porque estava doendo, estava entrando, e ele pegou e continuou. Ai depois colocou eu estava (+) acordando, eu acho que eu acordei com o susto, com um negócio bruscamente entrando no meu nariz. E ai ele pegou e falou assim é (+) fez algum comentário referente a eu não tentar cometer suicídio se não eu ia ter que passar por esse tipo de situação de ter que provar de experiências com esses equipamentos invadindo o meu organismo. E (+) depois me cercaram de enfermeiras, todas dizendo conselhos sobre (+) Deus, falando, </p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>comparando a minha vida a vida de pessoas que estão muito piores do que eu, e que eu não tinha motivos para tentar cometer, que eu não tinha motivo para tentar o suicídio. Eles fazem muito esse comparativo né, tipo assim, (+) “ah, fulano tá pior, olhe ao seu redor tem gente lutando para viver, e você querendo morrer”. (+) E o que é muito errado. Porque, tipo assim, eles são profissionais da saúde, eles têm toda uma (+) grade, um protocolo, sabe de contratar esses caras assim. Não pode descredibilizar uma doença mental, entende. Não é só, não existe só doença física, então eu acho que é um pouco desonesto você fazer essa comparação de alguém que está morrendo assim, de alguma mazela física com alguém que tem transtorno psicológico e está passando por um episódio extremamente difícil. E quer simplesmente sumir, como a NA falou, fazer o problema que aparecer. Então, eles dão muito conselho errado, faz muito comentário desnecessário, entende. É mais traumatizante do que a própria tentativa em si, sabe. ((risos)) Ver a reação de tudo isso das pessoas (+) ver a reação que essa atitude ocasiona é bem triste. Bem triste. Porque a gente não é acolhida, realmente. Eles não tratam nenhum pouco bem.</p> <p>Tendo-se a transcrição das falas das participantes da pesquisa, pode-se compreender o estabelecimento de um falso problema. Para além de notar-se a dificuldade em se lidar com o processo suicida ainda cercado de interditos e ocultamentos, em relação às jovens lésbicas encontram-se a invisibilidade e despreparo profissional para o cuidado preventivo e posventivo</p> <p>Logo, a solução proposta, segundo esta problemática, e a de que tais pessoas recebessem alguma forma de intervenção protetiva que possibilitasse a resistência ao desenvolvimento do ato suicida. Aqui o problema, mesmo que implícito, se concentra no fato de se pertencer à comunidade LGBTQIA+, ser sujeito dela. Assim, as soluções para essa problemática se basearão, principalmente, em medidas voltadas as especificidades das pessoas LGBTQIA+ isolando-as e calcando a essência do comportamento suicida na organicidade de seus corpos</p> <p>Ressalta-se, em referência às falas aqui transcritas, que as manifestações lesbofóbicas podem assumir diversas formas e se apresentarem em diferentes planos relacionais,</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>tais como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No espaço intrafamiliar por meio do rechaço, expulsão de casa e ojeriza de parentes e pessoas próximas. 2. Círculo de pessoas amigas com as chamadas “brincadeiras de mau gosto”, piadinhas e demais situações desagradáveis. 3. Agressões verbais e físicas no ambiente educacional, profissional, cibernético e percursos em vias públicas. 4. Nas modulações de leis e normas públicas que fomentam a estigmatização, dificultando o acesso aos direitos sociais e a proteção contra atos lesbofóbicos. 5. Estigmatizações no acesso a saúde, educação e demais serviços públicos ou/e privados nos quais acabam recebendo tratamentos agressivos e ofensivos. <p>De modo geral, em relação à trajetória desta escrita, pode-se pensar em alguns pontos importantes para a discussão da temática referente ao suicídio entre jovens mulheres cis lésbicas, sendo eles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A necessidade de se enfatizar a responsabilidade individual e coletiva no apoio ao bem-estar, segurança e acolhimento das lesbianidades. 2. A urgência em se problematizar o vínculo existente entre saúde mental e risco ao suicídio, promovendo formas de acesso ao cuidado de profissionais qualificados para o trabalho com pessoas LGBTQIA+. 3. Promoção de debates relativos à valorização das vidas, estimando os diversos modos de existência, como estratégia de enfrentamento ao processo suicida. 4. Enfatizar a importância vital da resistência realizada pela busca de estratégias de apoio (grupos anti-lesbofóbicos, feministas, movimentos sociais pró-LGBTQIA+, acesso ao conhecimento da construção e desenvolvimento das manifestações lesbofóbicas, e etc...) 5. Identificação dos sinais de alerta aos comportamentos suicidas, uma vez que a maioria das pessoas que realizam o suicídio emitem sinais, tais como: autolesões, falas que retratem o desejo de morrer, sentimentos de desesperança, dores insuportáveis existenciais, isolamento, oscilações de humor e comportamento

CÓDIGO	RESULTADOS
	<p>e pedidos pós-morte (cuide disso caso eu não esteja mais aqui... e etc.)</p> <p>109</p> <p>6. Oferecimento de informação e recomendações de recursos que auxiliem na intervenção e assistência às pessoas que estejam enfrentando a processualidade suicida.</p> <p>7. Elucidar que o processo suicida é composto por diversos momentos, não se iniciando nem se encerrando apenas no ato suicida, e que não possuem uma causalidade única e nem somente uma única solução.</p>
<p>T11</p>	<p>A atenção básica, que deveria ser uma das responsáveis pelas ações e estratégias de saúde comunitária, que está próxima do que se propõe a clínica da redução de danos, que prioriza a promoção e a prevenção em saúde, é a mesma que tem ofertado assistência focada nas partes do corpo, na medicação, nos exames, enfim, na biomedicalização da própria vida.</p> <p>Outro campo que reifica as populações LGBTT na atenção básica é o sofrimento psíquico. As profissionais de saúde associaram esses sujeitos às queixas de saúde mental (depressão, suicídio, ansiedade ...). O que isso nos mostra? Mais uma forma estigmatizante de “hiper-reconhecer” as populações LGBTT nos territórios e nos atendimentos em saúde. Acontece que o sofrimento psíquico é também político, social e moral, ele é produto de uma cadeia de relações de opressões, desigualdades, violências, apagamentos e interditos. O que esses corpos em sofrimento denunciam? Como esperar que esses corpos tão aviltados se mantenham saudáveis psiquicamente? Além disso, toda uma indústria farmacológica se mantém por trás desses diagnósticos, e certamente lucra e se alimenta das vulnerabilidades dos outros – aqui, encarnados pelas populações LGBTT. Esses corpos que sofrem são os mesmo corpos que não importam, e que clamam por justiça. O discurso das profissionais de saúde mostraram o quanto as homossexualidades, transexualidades e travestilidades precisam ser “contidas”, e portanto, medicadas.</p>
<p>T12</p>	<p>Compreende-se a partir dos resultados que o preconceito do profissional de saúde para com a população transexual, acaba limitando o acesso integral à saúde. Essa discriminação, colocada como falta de empatia, excesso de julgamento e também limitação no que tange à comunicação faz com que estes indivíduos reduzam a</p>

CÓDIGO	RESULTADOS
	assiduidade e a busca por atendimento em saúde

Fonte: Própria autora, 2021.

4.2 Despertencimento e despersonalização do usuário autodeclarado como LGBTQIA+ frente ao atendimento pelos profissionais de saúde.

A pessoa autodeclarada LGBTQIA+ está em situação de extrema vulnerabilidade, pode-se dizer que é vulnerável não pela sua condição de diversidade sexual, de gênero ou ainda pela sua condição clínica de saúde mental, abalada ao chegar em um serviço de saúde para ser atendido em situações de ideação ou tentativa de suicídio, mas sim pelas violências que estão expostas constantemente.

O contexto do atendimento em saúde a esta população demonstra ser frágil e segregador, na medida em que os profissionais não realizam um cuidado apropriado e, em muitas situações, ignoram completamente a condição da saúde mental do indivíduo, atendendo somente as questões físicas ou clínicas que envolvem o corpo físico, desconsiderando o cuidado à saúde mental.

O suicídio é um problema de saúde pública que é agravado pela negligência e invisibilidade, sendo um tabu na sociedade. Além disso, é um evento resultante de interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, não havendo então uma causa específica. Há, ainda, a ideia de que o suicídio estará relacionado a algum tipo de transtorno mental, como os citados em “Prevenção Do Suicídio: Um Manual Para Profissionais Da Saúde Em Atenção Primária” (OMS, 2000): depressão (todas as formas); transtorno de personalidade (anti-social e borderline com traços de impulsividade, agressividade e frequentes alterações do humor); alcoolismo (e/ou abuso de substância em adolescentes); esquizofrenia; transtorno mental orgânico. Todavia, é sabido que esta correlação não é obrigatória, ou seja, nem toda pessoa que comete ou idealiza o suicídio porta uma doença mental – o suicídio acomete pessoas de todas as classes sociais, idade e gêneros e está relacionado a um momento crítico de extremo sofrimento psíquico. Ainda, a motivação suicida geralmente está relacionada ao alívio de pressões externas, como cobrança, culpa, remorso, humilhação, entre outros. (BRASIL, 2018)

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2019), os fatores de risco para o suicídio são classificados como modificáveis - conflitos familiares, **incerteza quanto à orientação sexual** e falta de apoio social; sentimentos de desesperança, desespero, desamparo

e impulsividade; viver sozinho: divorciados, viúvos ou que nunca se casaram; não ter filhos; desempregados com problemas financeiros ou trabalhadores não qualificados; aposentados; moradores de rua; indivíduos com fácil acesso a meios letais - e não-modificáveis - como: idade: jovens entre 15 e 30 anos e idosos; gênero e **presença de conflitos em torno da identidade sexual**; doenças clínicas crônicas debilitantes; populações especiais: imigrantes, indígenas, alguns grupos étnicos; perdas recentes; história familiar e genética: risco de suicídio aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio ou de tentativa de suicídio; componentes genéticos e ambientais envolvidos: risco de suicídio aumenta entre aqueles que foram casados com alguém que se suicidou; eventos adversos na infância e na adolescência: maus tratos, abuso físico e sexual, pais divorciados, transtorno psiquiátrico familiar, etc; entre adolescentes, o suicídio de figuras proeminentes ou de indivíduo que o adolescente conheça pessoalmente. (Grifos meus)

Durante a pesquisa foi notória a quantidade de vezes que a diversidade sexual e de gênero foi ignorada, tanto em dados estatísticos quanto na produção de literatura científica, o que vai ao encontro do achado do estudo T01, que diz: “Mesmo havendo o reconhecimento da população LGBTTI como um grupo vulnerável, verifica-se, na literatura científica, a existência de poucos estudos correlacionando questões referentes a sexualidade, gênero e comportamento suicida.” e reforça, trazendo a crítica: “É preciso, com urgência, rompermos com essa **amnésia produzida**, posto que, se, em um dado momento, entendo o fenômeno do suicídio em sua possível totalidade – abarcando o máximo de marcadores sociais possíveis –, por que, então, ignorar tais marcadores e fenômenos? Por isso, reiteramos a necessidade de entender, compreender e produzir um conhecimento acerca do fenômeno do suicídio, enquanto um conhecimento interseccional.”

Mesmo que a diversidade de gênero e sexual seja considerado fator de risco para suicídio, cabe trazer o achado do estudo T06, que ressalta que “a inserção de uma pessoa na população LGBTQI+ não configura fator de risco para a saúde mental; as variáveis relacionadas ao adoecimento destas pessoas decorrem das exclusões e opressões impostas a elas por sociedades LGBQIfóbicas, como a brasileira.” o que traz a real origem do problema: LGBTQIA+fobia e preconceito, tão enraizados na sociedade.

A Declaração Universal Dos Direitos Humanos, publicada em 1948 em Paris e regulamenta, como direitos de qualquer ser humano:

[...] Artigo II “Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação. Além disso, não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou

internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autônomo ou sujeito a alguma limitação de soberania.”

Artigo III “Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.”

[...] Artigo VII “Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual proteção da lei. Todos têm direito a proteção igual contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.”

[...] (ONU, 1948)

Mas, mesmo que sejam garantidos tais direitos, a comunidade LGBTQIA+ sofre preconceito, discriminação, ataques e assassinatos constantes. Essas violências ecoam em todos os aspectos da vida dessas pessoas, que enfrentam a luta diária pela existência e, mesmo em locais que deveriam servir de acolhimento, são violentadas, negligenciadas e excluídas, conforme relatam os achados deste estudo, como exemplo: “Além de sofrer práticas discriminatórias e homofóbicas em suas relações interpessoais, jovens e adolescentes LGBTTIs também vivenciam violências e práticas homofóbicas no contexto da saúde, desde a invisibilidade da orientação sexual até mesmo ataques homofóbicos em relação à sua condição e performance de gênero.” (T01)

O indivíduo LGBTQIA+ é estigmatizado e suas demandas são muitas vezes minimizadas, silenciadas e reduzidas à violência e saúde sexual, que é evidenciado pelo relato do estudo T04:

Com a realização deste estudo foi possível constatar que a associação das ISTs ao público LGBT ainda é frequente entre os profissionais de saúde, sendo estas doenças a principal motivação para a busca dos serviços de Atenção Primária à Saúde pelo grupo, seguida de: problemas na saúde emocional, consequências da violência física e procura para realização de exame citopatológico por mulheres lésbicas e bissexuais. (T04)

A assistência à essa população é munida de preconceito, falta de preparo e empatia. O estudo T01 afirma que:

Sim, jovens LGBTTIs sofrem violências e possuem um atendimento, na maioria das vezes, diferenciado, todavia essa diferenciação também estará pautada na cor e na classe social dessa pessoa, ou seja, se essa pessoa for negra, periférica/pobre e desempenhar um papel de gênero destoante do que se espera socialmente – por exemplo, é gay, mas se comporta como “homem” –, logo a violência que essa pessoa irá enfrentar será em níveis diferentes do que uma pessoa LGBTTI que desempenha um papel de gênero mais próximo do que se espera, socialmente, dessas pessoas, por exemplo. (T01)

Também o estudo T02, que relata: “No tocante à população LGBT, a relação usuário-profissional parece ser atravessada pela falta de preparo dos profissionais e pelo medo de sofrer preconceito por parte desses usuários.”, onde surge mais um ponto de análise que é a falta de acolhimento que resulta na defesa e evasão da população dos serviços de saúde.

A Enfermagem é a principal linha de frente nos estabelecimentos de saúde, geralmente a primeira classe profissional que o indivíduo tem contato ao procurar o serviço. O serviço de enfermagem é regido pelo código de ética, publicado pelo Conselho Federal de Enfermagem

(2017), impõe como dever do profissional: “exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.” e também “Fundamentar suas relações no direito, na prudência, **no respeito**, na solidariedade e **na diversidade de opinião e posição ideológica.**” (Grifos meus).

Por mais que as legislações garantam os direitos, a realidade destoa do previsto nos papéis. Os estudos T01, T02, T04, T05, T06, T07, T08, T09, T10 e T11 trazem análises e relatos sobre a assistência de enfermagem ao indivíduo LGBTQIA+ com ideação ou tentativa de suicídio que chega aos serviços de saúde, e trazem como características desse atendimento: despreparo técnico e psicológico, preconceito e discriminação, falhas éticas. O estudo T05 afirma que esse problema “vai além da não oferta de um atendimento à saúde integral com equidade e acaba por esbarrar na reprodução de violências a nível institucional, e na ausência de promoção de saúde e prevenção de agravos, muitas vezes gerados pela lesbofobia.”. Uma questão importante a ser levantada é a autopercepção dos profissionais relatada no estudo T02, onde os próprios reconhecem que não estão preparados para o atendimento de suicídio.

Além de relatar os atendimentos, os estudos T02, T03, T09 e T11 reforçam a importância e necessidade da construção de vínculo entre profissional e paciente, a fim de prestar um melhor cuidado integral ao mesmo, e das ações de promoção e prevenção à saúde, como o presente trecho:

A importância do vínculo como uma estratégia da equipe e não de apenas um indivíduo surge no relato: (...) as estratégias são várias para construção de vínculo, você ter uma equipe boa, principalmente de enfermagem, que tem uma sensibilidade, um feeling, um discurso, que vá contribuir para desconstruir esse olhar, então há situações de sucesso e há situações de não sucesso (Profissional 2). (T02)

Outro ponto muito importante pontuado nos achados da pesquisa foi a saúde mental dos próprios profissionais de saúde. Segundo Esperidião, Saidel e Rodrigues (2020), “Esses trabalhadores têm se mostrado suscetíveis ao sofrimento psíquico, ao enfrentarem seus afazeres profissionais com inúmeras dificuldades, aliadas à própria desestabilização emocional diante de seus medos e de tanta dor e consternação das pessoas que estão cuidando.”, sofrimento este também descrito no trabalho T08 como “uma questão complexa, já que, ao mesmo tempo, que tem acesso aos meios e os conhecimentos para salvar vidas, esses conhecimentos também podem ser utilizados para acabar com a própria vida.”, e relatado nos trabalhos T07 e T08, como:

Se sentindo cansado de tudo, tomou novamente uma caixa de remédios para dormir, dessa vez com bebidas alcoólicas para potencializar os efeitos e, mais uma vez, foi encontrando pela irmã, que o levou até uma UPA para os primeiros socorros. Como era conhecido na unidade de saúde, os técnicos e enfermeiros espalharam que ele era suicida, fazendo com que ele perdesse um dos empregos e os amigos de trabalho.

Continuou com o trabalho na UPA, mas sempre sendo alvo de “olhares e falações.”
(T08)

Com este relato, esbarramos mais uma vez na falha ética dos profissionais de enfermagem, ferindo o sigilo e privacidade do profissional em condição vulnerável. Todavia, o mesmo trabalho T08 ainda traz a seguinte fala:

E aí, engraçado que depois disso, a equipe mudou muito a concepção de suicídio, de tentativa, entendeu, porque... percebeu que é mais embaixo como se fosse assim sabe, o buraco é mais embaixo. Que não é assim uma simples... querer se aparecer, alguma coisa assim. É... acontece na nossa profissão, é que quando tiver mudança, em relação ao não julgar o outro, ver o que está acontecendo mesmo. (T08)

Percebe-se que, quando um dos profissionais, de convívio e contato próximo dos outros integrantes da equipe, passa por uma situação de tentativa de suicídio, há a assimilação de que o paciente em questão é um ser social e não apenas mais um cliente, um objeto de trabalho.

É imprescindível que haja essa reflexão, que distancie do modelo de assistência que visa apenas as demandas clínicas, fisiológicas do indivíduo, como mencionado na pesquisa T08: “No contexto do pronto-socorro, é oferecido um atendimento rápido e eficaz, que objetiva o tratamento clínico, na busca da sobrevivência do paciente. Os diversos profissionais, principalmente médicos e equipe de enfermagem, estão envolvidos nessa assistência e trabalham conjuntamente para salvar vidas.”, mencionado também em T11, se referindo à atenção básica, “ofertado assistência focada nas partes do corpo, na medicação, nos exames, enfim, na biomedicalização da própria vida.” e criticado na pesquisa T09, que afirma:

Esses valores multidimensionais apresentam-se fragilizados (gerando vulnerabilidades) quando: na visão da equipe saúde da família um indivíduo com binarismo de gênero não é visto como um ser humano com necessidades de saúde voltadas a identidade sexual e de gênero; é fragilizado desenvolvendo a inércia quando percebem o distanciamento das pessoas LGBT's das UBSF's devido ao medo, relacionado ao desrespeito, por não aceitar a diversidades sexual durante o atendimento em saúde; torna-se frágil quando desenvolve atitudes explícitas ou não de preconceito e tolerância de minorias, e por fim é fragilizado na assistência realizada de forma reducionista, generalista e curativista. (T09)

Para finalizar essa categoria e ideia central, deixo a reflexão trazida pelo estudo T11, que diz:

As profissionais de saúde associaram esses sujeitos às queixas de saúde mental (depressão, suicídio, ansiedade ...). O que isso nos mostra? Mais uma forma estigmatizante de “hiper-reconhecer” as populações LGBTT nos territórios e nos atendimentos em saúde. Acontece que o sofrimento psíquico é também político, social e moral, ele é produto de uma cadeia de relações de opressões, desigualdades, violências, apagamentos e interditos. O que esses corpos em sofrimento denunciam? Como esperar que esses corpos tão aviltados se mantenham saudáveis psiquicamente? Além disso, toda uma indústria farmacológica se mantém por trás desses diagnósticos, e certamente lucra e se alimenta das vulnerabilidades dos outros – aqui, encarnados pelas populações LGBTT. Esses corpos que sofrem são os mesmo corpos que não importam, e que clamam por justiça. O discurso das profissionais de saúde mostraram o quanto as homossexualidades, transexualidades e travestilidades precisam ser “contidas”, e portanto, medicadas. (T11)

4.3 Percepção e sentimento de invisibilidade da pessoa LGBTQIA+ no acolhimento em serviços de saúde

O atendimento de saúde à população LGBTQIA+ não foi prioridade por muitos anos e as demandas certamente negligenciadas, até 2011 quando foi publicada a portaria Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, conhecida como Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais do Ministério da saúde, a qual tem como objetivo-geral: Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Além de tal objetivo, a política têm alguns eixos do plano operativo, que são: Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde; Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT; Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Embora a política seja muito bem formulada e siga os princípios de Integralidade, Universalidade e Equidade do valioso SUS, a prática distoa do preconizado pela Política. Os achados desta pesquisa trazem, além de relatos de preconceito, negligência e diversas outras violências vivenciadas nos serviços de saúde, a falta de vínculo e de confiança dos indivíduos nos profissionais de saúde, e isso é relatado nos estudos T01, T03, T06, T08, T10 e T12.

Em uma situação de enfermidade e principalmente ideação ou tentativa de suicídio, os indivíduos LGBTQIA+ evitam procurar serviços de saúde, por falta de acolhimento, preconceito, insegurança, desrespeito, entre outros, como citado no estudo T06:

Eu sinto que eu não poderia ser atendida por qualquer pessoa. Pode ser uma dificuldade em termos de saúde mental, de encontrar identificação nesses profissionais, de identificar capacitação, eu também acho que os profissionais de saúde mental não têm conhecimento suficientemente sobre essa área, para compreender. Então, no quesito saúde mental isso pode ser algo muito importante, eu sinto, não só para as mulheres lésbicas, mas para a comunidade LGBT, no geral. [...] Eu tenho transtorno psicológico. Se eu tiver em algum outro momento da minha vida passar por mais uma internação psiquiátrica, como é que eu vou ser tratada? Eu vou ter que ficar reclusa, em um ambiente só com pessoas cisgênero. Então na minha cabecinha de pessoa trans já está a questão de que eu não posso mais me internar, isso não é mais um direito meu. Eu não quero ter essa experiência porque eu sei que vai ser uma experiência péssima, seja no sistema público ou privado, seja pelos profissionais que não vão saber me atender, seja pelas outras pessoas que vão estar ali reclusas, e que vão ser transfóbicas. Às vezes a gente já sabe que a gente vai sofrer um constrangimento e a gente nem vai no médico. Qualquer coisa que envolva um profissional de saúde ter que trabalhar meu aparato sexual, aí eu já prefiro não ir no médico, eu dou outros jeitos. (T06)

Existe ainda a omissão das informações de saúde, que não relatam o real motivo do problema, como relatado no trabalho T03: *“Eu injetei uma seringa com uma substância na minha barriga. [...] No dia seguinte eu senti muita dor, os médicos passaram exames, mas eu não*

disse que tinha sido uma tentativa. Você é a terceira pessoa que está sabendo, o médico, o padre e você.” Essa omissão e insegurança não parte apenas do próprio paciente, mas também da sua rede de apoio, como relatado no estudo T06: *“No meu caso, essa primeira vez que eu comentei (+) eu não cheguei (+) eu fui ao hospital, mas só porque eu realmente dei um (+) bati a cabeça, e rasgou a cabeça e, ai minha mãe me levou no hospital para dar ponto. E ai o médico perguntou (+) “mas o que, que aconteceu?” (+) e ai minha mãe omitiu a situação.”*

Falando especificamente da população transsexual, o estudo T12 afirma que:

Compreende-se a partir dos resultados que o preconceito do profissional de saúde para com a população transexual, acaba limitando o acesso integral à saúde. Essa discriminação, colocada como falta de empatia, excesso de julgamento e também limitação no que tange à comunicação faz com que estes indivíduos reduzam a assiduidade e a busca por atendimento em saúde.(T12)

Citando agora a limitação na comunicação, cabe frisar a importância do uso do nome social e do quanto isso afeta o atendimento desde o primeiro contato. O uso do nome social é um direito garantido do indivíduo através do Decreto Nº 8.727, de 28 de Abril de 2016, que garante que “os órgãos e as entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, em seus atos e procedimentos, deverão adotar o nome social da pessoa travesti ou transexual, de acordo com seu requerimento e com o disposto neste Decreto” e que “é vedado o uso de expressões pejorativas e discriminatórias para referir-se a pessoas travestis ou transexuais.”.Sendo assim, chamar uma pessoa pelo seu nome de nascimento é, além de um desrespeito, homofobia e fere os direitos humanos e a legislação.

Os relatos dos atendimentos achados nesse estudo violam não apenas a Política, princípios do SUS ou COPE, mas fere direitos fundamentais do ser, desrespeita, desmoraliza, fere e agride a pessoa, como o relatado no estudo T10:

E eu acordei de madrugada, eu estava na UTI. E era uma época em que todo mundo tinha MP3 e ficavam passando aquelas merdas de toquinhos de celular e as enfermeiras estavam na UTI uma passando para a outra. (+) E ai, eu acordei com o barulho daqueles toquinhos de celular e, eu acordei e sentei. Quando, quando elas me viram, elas gritaram e eu gritei junto, e eu não estava conseguindo entender. E elas foram bastante ríspidas, e ai me deram de novo um (+) algo para dormir. Então eu capotei de novo. E ai, no outro dia, quando eu acordei, tinha um bando de estagiário em volta da minha cama. E eu tava (+) e:: e eu acordei com todos eles envolta e eu não conseguia entender o que eles falavam e eu quis ir no banheiro, não quis usar aquela comadre, e ai mandaram um CARA me levar no banheiro. E eu fiquei muito incomodada de novo, né. [...] Quando eu desci para o quarto, a enfermeira não falou nada, só pegou a minha veia, eu lembro que quando a gente desceu da UTI pro quarto o:: enfermeiro que me levou na cama, ele fez questão de dar viradas bruscas sabe. É (+) para mim, a impressão que eu tinha é que tipo (+) eu devia ter morrido, mesmo. Sabe? Porque eles estavam muito putos. [... eles falavam assim para mim (+) “nossa, você que está viva quer morrer e ela que estava viva morreu” [...] Então assim, não é acolhedor. E::se eu tentar o suicídio mais uma vez na vida de novo, a ultima coisa que eu quero ir é para o hospital. Porque o atendimento é péssimo. E eu acho que quando você sai, você acorda nessa situação de suicídio, você está em desespero. Não é necessariamente morrer, você quer sumir daquele problema. [...] Sim, quando eles foram tirar os remédios do meu estômago,

né, com aquele tubo, eu estava inconsciente. Eu lembro que eu acordei na hora em que eles estavam enfiando assim, eu senti tipo, uma certa agressividade. (T10)

Além de relatos dos pacientes, que descrevem em detalhes as violências sofridas nos atendimentos, temos também relatos de profissionais de saúde, que têm essa percepção sobre o atendimento prestado pela própria equipe a qual integra, como o relatado no estudo T08:

Mônica fez referência à postura de alguns colegas de equipe, que oferecem assistência ao paciente de forma a induzir um sofrimento ainda maior. O suicídio é visto como transgressão que deve ser punida e as falas de Mônica remeteram à ideia de castigo e/ou punição para aquele paciente. Além dessa questão, pode-se pensar que a tentativa de suicídio é vista como afronta ao profissional de saúde, que tem como objetivo “salvar vidas” e por isso, castiga e pune o paciente. (T08)

Tendo em vista as falhas na assistência que tais pacientes sofreram, é importante frizar a necessidade de um cuidado humanizado, empático, terapêutico, principalmente em um momento que, como menciona o T08, aspecto psíquico é escancarado. O estudo de Oliveira, *et al* (2017) elencou algumas questões importantes nas ações de cuidado de enfermagem frente a pacientes com risco de suicídio internados, sendo elas: formação de vínculos, estabelecimento de contrato terapêutico com o paciente e organização das rotinas assistenciais da equipe. Segundos os autores, o vínculo é uma das tecnologias de cuidado mais potentes no trabalho em saúde, sendo no vínculo que o ato de cuidar se materializa, ainda mais quando se trata de um paciente passando pelo fenômeno suicídio. Além disso, eles ainda afirmam: “é preciso restituir a relação social perdida ao longo de séculos de tratamentos excludentes e segregadores, típicos de instituições tradicionais.”.

Um estudo realizado por Fontão *et al.* (2018) evidenciou que os profissionais de enfermagem, mesmo que busquem prover o melhor atendimento possível, percebem que o próprio atendimento emergencial à pessoa passando pelo suicídio apresentou uma tendência essencialmente técnica, sendo os obstáculos constantes que os permeiam na prestação do cuidado, como a sobrecarga de trabalho, a falta de apoio da instituição e o despreparo, que segundo os autores é reflexo de uma formação inicial e permanente deficiente em saúde mental.

O vínculo e cuidado terapêutico fazem parte do cuidado de enfermagem e, além de ter inúmeros benefícios para os aspectos psíquicos do paciente, a equipe acompanha o enfrentamento do processo de morte e morrer e convive com os sentimentos e demandas do paciente, sendo esta uma oportunidade para que os profissionais identifiquem a gravidade do risco de suicídio e possam minimizá-lo. (OLIVEIRA *et al*, 2017)

4.4 Espaço de acolhimento e vínculo: ressignificando a experiência do cuidado de enfermagem em situação de ideação ou tentativa de suicídio.

O atendimento de enfermagem é baseado no cuidado de um indivíduo de maneira integral, considerando todos os aspectos biopsicossociais que o cercam. Segundo Riegel *et al* (2017), embasado na teoria do cuidado Transpessoal de Jean Watson, o cuidado deve ir além do corpo físico, não com foco na dor ou órgão doente, mas incluindo a dimensão holística do cuidado: espiritualidade, valores, crenças, alterações biológicas/fisiológicas e psicológicas e necessidades sociais.

Além do olhar técnico do cuidado integral, transpessoal e humanístico do indivíduo, a empatia é uma característica necessária no atendimento de enfermagem, já que fortalece o vínculo e conforta o paciente, proporcionando um ambiente acolhedor e seguro para que possa expor e oportunizar um cuidado de seu lado psíquico. Terezam, Reis-Queiroz e Hoga (2017) descrevem a Empatia como a habilidade de se colocar no lugar das pessoas, a fim de que uma pessoa possa visualizar e sentir na mesma perspectiva as experiências vivenciadas por outra, sendo atitude fundamental para o bem-estar físico e mental de ambas. As autoras ainda afirmam que para que um atendimento de enfermagem seja dotado de empatia, é importante que o profissional tenha conhecimento sobre seus próprios sentimentos para assim estabelecer uma relação empática com outro indivíduo.

Um exemplo de um atendimento empático, onde houve uma boa abordagem foi no atendimento relatado em T07, onde o profissional foi claro e mostrou uma aproximação e identificação com a pessoa em momento de tentativa de suicídio:

“Sou socorrista, você tem que ligar para o serviço de resgate imediatamente e ir até um hospital. Não digo isso porque sou idiota, mas porque eu tenho algum conhecimento. O que você fez foi atacar o seu fígado e, se você fez a escolha e tentou dessa maneira, você escolheu uma forma extremamente lenta e dolorosa para se matar. Falência do fígado não é rápida nem indolor. Por favor, ligue para o serviço de resgate para que eles possam te ajudar antes que a medicação tenha impactos irreversíveis. (Não sou uma pessoa trans, mas me identifico como não-binário e agênero. Eu entendo o sentimento de que você não tem lugar num mundo que só parece feito para indivíduos cisgêneros, enquanto o resto de nós está fadado a lutar uma batalha diária para conseguir respirar)”. (T07)

É claro que com a identificação entre pessoas LGBTQIA+ é mais natural que haja a compreensão facilitada, mas vivendo em uma sociedade majoritariamente cisgênero e heterossexual é necessária a capacitação de profissionais para que tenham a empatia, força de vontade, sensibilidade e também conhecimento técnico para manejar tais situações. Tal necessidade é também relatada no estudo T03, que diz:

No campo da formação profissional, por sua vez, este estudo vem favorecer a reflexão sobre o papel do acolhimento psicológico às pessoas que tentaram suicídio,

repensando a prática clínica tradicional, aproximando-a das questões próprias da contemporaneidade e evitando-se formas de cuidados equivocadas quando estamos tratando de um fenômeno tão complexo quanto o suicídio, favorecendo a problematização acerca do nosso fazer psicológico. (T03)

O estudo T10, de maneira muito clara e sistemática, traz pontos importantes para a discussão sobre o cuidado, neste estudo focado no atendimento de jovens lésbicas, mas podendo se aplicar à toda a população LGBTQIA+, em situação de suicídio:

1. A necessidade de se enfatizar a responsabilidade individual e coletiva no apoio ao bem-estar, segurança e acolhimento das lesbianidades.
2. A urgência em se problematizar o vínculo existente entre saúde mental e risco ao suicídio, promovendo formas de acesso ao cuidado de profissionais qualificados para o trabalho com pessoas LGBTQIA+.
3. Promoção de debates relativos à valorização das vidas, estimando os diversos modos de existência, como estratégia de enfrentamento ao processo suicida.
4. Enfatizar a importância vital da resistência realizada pela busca de estratégias de apoio (grupos anti-lesbofóbicos, feministas, movimentos sociais pró- LGBTQIA+, acesso ao conhecimento da construção e desenvolvimento das manifestações lesbofóbicas, e etc...)
5. Identificação dos sinais de alerta aos comportamentos suicidas, uma vez que a maioria das pessoas que realizam o suicídio emitem sinais, tais como: autolesões, falas que retratem o desejo de morrer, sentimentos de desesperança, dores insuportáveis existenciais, isolamento, oscilações de humor e comportamento e pedidos pós-morte (cuide disso caso eu não esteja mais aqui... e etc.)
6. Oferecimento de informação e recomendações de recursos que auxiliem na intervenção e assistência às pessoas que estejam enfrentando a processualidade suicida.
7. Elucidar que o processo suicida é composto por diversos momentos, não se iniciando nem se encerrando apenas no ato suicida, e que não possuem uma causalidade única e nem somente uma única solução. (T10)

O suicídio é um problema urgente de saúde pública. A diversidade sexual aparece como agravo, trazendo consigo uma carga de homofobia, preconceitos e estigmas. Essa população vive em constante extermínio. É necessária a mudança imediata da realidade dos atendimentos em saúde através da conscientização e capacitação de profissionais – precisa-se de um atendimento de enfermagem ético, qualificado, humano e equitativo, adequado às demandas de cada um de maneira única, não igual.

Quando falamos em capacitação de profissionais, falamos também em competências socioemocionais, as quais são categorizadas em cinco perspectivas: conscienciosidade; abertura a novas experiências; amabilidade; estabilidade emocional e extroversão, competências essas que vão além do conhecimento adquirido academicamente, é concebido também a partir das experiências do indivíduo, que podem ser vividas tanto no processo de formação, trabalho ou próprias experiências de vida. (LIMA; TAVARES, 2021)

Conclusão

O presente estudo traz diversas reflexões, tanto a nível de atendimento de enfermagem

quanto de sociedade num geral. Na primeira ideia central, intitulada: Despertencimento e despersonalização do usuário autodeclarado como LGBTQIA+ frente ao atendimento pelos profissionais de saúde, percebemos muito claramente que os profissionais não fornecem o atendimento adequado para a pessoa em situação de tentativa e ideação suicida, e deixam que suas ideias e princípios pessoais interfiram no atendimento à essas pessoas.

Em modos gerais, os estudos relatam ou atividades de negligência, onde o profissional de saúde ignora o paciente ou suas demandas específicas, ou de violência, onde há intenção de aumentar a dor do paciente, apelo à valorização da vida e até mesmo apelos religiosos.

Focando na questão LGBTQIA+, as pessoas que sofrem mais violência exacerbada e excancarada são transsexuais e travestis, que fogem do padrão binário socialmente estabelecido, mas a violência foi relatada também, neste estudo, com homossexuais. Nenhum estudo relatou especificamente atendimento a bissexuais, intersexuais, assexuais ou mais diversidades sexuais e de gênero.

A segunda ideia central, intitulada: Percepção e sentimento de invisibilidade da pessoa LGBTTI+ no acolhimento em serviços de saúde, evidencia que os indivíduos não tem segurança e confiança no atendimento, principalmente por experiências já vividas nos serviços de saúde. Essa aversão dos indivíduos ao atendimento por medo da qualidade e das violências do mesmo gera diversos efeitos na saúde, tardando a busca pela assistência à demanda tanto biológica quando mental, propiciando os agravos e situações agudas como a própria tentativa de suicídio.

A fim de elucidar alternativa de mudança da realidade dos atendimentos, a última ideia central intitulada: Espaço de acolhimento e vínculo: ressignificando a experiência do cuidado de enfermagem em situação de ideação ou tentativa de suicídio, traz tanto exemplos positivos de atendimento quando a importância da empatia e atendimento humanizado no cuidado ao indivíduo.

Para que possamos ter um atendimento qualificado, é importante capacitar profissionais, formados e em formação, para que mudem a realidade dos atendimentos. Esses relatos presentes no estudo são duros, sofridos e são evitáveis. É inaceitável que uma pessoa não procure atendimento em saúde por medo da violência que sofrerá dentro de um espaço que deve ser de cura. Essa mudança precisa ser imediata e, vivendo no século de informação, essa mudança é possível desde que haja comprometimento individual e coletivo.

Referências

AZEVÊDO, Ianny Felinto Medeiros de. **A TENTATIVA DE SUICÍDIO E O SERIDÓ POTIGUAR: UM ESTUDO À LUZ DA FENOMENOLOGIA HERMENÊUTICA HEIDEGGERIANA**. 2020. 245 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=10758362. Acesso em: 9 set. 2021.

BRANDÃO, Bruno Alves. **Cuidado à população LGBT: iniciativas das equipes da atenção primária em saúde no município do rio de janeiro**. 2020. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde., Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=9754243. Acesso em: 9 set. 2021.

BRASIL. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. . **Fatores de risco para o suicídio: como identificá-los e o que fazer**. 2019. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/post/suicidio-fatores-de-risco>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. CENTRO DE VALORIZAÇÃO À VIDA. . **Falando abertamente sobre suicídio. Brasília, 2018. 6 p. Disponível em: <https://www.far.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Falando-abertamente-sobre-suicidio.pdf>**. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016**. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília, 2016.

COFEN. Resolução nº 564/2017, de 6 de novembro de 2017. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, DF, Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 30 ago. 2021.

ESPERIDIÃO, Elizabeth; SAIDEL, Maria Giovana Borges; RODRIGUES, Jeferson. **Mental Health: focusing on health professionals**. Revista Brasileira de Enfermagem, [S.L.], v. 73, n. 1, p. 1-2, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl01>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Pb9ydVgY43nrP36qNW9wKGh/?lang=pt>. Acesso em: 01 set. 2021.

FERREIRA, Breno de Oliveira. **Os vários tons de não: experiências de profissionais da atenção básica na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí**. 2019. 185 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde da Criança e da Mulher, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7851013. Acesso em: 9 set. 2021.

FONTÃO, Mayara Cristine *et al.* Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 71, n. 5, p. 2199-2205, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WKgPLDmxtt3sL5xMG4htwhd/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 8 set. 2021.

LIMA, Thainá Oliveira; TAVARES, Claudia Mara de Melo. A dimensão afetiva e as competências socioemocionais na formação do enfermeiro: um estudo sociopoético. **Revista Pró-Universus**, Niteroi, v. 12, n. 1, p. 73-76, maio 2021.

MELO, Izabella Rodrigues. **A SAÚDE VISTA PELAS CORES DO ARCO-ÍRIS: EXPERIÊNCIAS DE REPRESENTANTES DO MOVIMENTO LGBTQI+ NO DISTRITO FEDERAL**. 2021. 185 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2021. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=10585691. Acesso em: 9 set. 2021.

NAGAFUCHI, Thiago. **Um réquiem feito de silêncios: suicídio, gênero e sexualidade na era digital**. 2017. 207 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5017586. Acesso em: 9 set. 2021.

NAVASCONI, Paulo Vitor Palma. **VIDA, ADOECIMENTO E SUICÍDIO: RACISMO NA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE JOVENS NEGROS/AS LGBTQTTIs**. 2018. 276 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2018. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7553300. Acesso em: 9 set. 2021.

NUNES, Clarice Souza Lopes. **PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**. 2018. 43 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidad de Fortaleza, Fortaleza, 2018. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7407688. Acesso em: 9 set. 2021.

OLIVEIRA, Geane Silva. **O SUS É UNIVERSAL? Uma análise a partir da visão de profissionais de saúde e usuários(as) LGBT**. 2017. 107 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, Joao Pessoa, 2017. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5743583. Acesso em: 9 set. 2021.

OLIVEIRA, Gustavo Costa de; SCHNEIDER, Jacó Fernando; SANTOS, Vera Beatriz Delgado dos; PINHO, Leandro Barbosa de; PILOTI, Dácio Franco Weiler; LAVALL, Eliane. Cuidados de enfermagem a pacientes com risco de suicídio/Nursing care for patients at risk of suicide. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 1-7, 26 jul. 2017. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.37182>. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/169151>. Acesso em: 4 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 30 ago. 2021.

Organização Mundial da Saúde. **PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UM MANUAL PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA**. Genebra, 2000. 22 p. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso

em: 30 ago. 2021.

PEREIRA, Tuanny Italla Marques da Silva. **ACOLHIMENTO, ATENÇÃO E CUIDADO À POPULAÇÃO LGBT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**: perspectivas de profissionais da saúde. 2020. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, 2020. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=9488966. Acesso em: 9 set. 2021.

RIEGEL, Fernando et al. Cuidado humanizado: um olhar a partir da teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson. **Semana de Enfermagem (28.: 2017: Porto Alegre, RS). Enfermagem e suas dimensões: a gestão do cuidado e o impacto na saúde; anais;[recurso eletrônico]. Porto Alegre: HCPA, 2017. 1 CD-ROM, 2017.** Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/165700/001026007.pdf?sequence=1>. Acesso em: 2 set. 2021.

SANTOS, Pâmela Silva dos. **SAÚDE DAS LÉSBICAS**: compreensão dos profissionais de saúde na atenção primária. 2020. 75 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ambiente e Saúde, Universidade do Planalto Catarinense, Lages, 2020. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=10421668. Acesso em: 9 set. 2021.

SILVA, Yasmin Aparecida Cassetari da. **VOZES DO SILÊNCIO: lesbofobias e a processualidade suicida**. 2019. 209 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2019. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=7823781. Acesso em: 9 set. 2021.

TEREZAM, Raquel; REIS-QUEIROZ, Jessica; HOGA, Luiza Akiko Komura. The importance of empathy in health and nursing care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 70, n. 3, p. 669-670, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mgVBxzyYCCsDtD5VssdfWn/?stop=next&format=html&lang=pt>. Acesso em: 2 set. 2021.

TORO, Giovana Vidotto Roman. **Tentativa de suicídio: vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro**. 2016. 234 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4393106. Acesso em: 9 set. 2021.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A minha escolha pela enfermagem partiu do interesse pelo contato com pessoas. O modo com que as pessoas se relacionam, se conversam, conectam e o modo como esse contato pode curar alguém foi o que me inspirou durante a graduação. Porém, me perceber frente a uma pessoa com ideação suicida, quase no fim da graduação, e não saber como promover, prevenir ou proteger a saúde daquele indivíduo mexeu muito comigo.

O suicídio, além de tabu, negligência e demais outras características que já foram pontuadas sobre esse assunto no decorrer do estudo, também é uma causa morte a qual temos medo de enfrentar e, por muitas vezes, enfrentamos não apenas na posição de profissional – como indivíduo, biopsicossocial, inserido em uma sociedade que adoce a cada dia mais, afogada em intolerância, discursos de ódio, segregação e necessidade de autoafirmação constante.

Sendo um assunto complexo, encontrei dificuldades para realizar minha pesquisa pelo pequeno número de artigos científicos que falassem sobre o suicídio de pessoas LGBTQIA+. É necessária a discussão e a produção de material científico sobre esses assuntos, para que possamos dimensionar ainda mais o problema e obtermos mais dados, evidências com alta confiabilidade, fugindo do senso comum e “achismos” e partindo para a produção de material de qualidade e, assim, embasando as mudanças que precisam acontecer.

Evidenciar que a enfermagem não presta um bom atendimento para a população LGBTQIA+ em situação de ideação ou tentativa de suicídio é um sinal vermelho. Além de indicativo, também impulsão para a mudança. É preciso parar e refletir: qual nosso objeto de trabalho? Qual nosso objetivo ao realizar assistência a uma população?

Lidar com pessoas em seu momento mais vulnerável exige responsabilidade. Além do saber técnico, é preciso que saibamos lidar com nossos sentimentos, conceitos e pré-conceitos, princípios, valores, a ponto de respeitar e entender limites.

Realizar este estudo me motiva a buscar ainda mais conhecimento sobre o Suicídio. Sendo uma (quase) enfermeira, devo começar por mim o exemplo e a disseminação de informações sobre o atendimento de enfermagem ao suicídio. Precisamos desse comprometimento individual, um a um, a fim de obter o comprometimento coletivo para a melhora do cenário da assistência.

Além disso, me motiva a buscar ainda mais ferramentas, conhecimentos e experiência

sobre como lidar com os profissionais que trazem seus preceitos pessoais para o atendimento profissional. Sendo as relações interpessoais um dos maiores desafios que os enfermeiros costumam me relatar em relação a sua profissão, é preciso entender o motivo que os profissionais citados no estudos maltratam e violentam LGBTQIA+, conscientizá-las, discutir igualdades e desigualdades e, então, promover um atendimento equitativo - não igualitário.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio (Brasil). **SUICÍDIO: INFORMANDO PARA PREVENIR**. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em: https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha_suicidio.pdf. Acesso em: 3 dez. 2020.
- BORTOLETTO, Guilherme Engelman. **LGBTQIA+: identidade e alteridade na comunidade**. 2019. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Gestão de Produção Cultural, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: https://paineira.usp.br/celacc/sites/default/files/media/tcc/guilherme_engelman_bortoletto.pdf. Acesso em: 8 dez. 2020.
- BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 302 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Mulheres Lésbicas e Bissexuais: direitos, saúde e participação social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 34 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf. Acesso em: 10 dez. 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO Nº 0599/2018**: Norma técnica para atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Brasil: Cofen, 2018. 10 p. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-599-2018-ANEXO-APROVA-NORMA-PARA-ATUA%C3%87%C3%83O-DA-EQUIPE-DE-ENFERMAGEM-EM-SA%C3%9ADE-MENTAL-E-PSIQUIATRIA-ARQUIVO-EM-PDF.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2020.
- CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 8-9, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472012000200001>.
- GayLatino (Brasil), Aliança Nacional LGBTI (Brasil). **Manual de Comunicação LGBTI+**. Brasília: Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros - Universidade Federal do Paraná, 2018. 104 p. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2020.
- SANTOS, Cristina Mamédio da Costa; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; NOBRE, Moacyr Roberto Cuce. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 15, n. 3, p. 508-511, jun. 2007.
- SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso. Acesso em 6 dez. 2020.

SUICÍDIO: SABER, AGIR E PREVENIR. Brasil: Ministério da Saúde, v. 48, n. 30, set. 2017. Disponível em: <http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

APÊNDICE A

Instrumento para coleta de dados

A. Identificação	
Título do artigo _____	
Título do periódico _____	
Autores _____	
Nome _____	
Local de trabalho _____	
Graduação _____	
País _____	
Idioma _____	
Ano de publicação _____	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital _____	
Universidade _____	
Centro de pesquisa _____	
Instituição única _____	
Pesquisa multicêntrica _____	
Outras instituições _____	
Não identifica o local _____	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem _____	
Publicação médica _____	
Publicação de outra área da saúde. Qual? _____	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	_____
3. Amostra	3.1 Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra _____ 3.2 Tamanho (n) <input type="checkbox"/> Inicial _____ <input type="checkbox"/> Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () _____ Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	_____
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () _____ 5.4 Instrumento de medida: sim () não () _____ 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	_____
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	_____
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultado) _____	
Identificação de limitações ou vieses _____	

Fonte: Souza, Silva e Carvalho (2010)

APÊNDICE B

Parecer final do orientador sobre o trabalho de Conclusão de curso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

A estudante Júlia Svaldi, minha orientanda no TCC desenvolveu um estudo qualitativo, o qual contribuiu para a prática em enfermagem, especialmente porque a temática evidencia uma problemática vinculada à vulnerabilidade humana. Seu desempenho foi exemplar durante todo o processo de construção da pesquisa, sua postura ética e comprometida corresponderam à avaliação da banca examinadora do TCC com a nota máxima. De minha parte, foi uma experiência rica de aprendizado e colaboração que tivemos. Parabens a graduanda pelo seu percurso na graduação e desejo sucesso em sua trajetória profissional como Enfermeira.

Florianópolis, 25 de setembro de 2021

Silvana Silveira Kempfer