



FACULDADE VALE DO SALGADO

RAYANNY CLARES UCHÔA

**COMPORTAMENTO SUÍCIDA NA POPULAÇÃO LGBTI+: uma análise de
prontuários no ambulatório de prevenção ao suicídio.**

ICÓ-CE
2018

RAYANNY CLARES UCHÔA

COMPORTAMENTO SUÍCIDA NA POPULAÇÃO LGBTI+: uma análise de prontuários num ambulatório de prevenção ao suicídio.

Monografia submetida à disciplina de TCC II do Curso Bacharelado em Psicologia da Faculdade Vale do Salgado - FVS, a ser apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em psicologia.

Orientador: Prof. Esp. Ariel Barbosa Gonçalves.

ICÓ-CE
2018

RAYANNY CLARES UCHÔA

COMPORTAMENTO SUÍCIDA NA POPULAÇÃO LGBTI+: uma análise de prontuários num ambulatório de prevenção ao suicídio.

Monografia submetida à disciplina de TCC II do Curso Bacharelado em Psicologia da Faculdade Vale do Salgado - FVS, a ser apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Esp. Ariel Barbosa Gonçalves

Faculdade Vale do Salgado - FVS

(Orientador)

Janaína Pereira Batista

Faculdade Vale do Salgado - FVS

(1^a Examinadora)

Marcossuel Gomes Acioles

Faculdade Vale do Salgado - FVS

(2^a Examinador)

ICÓ – CE
2018

Dedico este trabalho aos meus pais que durante todo esse percurso abdicaram de suas vontades para que esse sonho fosse realizado, nunca mediram esforços para que essa vitória fosse alcançada. A minha luta sempre foi e sempre será por vocês, que tanto confiaram em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar todas as dificuldades e obstáculos encontrados durante esta caminhada.

Aos meus pais Maria Joelia e Gilson Uchôa, a minha tia e madrinha Maria José Clares por todo apoio emocional e financeiro. E a todos os meus familiares envolvidos nessa trajetória.

Ao corpo docente desta instituição que tanto me fez crescer, pessoal e profissionalmente. A minha banca por todas as considerações feitas e a minha querida orientadora por toda disponibilidade e carinho que a mim foram oferecidos.

E a todos que direto ou indiretamente fazem parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

O presente estudo tem como foco destacar a importância do manejo do suicídio na população LGBTI+, apontando então possíveis aspectos sobre como essa população se caracteriza e como se dá o seu acesso a cuidados em saúde mental na cidade de Iguatu/CE, a fim de investigar como o comportamento suicida é tratado pela política de Saúde mental de um município da região centro sul. A metodologia adotada nesse estudo foi uma pesquisa documental, descritiva e de abordagem qualitativa, tendo como fonte de dados os prontuários de pacientes atendidos pelo APAS (Ambulatório de Prevenção ao Suicídio) da cidade de Iguatu-CE. Diante dos resultados foi possível analisar categorias como: gênero, estratégias de atenção (tipo de atendimentos realizados), encaminhamentos, uso de medicação, abordagem multiprofissional, manejo do psicólogo e relação entre gênero e tentativa de suicídio. A partir disso viu-se a necessidade de comparar os dados colhidos com a literatura. Os dados foram tratados e categorizados a partir da análise de conteúdo de Bardin. Sendo possível perceber que os usuários recebem um suporte satisfatório, tendo em vista que algumas ações ainda podem ser melhoradas. Com isso pôde-se concluir que é necessário repensar uma lógica que possa atingir uma maior eficácia para este público que diante da literatura se mostra vulnerável no que diz respeito à temática esplanada.

Palavras-chave: Saúde Mental. LGBTI+. Suicídio.

ABSTRACT

The present study focuses on the importance of suicide management in the LGBTI + population, thus pointing out possible aspects about how this population is characterized and how it is given access to mental health care in the city of Iguatu / CE, in order to investigate as suicidal behavior is handled by mental health policy. The methodology used in this study was a documental, descriptive and qualitative approach, having as a data source the medical records of patients assisted by the APAS (Ambulatory of Suicide Prevention) of the city of Iguatu-CE. In view of the results, it was possible to analyze categories such as: gender, attention strategies (type of care provided), referrals, medication use, multi professional approach, psychologist management and relationship between gender and suicide attempt. In addition, it was necessary to compare the data collected with the literature. The data were treated and categorized from the Bardin content analysis. It was possible to perceive that the users receive a satisfactory support, considering that some actions can still be improved, with this it was possible to conclude that it is necessary to rethink a logic that can reach a greater effectiveness for this public that in the literature is vulnerable with regard to the terrace theme.

Palavras-chave: Mental Health; LGBTI+ ; Suicide

LISTA DE ABREVIATURAS

APAS	Ambulatório de Prevenção ao Suicídio
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doença
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
HIV	Human Immunodeficiency Virús
LGBTI+	(lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e intersexuais).
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3 REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 IDEOLOGIA DE GÊNERO	9
3.2 SAÚDE MENTAL LGBT	12
3.3 QUESTÕES DE GÊNERO E PREVENÇÃO AO SUÍCIDIO	16
4 MATERIAIS E MÉTODOS	20
4.1 TIPO DO ESTUDO	20
4.2 CAMPO DE ESTUDO	21
4.2 PROCESSO DE COLETA DE DADOS	23
4.3 INSTRUMENTOS DE ANÁLISE	24
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	24
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	24
5 CRONOGRAMA	Error! Bookmark not defined.
6 PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA	Error! Bookmark not defined.
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE	36
APÊNDICE A - FOMULÁRIO	37
APÊNDICE B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	38
APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	40

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz apontamentos relacionando a questão de gênero com o enfoque sobre o suicídio, buscando identificar a partir de um estudo documental de prontuários no ambulatório de prevenção ao suicídio do CAPS III de Iguatu/CE, quais estratégias são adotadas perante o comportamento suicida para o público LGBTI+. Segundo a OPAS (2014), a população LGBTI+ tem maior propensão em realizar e consumir o suicídio devido a grande carga de preconceito a qual estão expostos.

Pesquisar e conhecer a temática mostra-se relevante para a vida pessoal e acadêmica/profissional da pesquisadora. Pessoal porque ajudará a desmistificar e desconstruir comportamentos preconceituosos que porventura algumas vezes sem nem mesmo perceber venha a praticar. E acadêmica/profissional tornando-a mais sensível ao acolhimento a este público, levando em consideração que já faz um trabalho com os mesmos no estágio clínico profissional, como componente obrigatório para a graduação no curso de Psicologia.

De acordo com a ONU (2017), a população LGBTI+ é vítima de discriminação e violência constantes, sendo que os abusos e pressões psicológicas sofridas por estes desde a infância podem influenciar na ocorrência do suicídio. O suicídio é considerado um comportamento deliberado que pode se classificar em dois momentos: as ideações onde ocorrem os pensamentos e planejamentos e o próprio ato consumado (OMS, 2014).

Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 2013 contabilizou-se cerca de 10.533 mortes por suicídio no Brasil, gerando uma média de mais de 29 mortes por dia, correspondente a uma taxa de 5,2 suicídios por 100 mil habitantes, sendo este índice de perspectiva crescente (DATASUS, 2015). Ainda de acordo com estudo publicado na revista Galileu, adolescentes gays, lésbicas e bissexuais e adultos jovens têm uma das maiores taxas de tentativas de suicídio relacionadas diretamente a um alto nível de rejeição por parte de sua família e de seus pares (GALILEU,2015).

Entende-se, portanto, que esta população específica necessita de uma atenção especial no setor saúde, já que na maioria das vezes os serviços lhes são ofertados de forma fragmentada de modo que não conseguem ter um acesso digno, como lhes é de direito. No intuito de amenizar essas questões, o Ministério da Saúde apresenta uma Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que tem como objetivo o reconhecimento da existência das causas do processo perverso de discriminação e exclusão do acesso à saúde, como também politizar a temática (BRASIL, 2004).

Além da política que vem garantir visibilidade no cuidado à saúde da população LGBTI+, esta em consonância com a lei 10.216/2001, tendo em vista que a mesma visa garantir o melhor cuidado no serviço de saúde a pessoas com transtornos mentais ou sofrimento psíquico sem nenhum tipo de discriminação. Portanto, o manejo dos casos de suicídio devem acontecer de forma integral e interdisciplinar buscando sempre uma comunicação direta dos equipamentos e profissionais para com os usuários dos serviços.

Nesta perspectiva, este trabalho se justifica pela necessidade de apresentação das ações de atenção e prevenção ao suicídio destinadas ao público LGBTI+ no município de Iguatu/Ce. Mediante os dados apontados pela OMS, é possível observar a ocorrência entre seis e dez vezes maior de tentativas de suicídio na comunidade LGBTI+ quando comparados a indivíduos que se denominam heterossexuais. Diante da problemática, impõe-se o seguinte questionamento: Como a política de saúde mental maneja os casos de suicídio na população LGBTI+?

Portanto o tema se mostra relevante perante a necessidade de transformação da realidade, porque o trabalho busca também proporcionar uma reflexão sobre a discriminação, a violência e o fragmento de oferta de serviços no qual o público está exposto, a fim de fornecer subsídios para essa possível mudança. Com isso no decorrer do trabalho serão expostos pontos como: gênero; Saúde mental LGBTI+; Questões de gênero e prevenção ao suicídio, com o intuito de expor ao leitor quem é essa população, como a saúde mental chega até os mesmos e quais as estratégias utilizadas no manejo de prevenção ao suicídio.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como o serviço de saúde mental maneja o suicídio na população LGBTI+ a partir da análise dos prontuários do Ambulatório de Prevenção ao Suicídio – APAS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Examinar o fator gênero nos prontuários de um ambulatório de prevenção ao suicídio;
- Descrever as estratégias de atenção e encaminhamentos adotadas para o público LGBTI+ que apresenta comportamento suicida;
- Identificar características no público LGBTI+ que compreendam o aumento na tentativa de suicídio.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 GÊNERO

Por volta da década de 70, o estudo da ideia relacionada ao gênero, em sua maioria, sempre surgia acompanhado do termo sexo, que por sua vez provocou interesse de estudo nas mais diversas áreas como a antropologia, a medicina, a filosofia e a psicologia. A evolução de tal estudo se deu no contexto sexual e dos costumes culturais tendo como principal objetivo separar os termos, sexo e gênero, onde o primeiro se refere a questões biológicas e o segundo está mais voltado a um componente social, sendo assim, considerado em suas correlações como um conjunto de atributos na formação dos papéis sociais de homem e mulher (SCOTT, 1990).

Portanto, os debates acerca dessa temática se dão a partir da seguinte assertiva: a natureza está para a cultura assim como o sexo está para o gênero, o que deixa cada vez mais explícito que quando se refere a gênero, não se pode voltar apenas para fatores e fatos científicos e biológicos (BRAGA, 2007). Para a Psicologia, identidade de gênero é resultado de um soma de atributos advindos da cultura que categoriza a noção de masculino e feminino como um fenômeno que vai além da constituição biológica do sexo genital. Sexo biológico e identidade de gênero nem sempre irão ser correspondentes. O gênero ultrapassa o fator sexo, pois o que define o mesmo, não diz respeito aos cromossomos ou a conformação genital do sujeito (COSTA, 2017).

Vale ressaltar um recente acontecimento no Brasil envolvendo o público LGBTI+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e intersexuais) onde alguns profissionais de Psicologia defendiam uma terapia de inversão de sexo, utilizando técnicas terapêuticas voltadas para uma reorientação sexual. O Conselho Federal de Psicologia - CFP se pronunciou diante do fato, no qual se apresentou contra tal medida, tendo em vista o vigor da resolução que se apresenta a seguir.

Contudo é importante expor o teor da Resolução apresentada pelo CFP nº 01, de 29 de janeiro de 2018, que estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual, cujos artigos 6º e 7º prescrevem:

Art. 6º - As psicólogas e os psicólogos, no âmbito de sua atuação profissional, não participarão de pronunciamentos, inclusive nos meios de comunicação e internet, que legitimem ou reforcem o preconceito em relação às pessoas transexuais e travestis (CFP, 2018).

Art. 7º - As psicólogas e os psicólogos, no exercício profissional, não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização das pessoas transexuais e travestis. Parágrafo único: As psicólogas e os psicólogos, na sua prática profissional, reconhecerão e legitimarão a autodeterminação das pessoas transexuais e travestis em relação às suas identidades de gênero (CFP, 2018).

Ao abordar questões de comportamento com relação à diferença citada acima, entende-se que o que se espera de uma pessoa de um determinado sexo é produto das convenções sociais acerca do gênero em um contexto social específico. Com isso determinar ideias diferentes voltadas para homens e mulheres diz muito de uma noção relacional, ou seja, de uma identidade socialmente construída de base sócio/antropológica, que enfatiza atribuições de papéis e identidades para ambos os sexos, formando assim um sistema simbólico relacionado (HEILBORN, 1997).

Pode-se então fazer uma relação entre esse sistema simbólico, que diz respeito à diferença sexual e a afetividade desenvolvida ao redor dessa diferenciação, tornando-o assim um campo privilegiado entre os gêneros. Essa diferença pode ser apontada em outros âmbitos da vida do sujeito que não necessariamente envolva o afeto em primeira mão, podendo assim usar o fator trabalho como exemplo, que por vezes se trata de algo coletivo, não afetivo e mesmo assim expõe diferenças no que diz respeito à sexualidade do mesmo, mostrando que pode se manifestar dos dois modos, singular ou coletivo, afetivo ou não. A área da cultura e dos sentimentos também são socialmente construídas, por esse motivo é possível fazer uma relação diante da importante relevância no que diz respeito a construção de ambos no que se refere a esta temática (HÉRITIER, 1985).

Diante do exposto é possível fazer uma reflexão e uma ligação entre as áreas que abordam tal assunto, na medicina, por exemplo, o sexo biológico é na maioria das vezes considerado diante desta temática e para algumas instituições desta área a concepção de que ideologia de gênero nem deveria existir, pois diz respeito a algo não científico. Questões culturais que são abordadas nas demais áreas, na medicina por sua vez são, em sua maioria, desconsideradas, deixando clara a cisão imposta pela perspectiva biomédica (ENEAS, 2018).

Tal discussão abre margem pra tratar de questões que envolvem o público LGBTI+ onde pessoas que se sentem homem no corpo de mulher ou vice versa são chamadas de transgênero, o que diz respeito a um transtorno de identidade que é classificado como F 64 no manual de classificação internacional de doenças (CID 10). Ao fazer tal classificação se afirma que essa condição humana é vista como algo patológico (OMS, 1994).

Contudo no dia 28 de maio de 2011, o CRP de SP (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo) declarou total apoio a uma campanha Internacional nomeada de “Stop Trans Pathologization-2012”, que trás como significado “parar a patologização trans” isso aconteceu através do Manifesto pela Despatologização das Identidades Trans (travestis, transexuais e transgêneros). A ideia é que, na versão revisada do DSM-V, prevista para 2012, e da CID 11 - prevista para 2014, as identidades citadas acima sejam retiradas do quadro dos chamados transtornos mentais (SAMPAIO; COELHO, 2012).

Tomando as demais classificações relacionadas ao gênero, temos ainda a homossexualidade. Esta é entendida como o desejo sexual e afetivo do indivíduo por uma pessoa do mesmo sexo, o que não segue a norma padrão da heterossexualidade, que por sua vez, é o desejo afetivo e sexual por pessoas do sexo oposto. Existindo também o termo pansexual ou omnissexual, que pode indicar alguém que tem uma orientação mais abrangente como, por exemplo, atração específica por transgêneros (MIYAZAKI, 2018).

Temos ainda o travestismo, que é considerado o evento em que uma pessoa se veste como o sexo oposto muitas vezes com a finalidade de apresentações artísticas, e que não necessariamente se configura como uma atração sexual pelo mesmo sexo (CARDOSO, 2005).

Entende-se assim que a vivência de gênero é diversa, portanto cada cultura percebe as suas manifestações de forma distinta. O movimento LGBTI+ se deu a partir de um grupo chamado “somos” em São Paulo, que foi criado com intuito de politizar aquilo que não era visto e era tido como invisível na época, o maior momento do movimento ocorreu em sua terceira onda, onde foram feitas campanhas voltadas para prevenção ao vírus HVI que estava atingindo grande parte deste público na época (FACCHINI, 2010).

Existem culturas que são intolerantes e tomam as questões de gênero do ponto de vista judicial, condenando cidadãos à prisão perpétua por atos homossexuais, ou até mesmo prisão a qualquer pessoa que manifeste algum tipo de ajuda, cooperação e aconselhamento a este público, ferindo os direitos humanos universais. Atualmente 76 países perseguem pessoas de acordo com sua orientação sexual e cinco destes condenam homossexuais a morte, sendo eles: Irã, Mauritânia, Arábia Saudita, Sudão e Iêmen (algumas regiões da Nigéria e Somália) (DE SOUSA, 2016).

O Brasil é mais tolerante com relação ao gênero no que diz respeito à violação de direitos, pois perante a constituição federal de 1988 afirma que todos os cidadãos têm seus direitos garantidos pelo estado, contudo, a existência do preconceito aparece de forma intensa, se dando na maioria das vezes através da perseguição ao público LGBTI+. Estas ações na

maioria das vezes se dão em grupos de pessoas que violentam e oprimem essa população, tais comportamentos são denominados como homofóbicos.

A homofobia é caracterizada como uma atitude hostil para com o sujeito que não segue uma norma hétero normativa causando-lhe danos psicológicos e físicos que pode perdurar por uma vida toda (BORRILLO, 2009). Com isso é possível visualizar a importância de uma atenção maior a saúde, tendo como ponto mais relevante no trabalho, a saúde mental dessa população, pois, mesmo sabendo que as questões de gênero estão presentes na vida de muitas pessoas, ser LGBTI+ segundo Butler (2009) não é considerado uma escolha e nem uma opção individualista, é resultado da complexa diversidade entre homem e mulher, afinal não se pode obrigar a todos os seres humanos a viver uma norma heterossexual.

Não se podem descartar as inúmeras formas de violência que oprimem e devastam tal população. Butler (2009), afirma o desejo de que todas as formas de opressão, como: patologização, marginalização e violência sejam eliminadas, buscando assim, construir um mundo onde as pessoas possam viver e respirar dentro da sua própria sexualidade e do seu próprio gênero.

Tendo em vista o desfavorecimento, vê-se a necessidade de uma atenção integral, onde essas pessoas rotuladas e cobertas de preconceitos possam gozar do que lhe é de direito de forma digna, como: saúde, educação, lazer e trabalho. Dando ênfase à saúde, a população LGBTI+ dispõe de uma política voltada exclusivamente para si, tendo como objetivo contemplar essas pessoas que por diversas vezes são demasiadamente excluídas dos serviços públicos de saúde.

3.2 SAÚDE MENTAL LGBTI+

A história da loucura pode ser entendida em uma linha do tempo, onde inicialmente todos aqueles que possuíam um comportamento diferente dos demais acabavam sendo considerados como loucos e presos em manicômios, tal prisão tinha como objetivo varrer todas as mazelas presentes na sociedade, tendo a religião como protagonista da história. Após alguns séculos a ciência entra em campo e começa a considerar transtornos mentais como doença que necessita de cuidado, mas tais cuidados ainda aconteciam de forma cruel (FOUCAULT, 1972).

Mesmo após o reconhecimento da doença como ciência, e não mais como possessão demoníaca as técnicas utilizadas para tratamento, como: eletrochoques, banhos gelados e até

mesmo a prisão desses sujeitos, desconsideravam totalmente as condições humanas dos mesmo, chegando a acontecer do sujeito entrar saudável e sair doente (FOUCAULT, 1972).

A reforma psiquiátrica no Brasil atualmente é vista como parte das políticas de saúde no que diz respeito ao cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico, onde dentro deste escopo foi aprovado o modelo substitutivo ao manicomial. O projeto de Lei 3.657 de 12 de setembro de 1989 teve como objetivo promover um debate com a realidade da assistência psiquiátrica brasileira e assim ofertar decisões relevantes para a consolidação da reforma psiquiátrica, pode-se dizer então que tal projeto cumpriu um importante papel quando alcançou seu objetivo (GONÇALVES, 2001).

Com a reforma se deu a mudança de um modelo hospitalocêntrico onde os manicômios foram substituídos por equipamentos de assistência voltados às pessoas com transtornos mentais ou sofrimento psíquico, o que por sua vez buscou a desinstitucionalização desses sujeitos que eram “presos” para o tratamento. Ainda existe uma discussão acerca da temática, observando se a medida foi adotada de fato ou ainda existem pessoas institucionalizadas. Portanto, é algo passível de reflexão e investigação, o que de fato esses equipamentos estão ofertando, e se a autonomia está nos objetivos da oferta, afinal esse é o centro da desinstitucionalização (DELGADO 1987).

Dentro desse contexto aparece como um fator principal a formulação da lei 10.216 que visa estabelecer um respeito e promover dignidade aos sujeitos em sofrimento psíquico, sem qualquer forma de discriminação, isso porque antes de tal, as legislações voltadas para a saúde mental tinham mais o objetivo de excluir as pessoas do que cuidá-las de forma digna (BRASIL, 2001).

A aprovação desta lei é resultado de uma construção árdua de inúmeros profissionais da área de saúde e da sociedade civil organizada, em particular o movimento de luta antimanicomial. Contrapondo o antigo modelo, essa lei busca a reinserção do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade, onde antes eram trancados por serem considerados possuídos por alguma força suprema, agora são considerados doentes que precisam de tratamento, mas que também fazem parte da mesma sociedade dos demais (BRASIL, 2011).

Com isso, instituíram-se os CAPS's (Centros de Atenção Psicossocial) nos quais dão suporte à mudança desse modelo, sendo estes distribuídos em seis modelos, CAPS I e II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias, podendo variar mais na organização da rede de saúde local, modificando assim o número mínimo para ser estabelecido nos municípios; CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e

persistentes, proporcionando serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

O CAPS AD faz parte de uma modalidade da atenção a demandas mais específicas, no caso, o uso de substâncias, atendendo adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário; O CAPS AD III: atende ao mesmo público só que com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

A instituição desses modelos se deu a partir da portaria 3.088 que instituiu que toda a Rede de Atenção Psicossocial fosse voltada para a garantia dos direitos de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) contrapõe uma lógica de hierarquização e acaba se organizando em diferentes níveis de atenção agregando assim a saúde em uma só unidade, dando subsídios para questões de organização dentro da própria dinâmica do Sistema Único de Saúde. São responsáveis pelos atendimentos em casos de internação em outras instituições e podem atuar em nível de atenção primária, fazendo assim um trabalho de acompanhamento nas unidades básicas de saúde realizando apoio matricial isso no que diz respeito a todos os níveis de complexidade da rede de saúde (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Portanto a realização desse trabalho de rede se dá a partir da interlocução que ocorre na relação das equipes entre si e também entre os usuários buscando uma construção do cuidado na produção direta com o trabalho. Porém essa construção pode não acontecer dessa forma por causa dos procedimentos burocráticos e normativos que acabam estagnando e enrijecendo todo o andar do processo, pois tudo isso acontece mediante as normas e regras que são preestabelecidas no modelo biomédico, podendo ocasionar em uma constante repetição dos antigos métodos de cuidados ou em um rompimento destas, quando se inova e volta-se para algo mais assistencial e humanizado gerando assim um novo fluxo de cuidado para com os pacientes nos atendimentos (FRANCO, 2006).

Diante do exposto sobre o trabalho nos modelos substitutivos de atenção psicossocial se faz necessário uma explanação sobre o atendimento em si que é prestado nesses serviços, portanto, sobre atendimento entende-se como um ato de receber e acolher fazendo assim uma escuta humanizada da pessoa que busca por aquele serviço, ofertando cuidados relativos e referentes à demanda e a problemática trazida pela mesma, considerando a área sócio existencial e a área de saúde mental da mesma (BRASIL, 2010). Atender quer dizer também que o profissional deve observar, notar e estar atento, tudo isso numa perspectiva de prática clínica, seja ela tradicional ou ampliada.

No cotidiano dos equipamentos de saúde mental ocorrem variados tipos de atendimentos, tais como: psicoterapia, visita domiciliar, grupo terapêutico, atividades de apoio social entre outras, tal variabilidade vai depender da necessidade de cada usuário, das condições que a equipe dispõe para a intervenção e dos recursos terapêuticos disponíveis (FILHO; NOBREGA, 2004). O atendimento referido é ofertado para todas as pessoas que procurem os serviços, sem distinção ou qualquer forma de preconceito, sendo extensivo assim, a população LGBTI+

Existe uma política nacional de atenção integral a saúde à população LGBTI+ que de início buscava minimizar e combater a AIDS, com o tempo tal política foi sendo expandida de modo que contemplasse a saúde integral dessa população (BRASIL, 2004). Esta evolução se deu a partir da percepção de como os serviços chegavam até essa população e pôde-se concluir que sempre chegavam fragmentados.

Esse fragmento se dá na maioria das vezes decorrente da discriminação que essa população sofre, que por muitas vezes se motivam pela identidade sexual ou pelo gênero, aqueles que não se encaixam na heteronormatividade estão automaticamente mais vulneráveis, isso com relação ao pessoal/individual e ao social, pois uma coisa repercute na outra. Se o sujeito não tem atenção adequada no que diz respeito ao serviço de saúde, por exemplo, sua integridade física/mental estará comprometida.

É possível então relacionar tais fatos com estatísticas atuais apresentadas e então discernir os tipos de violência que mais ocorrem. Segundo Brasil (2008b), as principais formas que essa violência acontece são de agressões verbais ou ameaças de agressões (55%), agressões físicas (15%), chantagem ou extorsões (11%), violência sexual (6%) e do golpe mais conhecido pela expressão “boa noite cinderela” (3%).

Diante desses dados é possível perceber que a saúde física e mental dessas pessoas está em constante risco, ainda mais quando não se oferta saúde de maneira integral, dando uma ênfase na saúde mental é perceptível à necessidade de uma atenção a essa população, pois

todas as violências citadas acima são ou incluem um caráter psicológico, o que por diversas vezes podem causar danos irreparáveis na vida do sujeito, comprometendo e colocando em risco a vida dos mesmos.

3.3 QUESTÕES DE GÊNERO E PREVENÇÃO AO SUÍCIDIO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), em 2012, aproximadamente um milhão de pessoas cometeram suicídio no mundo, o que traz a média de uma morte a cada 40 segundos, ato que por sua vez é classificado em dois comportamentos distintos e ao mesmo tempo passível de ser relacionado: o comportamento suicida propriamente dito que acontece através de pensamentos, ideações e planejamento, e, o próprio ato consumado. Levando em consideração que suicídio, no geral, é considerado um ato deliberado, iniciado e levado a cabo pelo indivíduo com pleno conhecimento e expectativa, sendo assim considerado um dos acontecimentos mais perturbadores para o ser humano.

No Brasil, os índices relacionados a este problema de saúde pública variam entre quatro a seis mortes por suicídio a cada 100 mil habitantes, a depender da localidade de cada região. Contudo diante de uma perceptiva geográfica, de expansão e de número de pessoas, o país está entre os dez que apresentam a maior taxa de suicídio por ano, o que chega a ser pouco mais de seis mil pessoas (SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2016). Considerando ainda que esta é a segunda causa de morte entre os jovens de 14 a 24 anos, apresentando uma crescente taxa que chega a um aumento de 1900 % em um curto período de tempo (LOVISI GM, ET AL. 2009).

De acordo com Durkheim (1983, p. 166):

“Chama-se suicídio todo caso de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado. Sem dúvida, o suicídio é vulgarmente e antes de tudo o ato de desespero de um indivíduo a quem a vida já não interessa.”

Portanto vale ressaltar que o referido autor trata essa temática numa perspectiva mais abrangente, trazendo o tema não só como resultado de características individuais e sim como um conjunto articulado entre o sujeito e a sociedade na qual o mesmo está inserido, não considerando somente os fatores “psicológico-individuais”, porque assim estaria negando a importante participação da sociedade neste processo (DURKHEIM, 1983). Se somente características individuais fossem consideradas, acontecimentos individuais sempre findariam em uma tentativa ou em um ato consumado de suicídio, contudo, isso não acontece porque

cada sociedade vive um momento diferente que reflete e interfere diretamente na vida do sujeito.

O ato pode incluir tanto fatores biológicos quanto psicológicos, porém, as justificativas das tentativas e dos casos que são consumados aparecem na maioria das vezes apenas numa perspectiva biológica e isso tem uma forte contribuição do modelo biomédico, que finaliza e fecha o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico, sendo por sua vez visto apenas como doença. Contudo se faz necessário à investigação da história de vida do sujeito para analisar o que aconteceu ou acontece, e assim fazer algum tipo de intervenção que venha a transformar essa realidade (ABREU, 2010).

É importante salientar que existem fatores de risco que podem influenciar diretamente no comportamento suicida, sendo eles: transtornos mentais, relacionado em praticamente 90% dos casos, idade, relações familiares, abuso de substâncias, problemas físicos, situações sociais e sexo. (MANN JJ, 2002). Pode-se aqui fazer uma relação com o último fator citado, entendendo que questões de gênero pertencem a essa esfera, logo, sendo possível afirmar que as tentativas de suicídios cometidas pelas pessoas que não se enquadram na heteronormatividade, não ocorrem decorrentes de patologias individuais e sim pelo efeito social causado a elas (FILHO; RONDINI, 2012).

As taxas de suicídio se mostram mais elevadas em grupos específicos, nos quais envolvem sujeitos: refugiados e imigrantes, a população LGBTI+ no geral, e pessoas privadas de liberdade (OPAS, 2014). Levando em consideração a comunidade LGBTI+, é possível novamente estabelecer uma relação entre gênero e suicídio, por existirem nesse universo, questões individuais/psicológicas de cada sujeito e a influência de uma sociedade julgadora, preconceituosa, que segue padrões estabelecidos por uma cultura machista e patriarcal.

Outro ponto que também pode ser abordado e se mostra relevante é a homofobia, pois a prática da mesma enfraquece e quebra os laços de quem é atingido por ela, sendo está, considerada um ato de ódio contra pessoas homossexuais, independente de ser homem ou mulher, que se constitui em classificar o outro como menor, anormal ou inferior a si, por não ter a mesma escolha, caracterizando assim uma lógica de inferiorização do ser (BORRILLO, 2010). Os efeitos deste ato vão muito além de dor, pois acaba determinando lugar e posição de onde e de como uma vida deve ser seguida e enfrentada, por isso se constitui em um comportamento desumano, seja por meio de palavras, gestos ou condutas (POCAHY, 2007).

Diante do exposto, é importante ressaltar que estratégias de prevenção à homofobia se constituem enquanto estratégia indireta de prevenção ao suicídio sendo também, dever das instituições e políticas de saúde. No escopo dessa demanda, as estratégias

de prevenção ao suicídio devem ser prioridade nos planos de ação de saúde mental dos países, estados e municípios, considerando que 90% das mortes por esta causa podem ser prevenidas (OMS, 2014).

Ao falarmos em prevenção ao suicídio podemos considerar que a mesma se apresenta em três níveis, sendo eles: a prevenção universal, a seletiva e a indicada. A universal diz respeito a todos os sujeitos que não precisam diretamente já ter apresentado algum indício ao ato, um exemplo que pode ser citado é o setembro amarelo, campanha mundial de prevenção ao suicídio. A seletiva tem por objetivo impedir que este ato se instale em pessoas com um baixo nível de risco, um exemplo seria intervir junto a sujeitos com pensamento constante sobre morte, e que repetem frases como “queria sumir”. Já a prevenção indicada está voltada para a população que possui um risco significativo, um exemplo seria o contato constante com um indivíduo que já tentou suicídio (BERTOLE, 2012).

O Brasil mostra um avanço significativo no tocante a temática, mesmo sem um plano nacional, constituiu a elaboração de um manual que é diretamente destinado aos profissionais que atuam no âmbito da saúde mental. O mesmo aparece em destaque quando se pensa na perspectiva de atendimentos dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e de fatores protetivos que irão contribuir para a manutenção do cuidado de pessoas que desejem tirar suas vidas (BOTEAGA, 2007).

Na realidade da população LGBTI+ os fatores protetivos do suicídio estão voltados mais aos cuidados com relação à prática homofóbica, pois a partir dela pode-se então desencadear inúmeros fatores que comprometem a integridade do sujeito enquanto ser humano, podendo resultar na ideação, tentativa ou ato consumado do suicídio (FILHO; RONDINI, 2012). Portanto vê-se a necessidade de ações interventivas nessa área, como por exemplo, práticas psicoeducativas voltadas para um público generalista e não apenas para sujeitos da comunidade LGBTI+.

Como estratégia para auxiliar na prevenção do suicídio dentro do contexto da saúde mental pode-se utilizar de grupos terapêuticos e também de ações que deem condições psicossociais e estimule a participação direta/indireta e ativa da comunidade, isso pode ser feito através de atividade de psicoeducação que vise proporcionar uma integração social do equipamento e dos profissionais deste, para com o indivíduo, tendo como consequência a promoção de um estilo de vida cada vez mais saudável (REYES, 2002).

Ao compreender a equidade como um fator indispensável na construção de políticas pública do Sistema Único de Saúde vê-se a necessidade de uma atenção maior no que diz respeito ao público LGBTI+, tendo em vista que a prevenção do suicídio parte também de

uma iniciativa interdisciplinar que precisa de um manejo dentro da RAPS com trabalhos voltados a este público e esta temática. Para isso é necessário que em algum momento os mesmos sejam identificados, já que a taxa de suicídio desta é maior do que dos outros sujeitos, como já abordado anteriormente.

Com isso uma prática de psicoeducação seria uma estratégia plausível para desenvolver dentro desta, podendo realizar palestras e falas explicativas em torno do tema para um público generalista e não somente para a população LGBTI+, levando em consideração que a violência praticada parte, na maioria das vezes, da classe hétero normativa.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Entende-se por pesquisa um tipo de procedimento racional e sistemático que por sua vez sempre vem acompanhado de um objetivo, sendo este a resolução de problemas exposto durante a realização da mesma. Com isso conta com a disponibilidade do campo do conhecimento e com o uso de métodos e técnicas que vão auxiliar na investigação da temática trazida (GIL, 2017).

Esta pesquisa se enquadra na abordagem qualitativa, pois utiliza da visão de outros autores e fenômenos para observar, colher dados e ter compreensão da temática que está sendo abordada indo além de uma contagem numérica, com isso entende-se que este tipo de abordagem valoriza a compreensão do andar da pesquisa e não somente os resultados que serão obtidos no final, podendo então fazer uma conexão entre o contexto histórico e cultural daquilo que está sendo analisado e observado, isso porque os participantes da pesquisa precisam ser entendidos em seu meio, em sua história e nas diversas circunstâncias (MINAYO; GUERREIRO, 2014).

Quanto aos objetivos a pesquisa é de ordem descritiva, porque objetiva descrever características relacionadas à população LGBTI+ e qual a sua relação com fenômeno do suicídio, através de análise de prontuários do APAS, tendo como auxílio um formulário. Com isso Gil (2017) diz que, uma pesquisa descritiva aponta características de uma determinada população ou fenômeno, tendo como uma de suas peculiaridades técnicas para coleta de dados, tais como: questionários, formulários, observação sistemática entre outras.

A coleta de dados foi realizada com base na análise de prontuários do CAPS III, mais especificamente os que compõem o APAS (Ambulatório de Prevenção ao Suicídio), tendo isso em vista, tal se caracteriza como uma pesquisa documental de análise de dados primários, pois será utilizado o próprio prontuário e não possíveis estudos que já tenham sido feitos com eles. Com isso Gil (2017) afirma que pesquisa documental é toda aquela que se utiliza de documentos elaborados com várias finalidades, podendo ser assentamento, autorização, comunicação entre outras. O autor aborda como principais documentos: institucionais, que estão sempre dentro de instituições e organizações; pessoais, como cartas e diários; material de divulgação, como folders, convites etc; documentos jurídicos, que se caracterizam

certidões, testamentos entre outros; os iconográficos, como fotos, imagens e seus derivados e registros estatísticos.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Iguatu-Ce a qual se localiza na região centro-sul do Ceará com uma população de aproximadamente 102.614 habitantes (IBGE, 2017). A mesma possui uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é composta por três equipamentos, sendo eles: CAPS AD, CAPS i e CAPS III, considerando que o último será o local da realização da pesquisa.

A RAPS trabalha em uma lógica de não hierarquização visando sempre à organização e o cuidado dentro dos equipamentos, tem como principal objetivo assegurar o direito a saúde às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, a um atendimento integral e humanizado (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Levando em consideração que a pesquisa acontecerá no CAPS III, o mesmo tem como objetivo central atender de forma prioritária indivíduos que se encontrem em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, de modo que inclui também aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e ademais situações clínicas que inviabilizem o sujeito de estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Oferta serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, oferecendo retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

O CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade de Iguatu-CE dispõe no momento de uma equipe composta por psicóloga, assistente social, pedagogo, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem e demais técnicos administrativos. O equipamento tem o funcionamento de 24hrs por possui métodos de internação quando necessário.

Durante todo o decorrer do dia são realizadas atividades diversas e uma vez na semana ocorre grupo terapêutico a no período da noite. Dispõe de espaço físico consideravelmente pequeno, isso com relação ao número de usuários e atividades realizadas, como: acolhimento, triagem, visita domiciliar, psicoterapia, grupo terapêutico, atendimento médico, terapia ocupacional e internação. Contudo todas as atividades que são realizadas atualmente

priorizam o usuário de modo que o mesmo consiga usufruir e se beneficiar dos serviços que são ofertados, pois tais serviços tem o objetivo voltado para a prevenção de saúde e a minimização das vulnerabilidades que compõe o sujeito.

Dentro dos aspectos de atividades realizadas existe o APAS, que foi criado em 2016 com o objetivo central de ofertar um serviço direcionado a pessoas com ideação suicida ou tentativa, visando então à minimização dos casos. Os atendimentos ocorrem uma vez por semana no período da noite e é realizado por uma equipe multidisciplinar, contendo: psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e residentes de saúde mental.

4.3 PARTICPANTES DA PESQUISA

PRONTUÁRIOS	SEXO	IDADE	QUEIXA
P1	F	34	Tentou suicídio no ano que assumiu a sexualidade; se sente indiferente pela opção sexual.
P2	F	32	sofre pelo fim do relacionamento (homossexual) e porque a companheira lhe agredia e cortou contato.
P3	F	26	Relata não conseguir viver sem a ex companheira.
P4	F	19	Paciente relata que sofre porque o pai tem vergonha da mesma, por conta da sua sexualidade. Relata também que por vezes não consegue se

			aceitar.
P5	M	20	Paciente relata que parou de estudar desde criança por causa do preconceito que sofre, por conta da sua sexualidade.
P6	F	25	Relata com dos grandes sofrimentos que vem encarando a traição da companheira.
P7	F	40	Apresenta confusões de pensamentos voltados a sexualidade (descobertas).
P8	F	22	Conflito familiar, principalmente com a mãe, depois de relatar a orientação sexual.
P9	F	19	Relata brigas com avó por causa da sua orientação sexual.

4.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados mediante informações colhidas em prontuários de sujeitos maiores de 18 anos atendidos no Ambulatório de Prevenção ao Suicídio no período de julho 2016 à julho de 2018, a partir de sua abertura, e que no decorrer das informações contidas no

documento esteja manifesta a sua orientação sexual. Tendo em vista que não haverá contato direto com os usuários, somente com o prontuário, buscando estabelecer um vínculo entre os objetivos da pesquisa.

Os critérios de inclusão utilizados são: prontuários de sujeitos maiores de 18 anos; sujeitos que foram atendidos pelo menos uma vez no APAS, fora a triagem feita no ambulatório geral, ao longo dos últimos três anos; prontuários em que esteja manifesta a orientação sexual no decorrer das informações contidas no mesmo. Como critério de exclusão serão os prontuários de usuários que não sejam residentes na cidade de Iguatu, para melhor demarcação da pesquisa.

4.3 INSTRUMENTOS DE ANÁLISE

Foi utilizado um formulário elaborado pelo autor para a sistematização da coleta de dados, o mesmo abordara questões de sexo, idade, local de moradia, condição trabalhista, condição financeira, frequência ao equipamento, entre outras, de acordo com os objetivos do estudo, conforme constante no apêndice A.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados a luz da teoria de análise de conteúdo de Bardin a fim de categorizar as informações e distribuir as mesmas com o intuito de atribuir sentido. Segundo Bardin (2011) o interesse maior não está na descrição do conteúdo e sim no que esse conteúdo pode ensinar após ser tratado a luz de teorias específicas ao tema que esteja sendo abordado. Considera-se análise de conteúdo um conjunto de técnicas utilizadas por diversas ciências para analisar os dados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo atendeu a todas as exigências da portaria 466/12 do conselho nacional de saúde (CNS), onde será utilizado um termo de fiel depositário que será submetido à instituição para o devido desenvolvimento da pesquisa, buscando assim o acesso direto aos documentos desejados. Como também da resolução 510/16 que considera a pesquisa em ciências humanas e sociais requer todo respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, mesmo que neste caso seja usado os prontuários, devendo ser concebida,

avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes donos das informações usadas.

Os riscos que podiam acontecer aos participantes são classificados como riscos mínimos, sendo eles: exposição de informações e extravio do material. Levando em consideração estes, se fazem necessárias estratégias para minimizar os mesmos, que respectivamente seriam o cuidado na elaboração do instrumento da coleta de dados; fazer a coleta de dados em uma sala reservada onde transite o menor número de pessoas possível, tendo em vista que o material não sairá de dentro da instituição e se utilizará sempre de iniciais e/ou nomes fictícios; e manejar os documentos de forma responsável a fim de conservar o bom estado dos mesmos.

Já os benefícios, no caso desta pesquisa, se apresentarão na sua maioria de forma indireta, levando em consideração que a participação não será do próprio participante e sim do seu prontuário. Os mesmos podem acontecer através da implantação de um novo manejo e/ou atividade dentro do equipamento direcionado ao público específico; uma visão ampliada dos profissionais ao trabalhar com esses casos; uma nova perspectiva de encaminhamentos, ocasionando em um acesso maior a saúde.

Este trabalho foi submetido e aprovado ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da instituição universidade Dr. Leão Sampaio de número 2.945.713 tal aprovação foi necessária para a coleta de dados e para apresentação com objetivo de obter o título de bacharel em Psicologia. A aprovação ocorreu no dia 5 de outubro de 2018.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Da análise de 334 prontuários relacionados na agenda do APAS durante os anos de 2016 a 2018, 09 atenderam aos critérios de inclusão do estudo, com isso foi possível observar, acompanhar e descrever as estratégias profissionais voltadas à pacientes que já tentaram e/ou idealizaram por fim a própria vida. As categorias analisadas no decorrer dos prontuários, foram: gênero, estratégias de atenção (tipo de atendimentos realizados), encaminhamentos, uso de medicação, abordagem multi profissional, manejo do psicólogo, relação entre gênero e tentativa de suicídio.

A partir da análise dos prontuários, observou-se que o fator gênero nunca estava descrito na ficha de anamnese do paciente e sim no decorrer das evoluções do seu prontuário, com isso é possível perceber que tal tema ainda é considerado tabu, em especial para os profissionais de saúde. Segundo Vicente e Viera (2009) não só os profissionais como os estudantes praticantes da área, constantemente, sentem-se incapacitados e embaraçados ao lidar com crenças, mitos e/ou tabus que de alguma forma envolva a sexualidade dos pacientes.

Com isso entende-se, através de uma visão geral, que o tema possivelmente pode ser tratado através de uma lógica biológica dos corpos, reforçando assim um pensamento em entidades dicotômicas, naturalizadas e predefinidas, ou seja, compartilhando da ideia do preconceito (VAL;GOMES E DIAS, 2016). Como pode ser percebido no P5 onde paciente relata que parou de estudar desde criança por causa do preconceito que sofre, por conta da sua sexualidade. Se existe a queixa é necessário dar suporte no momento do acolhimento, não depois de inúmeros atendimentos.

No tocante as estratégias de atenção entende-se que o desafio primordial é evitar mortes, isso através da realização de ações que buscam à promoção e prevenção em saúde. Contudo também fazer-se importante que exista uma rede organizada de serviços que esteja disponível e preparada para acolher as demandas evidenciadas pelos profissionais e pessoas próximas, podendo identificar fatores determinantes, preditivos, e que diminuam os encargos e a prevalência desses eventos (HECK ET AL. 2012).

Diante dos prontuários analisados percebeu-se que os mais frequentes foram atendimentos: psiquiátricos, seguidos de psicológicos bem como atendimentos multi profissionais, com assistente social, pedagogo, terapeuta ocupacional entre outros, podendo caracterizar um número significativo de prontuários que receberam atendimentos com profissionais diversos o que demonstra a rotatividade e trabalho feito de forma integrativa,

podendo assim citar o P5 como exemplo, onde o usuário recebeu atendimento psiquiátrico, psicológico e com assistente social.

O trabalho multiprofissional possibilita uma visão ampla sobre o caso e uma manutenção da fragmentação das ações e relações de distanciamento dos trabalhadores entre si e entre o trabalho que já executam (PEDUZZI, 2001). Porém no decorrer das evoluções fica explícito que não ocorre um trabalho interdisciplinar, como elaboração de projetos os estudos de casos sobre um único usuário, como por exemplo, a construção de PI (Projeto de Intervenção).

Tal dificuldade acontece por algumas razões, algumas delas seriam: a diversidade na formação dos profissionais, em que o treinamento para comunicação pode diferir entre os indivíduos; a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais uns com os outros e o efeito da hierarquia, onde alguns profissionais acham ter mais poder que outros. Determinada conduta enfraquece os laços da equipe e dificulta que essa interdisciplinaridade aconteça (ROWLANDS E CALLEN, 2013).

Com isso estudos apontam que pacientes com ideação e/ou risco de suicídio se expressam sobre a importância do trabalho em equipe (médico, enfermeira, psicóloga, assistente social, funcionárias e recepcionistas) desde o acolhimento, até o caminhar do seu tratamento dentro da instituição e afirma que isso é fundamental para enfrentar situações de morte dentro do seu ambiente (HECK ET AL. 2012).

Ao analisar os tipos de encaminhamentos foi possível perceber que eles em sua maioria eram feitos para os médicos psiquiatras. Com isso entendeu-se que no caminhar das intervenções opta-se sempre por uma visão organicista e mecânica a fim de tratar o usuário apenas em sua patologia, dando pouca ou nenhuma ênfase ao sujeito como um ser integral (SILVA, 2014).

Uma das estratégias importantes no tocante ao cuidado é a prevenção do suicídio e o cuidado domiciliar, tendo em vista que ele não aparece nos prontuários, tal ação está vinculada a ampliação da integralidade destas, a fim de expandir a assistência prestada (HECK ET AL. 2012). Contudo faz-se necessário o desenvolvimento de ações sistematizadas, ou seja, que aconteça um planejamento para antes, durante e depois da visita, tendo como alvo o usuário, a família e o contexto familiar no qual o mesmo está inserido (GIACOMOZZI; OLINISKI; TRUPPEL, 2006).

Com tal afirmação pode-se fazer uma relação direta com a medicalização do sofrimento, pois ao ponto que a patologia é mais visualizada do que o próprio sujeito, existe um uso exacerbado de medicamentos, utilizados atualmente como um mecanismo para

diminuir e/ou amenizar o sofrimento psíquico, dentre os 9 prontuários analisados apenas o P1 não estava em uso de medicação, sendo isto um indicador desse uso exacerbado.

Segundo a OMS (1981) isso acontece devido às alterações que esses fármacos produzem no sujeito, como alteração no comportamento, no humor e na cognição, tendo assim grande propriedade reforçadora, o que facilita o possível vício, e sendo passível de administração. Tendo em vista que proporcionaria, em primeira mão, um resultado “imediatos” o que a população atual procura.

Tendo em vista que o tratamento na sua maioria acontece focado apenas no sintoma, a partir dessa suposição é viável destacar que o envolvimento afetivo com o outro é considerado terapêutico na dimensão do cuidado, levando em consideração que o tratamento deve ir além de questões orgânicas e físicas (HENRARD E REIS, 2014).

No que diz respeito ao trabalho do psicólogo, em alguns prontuários houve atendimentos e intervenções psicológicas, no p4 o manejo do profissional foi voltado para uma escuta qualificada e um trabalho sobre perspectivas de futuro, levando em consideração que o paciente tinha ideação suicida ativa. No p7 foi abordado e trabalhado questões de isolamento, auto aceitação de sua sexualidade e também de conflitos existenciais, levando em consideração que era o ponto que afetava o sujeito naquele momento.

Com isso é possível perceber a necessidade de ampliar a relação que se estabelece com o paciente e considerar ele enquanto sujeito possuidor de sua história, e dos seus saberes, considerando assim a sua singularidade (HENRARD E REIS, 2014). Com isso entender a importância de um trabalho mútuo e integral, entre os sintomas e os afetos do paciente.

Pesquisas apontam que medicação, em especial os antidepressivos, não tem efeito satisfatório se não acompanhado de psicoterapia, segundo Rede Psi (2014) Se o ambiente e a situação do paciente não apresentar mudanças, a droga não tem capacidade para induzi-las no cérebro, e assim o paciente não consegue se sente melhor.

Dentro da categoria de relacionar questões de gênero com suicídio ficou explícito que por mais que as queixas sejam relacionadas a sexualidade, cada sujeito sente isso de uma maneira única e particular. No P4 o sujeito tentou suicídio porque o pai tem vergonha dele pela opção sexual e por se sentir indiferente pelo mesmo motivo, o P9 tentou se matar após grandes conflitos familiares, isso porque relatou sua orientação sexual.

Quando a discriminação LGBT ocorre dentro de casa ou vindo de um membro da família, na qual o sujeito tenha um laço afetivo com o mesmo, a situação agrava mais ainda, pois leva-se em conta que a família é a base fundamental para o crescimento e fortalecimento

dessa dificuldade que o sujeito enfrenta, porém existem famílias que tratam o homossexual do núcleo familiar como alguém doente, chegando a humilhar e discriminar colocando-o para fora de casa. Tais acontecimentos são considerados violência e causam danos irreparáveis na vida do sujeito (PERUCCHI; COELHO; DOS SANTOS, 2014).

Já o P7 pensa em se matar pelas novas descobertas que está fazendo com relação a sua sexualidade. Com isso entende-se que existe uma dificuldade do sujeito de aceitar sua condição sexual, a ponto de sofrer e tentar negar para si tal desejo. Segundo Nunan (2004) a visibilidade negativa que a sociedade apresenta sobre o sujeito que se declara homossexual pode ser de alguma forma internalizada pelo sujeito podendo gerar sentimentos de inferioridade e incapacidade com relação aos heterossexuais. Com isso entende-se que o preconceito à medida que é internalizado ele pode desencadear questionamentos sobre o seu valor enquanto ser humano e também produzir ódio a si mesmo.

Dentre os 9 prontuários analisados apenas 1 é do sexo masculino, com isso é perceptível que as mulheres praticam mais a tentativa de tirar a própria vida, em detrimento a concretude do ato pelo público masculino. Contudo é necessário cautela ao tratar da informação entre a tentativa de suicídio e gênero, pois os números globais mostram que os homens se matam duas vezes mais que as mulheres, isso porque usam métodos mais letais, porém números apontam que mulheres tentam duas vezes mais (OMS, 2015) o que pode ser nitidamente relacionado aos dados obtidos na pesquisa.

Os demais prontuários relatam queixas iguais e/ou parecidas, conflitos familiares e conflitos internos aparecem como questões predominantes durante o decorrer da pesquisa. Vale ressaltar que pode existir uma possível subnotificação com relação aos registros de homossexuais que já pensaram e/ou tentaram se matar em algum momento da sua vida. Pois existem poucos registros no ambulatório de prevenção ao suicídio, levando em consideração que os homossexuais se matam 10 vezes do que os sujeitos que seguem uma norma hétero normativa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral foi possível perceber que os usuários que tentaram e/ou pensaram em tirar a própria vida recebem um suporte satisfatório para trabalhar essas questões no CAPS III do município. Tendo em vista que algumas ações podem ser melhoradas para favorecer os usuários, bem como a equipe profissional do equipamento.

Viu-se então a necessidade de um trabalho intersetorial a fim de que o usuário não seja somente paciente do CAPS, mas que ele também participe de uma rede de assistência, podendo ser encaminhado para outros equipamentos como, por exemplo, participação ativa no CRAS (Centro Referência e Assistência Social). Essa ação tem por objetivo mostrar para o usuário sua devida importância nos diversos âmbitos de sua vida, devolvendo gradativamente sentido de vida e vontade de viver. Como também desenvolver novas estratégias dentro do próprio equipamento, podendo pensar-se em um grupo terapêutico no qual a temática do preconceito fosse abordada frequentemente, não só para os sujeitos que sofrem, mas também para aqueles que fazem sofrer.

Pôde-se pensar também em estratégias voltadas para os profissionais do equipamento, levando em consideração que os mesmos encontram dificuldades na hora de intervenções específicas como as que são voltadas ao público LGBTI+, sendo estas estratégias encontrados em forma de roda de conversa para trabalhar mitos, tabus e valores que envolvem este tema.

No tocante a população LGBTI+ é importante ressaltar que a mesma está mais propensa ao suicídio. Com isso seria interessante pensar em estratégias mais específicas voltadas para esse público, como por exemplo, abordar tais questões na anamnese e/ou no acolhimento, dando assim a devida importância a temática e ao sujeito que faz parte desta, a fim de desenvolver uma eficácia maior no que diz respeito ao trabalho de promoção e prevenção.

Os dados obtidos no decorrer da pesquisa se mostraram satisfatório para a contemplação dos objetivos, apesar de ter sido encontrado um número baixo de prontuários, com orientação sexual manifesta, com relação ao número de casos que a literatura apresenta, portanto isso não impediu um bom desenvolvimento da pesquisa.

Com isso conclui-se que é necessário repensar uma lógica que possa atingir esta eficácia para este público que diante da literatura se mostra vulnerável no que diz respeito à temática esplanada.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P. de et al. **Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas.** Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia. Vol. 12, n. 1 (2010), p. 195-200, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70; 2011. P. 35- 70.
- BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção.** São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- BORRILLO, D. **A homofobia,** 2009.
- BORRILLO, D. **Homofobia: história e crítica de um preconceito.** Belo Horizonte, 2010.
- BOTEGA, N. J. **Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção.** Rev. Bras. Psiquiatria, São Paulo, v. 29, n. 1, 2007.
- BRAGA, E. M. **A questão do Gênero e da sexualidade na educação.** In: RODRIGUES, Eliane; ROSIN, Sheila Maria (orgs). Infância e práticas educativas. Maringá – Pr. EDUEM. 2007.
- BRASIL, Lei Federal Nº. 10216/01. **Reforma Psiquiátrica,** jun, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). **Brasil sem Homofobia: Programa de Combate a Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual.** Brasília, DF: Autor.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2008a). **Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais.** Rev. Saúde Pública, 42(3), 570-573. Brasil. Ministério da Saúde. (2008b). Painel de Indicadores do SUS nº5 –Prevenção de Violências e Cultura de Paz. Brasília, DF: Autor.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BUTLER, Judith. **“La invención de la palabra”** (entrevista). Pagina 12, 8 mai. 2009. Disponível em: www.pagina12.com.ar. Acesso em 05 de maio de 2018.
- CARDOSO, Fernando Luiz. **Inversões do papel de gênero:** " drag queens", travestismo e transexualismo. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 18, n. 3, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 01, de 29 de Janeiro de 2018.** Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2018/01/resolucao_cfp_01_2018.pdf>. Acesso em: 20 março. 2018.
- COSTA JÚNIOR, F.M. **Psicologia e Medicina no processo de adequação da identidade de gênero,** 2017. Disponível em: <<http://www.iacbauro.com.br/psicologia-e-medicina-no-processo-de-adequacao-da-identidade-de-genero/>>. Acesso em 05 de maio de 2018.

DATASUS. (2015). **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

DE SOUSA, Karol J. A. **As diversas manifestações homofóbicas e suas consequências no cotidiano das minorias LGBT.** Revista Clóvis Moura de Humanidades, v. 2, n. 1, p. 27-44, 2016.

DELGADO P.G.G. **Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (como um apêndice sobre a questão dos crônicos).** In: TundisSA, Costa NR, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO; 1987.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social; As regras do método sociológico; O suicídio; As formas elementares da vida religiosa.** São Paulo: Abril Cultural, 1983 (Os Pensadores). P. 166.

ENEAS, P. **Conselho Regional de Medicina de São Paulo contra a ideologia de gênero,** 2018. Disponível em: <<https://criticanacional.com.br/2018/02/21/conselho-regional-de-medicina-de-sao-paulo-contr-a-ideologia-de-genero/>>. Acesso em 05 de maio de 2018.

FACCHINI, Regina. **Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico.** Cadernos AEL, v. 10, n. 18/19, 2010.

FILHO GOMES VIEIRA, Nilson; NÓBREGA, SHEVA. Maia da. **A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social.** Estudos de Psicologia, v. 9, n. 2, 2004.

FOUCAULT, Michel. **A constituição histórica da doença mental. Doença mental e psicologia, 1972.**

FRANCO, T. B. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 459-474.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa,** 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2017. P. 30-50.

GONÇALVES, Alda Martins; DE SENA, Roseni Rosângela. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família.** Revista latino-americana de Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

HEILBORN, Maria Luiza et al. **Gênero, sexualidade e saúde. Saúde, Sexualidade e Reprodução-compartilhando responsabilidades,** p. 101-110, 1997.

HÉRITIER, Françoise. **"Masculino e Feminino"** In: Enciclopédia Einaudi vol.20 Lisboa: 1980, p.11-26.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | v4.3.8. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

LOVISI, G.M., et al. **Análise Epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006.** Rev. bras. psiquiatr. 2009; 31(supl. II):86-93.

LUÍS, C. L. **A Fraternidade e a Superação da Violência contra LGBT.** Convergência, 2018.

MANN, J. J. **A current perspective of suicide and attempted suicide.** Ann Intern Med. 2002; 13(4): 302-11.

MELLO-SANTOS C, BERTOLETE J, WANG Y. **Epidemiology of Suicide in Brazil (1980 – 2000):** characterization of age and gender rates of suicide. Rev. bras. psiquiatr. 2016; 27(2):131-34.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. **Reflexividade como étnos da pesquisa qualitativa.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 1103-1112, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União, 2011.

MIYAZAKI, Ricardo T. **Orientação Sexual,** 2018. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/psicoclinicas/home/sexualidade/orientacao-sexual>>. Data do acesso 05 de maio de 2018.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. FURTADO, J. P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p. 1053-1062, 2006.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Prevención del suicidio: un imperativo global.** Washington, DC: OPS, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 23 março. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing Suicide: A Global Imperative.** Luxemburgo; 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete** Vol. 1. Edusp, 1994.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relator da ONU pede ação imediata para impedir violações de direitos das pessoas LGBT, 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/relator-da-onu-pede-acao-imediata-para-impedir-violacoes-de-direitos-das-pessoas-lgbt/>>. Acesso em: 05 de maio de 2018

POCAHY, Fernando. **Um mundo de injúrias e outras violações. Reflexões sobre a violência heterossexista e homofóbica a partir da experiência do CDRH Rompa o Silêncio.** In: POCAHY, Fernando (Org.). Rompendo o silêncio: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea. Porto Alegre: Nuances, 2007. p. 10-26

REVISTA GALILEU. **Jovens homossexuais têm mais tendência ao suicídio.** Disponível em: <<http://revistagalileu.globo.com/Revista/Common/0,,ERT226806-17770,00.html>>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

REYES, Wilfredo Guibert. **La promocion de salud ante el suicídio.** Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;18(1):33-45.

SAMPAIO, Liliansa Lopes Pedral; COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. **Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde**. 2012.

SCOTT, Joan W. “**Gênero: uma categoria útil de análise histórica**”. Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 16, n. 2, jul./dez. 1990, p. 5-22.

TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva; RONDINI, Carina Alexandra. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 651-667, 2012.

PERUCCHI, Juliana; COELHO BRANDÃO, Brune; DOS SANTOS VIEIRA, Hortênsia Isabela. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n. 1, 2014.

<http://www.redepsi.com.br/2014/01/20/antidepressivos-sem-terapia-nao-tem-efeito-aponta-pesquisa/>

HENRARD, Laryssa Prado; REIS, Clayton Washington dos. A medicalização do sofrimento psíquico na contemporaneidade. **Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 5, n. 2, 2014.

Vicente LM, Vieira EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(1):63-71.

VAL, Alexandre Costa; GOMES, Gabriela de Lima; DIAS, Fernando Machado Vilhena. Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 517-526, 2016.

2. Resolução no 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Jun 2014.

3. Silva MCBA. Sentidos da diversidade sexual entre estudantes de medicina [dissertação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia; 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saude Publica**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

Nunan, A. (2004). Violência doméstica entre casais homossexuais: o segundo armário? *PSICO*, 35(1), 69-78.

Rowlands S, Callen J. A qualitative analysis of communication between members of a hospitalbased multidisciplinary lung cancer team. *Eur J Cancer Care*. 2013; 22(1):20-31.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: Psicotrópicas ou Drogas Psicotrópicas. Disponível em:< <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20PSICOTR%C3%93PICAS%20O%20QUE%20S%C3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>>. Acesso em: outubro de 2018.

HECK, Rita Maria et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2012.

Freitas AVS, Bittencourt CMM, Tavares JL. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. *Rev Baiana Enf*. 2000 Jan-Dez; 13(½):103-7. 21. Lacerda MR,

Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc* 2006 MaioAgo; 15(2):88-95.

APÊNDICE

APÊNDICE A – FOMULÁRIO

- Orientação sexual;
- Quais encaminhamentos são feitos a esses sujeitos;
- Idade;
- Sexo biológico;
- Raça;
- Local onde mora;
- Ocupação. Trabalho/ estudo;
- Quantos atendimentos no APAS;
- Queixa principal relacionado à questão de gênero;
- Renda familiar.

APÊNDICE B - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Senhor(a) **(NOME)**, **(CPF)**, **(GARGO)**, **fiel depositário dos prontuários/material biológico** e da base de dados do **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) (CNPJ)** em **IGUATU-CEARÁ**, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa, vem na melhor forma de direito declarar que o aluno(A) **Rayanny Clares Uchôa, CPF: 062.917.373-70** está autorizado(A) a realizar **coleta de dados/material** nesta Instituição para execução do projeto de pesquisa: **“Manejo do Suicídio na População LGBT: Uma Análise de Prontuários ao Ambulatório de Prevenção ao Suicídio (APAS) de Uma Cidade no Interior do Ceará”**, sob a responsabilidade do pesquisador **Prof.^a Esp. Ariel Barbosa Gonçalves**, cujo objetivo geral é **Analisar como a Política de Saúde Mental maneja o suicídio na população LGBT a partir da análise dos prontuários do Ambulatório de Prevenção ao Suicídio – APAS**. Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Haja vista, o acesso deste aluno ao arquivo de dados dos pacientes desta Instituição, o qual se encontra sob minha total responsabilidade, informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade (nome), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Sendo assim, o(s) pesquisador (es) acima citados, compromete(m)-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo desta instituição, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concorda(m), igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito e que as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

CIDADE, _____ de _____ de _____.

(ASSINATURA e CARIMBO DO (a) RESPONSÁVEL)

(ASSINATURA DO (a) ALUNO(a))

(ASSINATURA DO (a) PESQUISADOR(a) RESPONSÁVEL)

**APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO
COPARTICIPANTE**

Eu, (NOME), (RG), (CPF), **função na instituição** declaro ter lido o projeto intitulado **Manejo do Suicídio na População LGBT: Uma Análise de Prontuários ao Ambulatório de Prevenção ao Suicídio (APAS) de Uma Cidade no Interior do Ceará** de responsabilidade do pesquisador(a) **Rayanny Clares Uchôa, CPF: 062.917.373-70 e RG: 2007587945-4** e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, autorizaremos a realização deste projeto nesta **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), (CNPJ DA INSTITUIÇÃO)**, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **(Resolução CNS 466/12 ou Resolução CNS 510/16)** . Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Local e data

Assinatura e carimbo do (a) responsável institucional