

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
PROGRAMA DE MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

FABIANE CRISTINA DE SOUZA ALVIM

**VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NA ADOLESCÊNCIA
E SUAS RELAÇÕES COM A SEXUALIDADE**

Governador Valadares/MG
2020

FABIANE CRISTINA DE SOUZA ALVIM

**VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA NA ADOLESCÊNCIA
E SUAS RELAÇÕES COM A SEXUALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce para obtenção do título de Mestre.
Orientador: Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva

Governador Valadares/MG
2020

Ficha Catalográfica - Biblioteca Dr. Geraldo Vianna Cruz (UNIVALE)

A475v Alvim, Fabiane Cristina de Souza.
Violência autoprovocada na adolescência e suas relações com a sexualidade [manuscrito] / Fabiane Cristina de Souza Alvim. – Governador Valadares, MG : UNIVALE, 2020.
102 f. ; 29,5 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território – GIT, 2020.
Orientador : Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva.

1. Violência Autoprovocada. 2. Território. I. Silva, Leonardo Oliveira Leão e. II. Título.



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

FABIANE CRISTINA DE SOUZA ALVIM

“Violência autoprovocada na adolescência e suas relações com a sexualidade”

Dissertação aprovada em 30 de abril de 2020,
pela banca examinadora com a seguinte
composição:

Prof. Dr. Leonardo Oliveira Leão e Silva
Orientador – Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Prof.ª Dr.ª Eunice Maria Nazareth Nonato
Examinadora – Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Prof.ª Dr.ª Maria Gabriela Parente Bicalho
Examinadora – Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF/GV

Dedico aos usuários e equipe do CAPSi
pela troca de experiências e aprendizado que
mantém o desejo e a aposta na Saúde Pública.

AGRADECIMENTOS

A Deus, com seus milagres diários, que me mantém e me fortalece a cada batalha vivenciada.

À minha mãe, Maria Batista, pelo exemplo de determinação e fé na vida. Pela postura profissional e protagonismo na área de educação, que sempre me inspirou pelo valor que dá ao estudo, ao conhecimento e à família. Pelo colo sempre aconchegante e disponível, pela escuta cuidadosa, pelo carinho em todos os momentos, me fortalecendo nas lutas e acolhendo nas dores.

Ao meu pai, Edimar de Souza, pela simplicidade ao olhar a vida. Pela disciplina e honestidade, preciosos valores ensinados, e pela demonstração de superação. Sua presença peculiar é para mim muito preciosa.

Ao meu marido, Júlio Alvim, pela parceria e por acreditar nos meus projetos, transformando-os em nossos. Pela paciência e compreensão da minha ausência durante a dedicação aos estudos, se fazendo sempre disponível, sempre ao lado.

Aos meus irmãos e familiares, pelo apoio e pelo amor que nos sustenta.

Às amigas, Fúlvia, Marisa e Anelise, companheiras deste sonho, nas viagens, nas angústias. Agradeço a parceria, o apoio, as ricas trocas que se intensificaram nesta experiência de fazer o mestrado juntas e distante de casa. O aprendizado foi muito maior do que a experiência acadêmica, trocamos confidências, risadas e desenvolvemos novas habilidades, tudo ficará guardado, certamente.

À Marisa e seus pais, e à amiga Sônia, pela grande acolhida, nos oferecendo seu lar para o descanso, pelo carinho dos cafés e conversas tão agradáveis, que possibilitaram refazer a energia para conseguirmos continuar.

Às colegas de trabalho e amigos do CAPSi, pela troca de experiências, pela acolhida, pelo conforto nos dias mais difíceis e pelo apoio.

Ao meu orientador, que como professor, me fez admirar ainda mais a docência, a epidemiologia e o uso dos bancos de dados. E como orientador, agradeço pela parceria, pelo imenso apoio e por acreditar no meu trabalho, me abrindo possibilidades de realizar este sonho.

Aos professores do Programa de Mestrado em Gestão Integrada do Território, aos professores da banca de qualificação pelas contribuições e por aceitarem participar comigo da construção do trabalho.

A todos, o meu sincero agradecimento.

*“E a gente vai à luta
E conhece a dor
Consideramos justa toda forma de amor”.*

Lulu Santos

RESUMO

Objetivou-se compreender a correlação entre os casos de reincidência de violência autoprovocada entre adolescentes e a vivência de orientação afetivo-sexual e identidade de gênero não heterocisnormativo, por meio da caracterização das variáveis sociodemográficas e associadas ao comportamento de autoagressão. Para isso, utilizou-se como método o estudo ecológico, com abordagem quantitativa, de caráter exploratório descritivo, com uso de fonte secundária, qual seja, as Fichas de Notificação da Violência Autoprovocada referentes ao ano de 2016. Os achados deste trabalho encontram correspondência na literatura em relação a local de ocorrência, meios utilizados, faixa etária em que prevalece a maioria dos casos. Ao segregar a população LGBTI+ por faixa etária associando à reincidência, identificou-se que os que responderam orientação homossexual o adulto jovem apresentou risco 87% maior de reincidência do que a população geral. Quanto aos transgêneros, o adulto apresentou risco 66% maior de reincidência do comportamento, e entre os bissexuais, destaca-se o jovem adulto com 488% maior risco para a repetição da violência autoprovocada. Conclui-se que a população que encontra-se em maior risco para a reincidência da violência autoprovocada é o jovem adulto com orientação sexual bissexual. Considera-se que tal fato esteja associado à história de estigma, preconceito e discriminação nas relações sociais, além dos equívocos dentro do próprio grupo LGBTI+ associados à visão da bissexualidade como um período de indefinição, não legitimando sua posição na partilha sexual. Ressalta-se o cuidado necessário na análise dos dados para não patologizar a existência, e sim, poder ser base para se pensar a importância da continuidade da implementação da Política de Saúde Integral LGBTI+ de forma transversal com os diversos Programas em Saúde e sua articulação com a educação e assistência, para assim possibilitar a inserção dos usuários nos equipamentos de saúde e seu adequado acompanhamento, fomentando a prevenção e acompanhamento adequado em relação a construir outras saídas que não a violência autoprovocada.

Palavras-chave: LGBTI+. Violência Autoprovocada. Adolescência. Estigma.

ABSTRACT

The objective was to understand the correlation between the cases of recurrence of self-provoked violence among adolescents and the experience of affective-sexual orientation and non-heterocisnormative gender identity, through the characterization of socio-demographic variables and associated with self-harm behavior. For this, the ecological study was used as a method, with a quantitative approach, of an exploratory and descriptive nature, using a secondary source, that is, the Notification Forms of Self-Harassed Violence referring to the year 2016. The findings of this work are found in the literature in relation to place of occurrence, means used, age group in which most cases prevail. When segregating the LGBTI + population by age group associating with recidivism, it was identified that those who answered homosexual orientation, the young adult presented an 87% higher risk of recurrence than the general population. As for transgenders, the adult presented a 66% higher risk of recurrence of behavior, and among bisexuals, the young adult stands out with 488% higher risk for the repetition of self-inflicted violence. It is concluded that the population that is at greatest risk for the recurrence of self-provoked violence is the young adult with bisexual sexual orientation, it is considered that this fact is associated with a history of stigma, prejudice and discrimination in social relations beyond the mistakes within the LGBTI + group itself associated with the view of bisexuality as a period of uncertainty, not legitimizing its position in sexual sharing. The necessary care in the analysis of the data is emphasized in order not to pathologize the existence, but, rather, to be able to be the basis to think about the importance of the continuity of the implementation of the LGBTI + Comprehensive Health Policy in a transversal way with the different Health Programs and its articulation with education and assistance so as to enable the insertion of users in health equipment and its proper monitoring, promoting prevention and adequate monitoring in relation to building other ways than self-provoked violence.

Keywords: LGBTI +. Self-harmed violence. Adolescence. Stigma.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APA	Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEP/CONEP	Comitê de Ética e Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças (Décima edição)
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/MS
DBC	Data Base File (Versão compactada do DBF)
DBF	Data Base File (arquivo de banco de dados)
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª Edição)
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
GIT	Gestão Integrada de Território
LGBTI+	Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, intersexuais e outras
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Individual
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA	Vigilância de Violência e Acidentes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	14
1.2 A ADOLESCÊNCIA E A VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA	19
1.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E TERRITÓRIO	24
1.4 HETEROCISNORMATIVIDADE	34
1.5 OBJETIVOS	46
1.5.1 Objetivo geral	46
1.5.2 Objetivos específicos	46
2 METODOLOGIA	47
2.1 TIPO E DELINEAMENTO DO ESTUDO	47
2.2 UNIVERSO DE ESTUDO	47
2.3 COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS UTILIZADAS	48
2.4 ANÁLISE DOS DADOS	50
2.5 ASPECTOS ÉTICOS	50
3 RESULTADOS	51
3.1 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA: ESTIGMAS SOBRE IDENTIDADES DE GÊNERO E ORIENTAÇÕES SEXUAIS	52
3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS NAS MINORIAS SEXUAIS NO ANO DE 2016	72
4 CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS	96

APRESENTAÇÃO

O interesse por este estudo surge a partir da experiência no trabalho como psicóloga na Saúde Mental Infanto-juvenil, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi do município de Ipatinga, que tem como proposta dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) atender aos casos de crise e urgência na infância e adolescência.

Percebe-se na rotina do serviço, o aumento da demanda de atendimentos em torno da questão da violência autoprovocada na adolescência. Não é comum a busca dos adolescentes pelos diversos serviços de saúde. Percebe-se que são principalmente as situações de crise ou sua pretensa irrupção que fomentam o cuidado demandado à RAPS nesta fase da vida.

Por se tratar de um serviço de urgência, chegam aos nossos cuidados pessoas que estão em situação de comportamentos de autoagressão, com cortes, arranhaduras e mordidas, bem como em situações de tentativas de suicídio após internação hospitalar, e outras em que foram usados métodos menos graves não demandando hospitalização. Essas pessoas chegam junto com familiares para serem acolhidas.

Neste serviço, recebe-se, portanto, casos de demanda espontânea, encaminhados dos demais Pontos de Atenção da Rede, e ainda após discussão dos casos em matriciamento, uma estratégia de construção coletiva de casos clínicos de forma intersetorial.

Ao escutar os adolescentes, algo que se repete em seus discursos começa a chamar a atenção, a se destacar, apesar da singularidade inerente a cada um, qual seja, a experiência do próprio adolecer como um desafio, como um certo estranhamento em relação ao novo. E a violência autoprovocada como uma resposta a isso.

Na adolescência, o que está em questão é um corpo diferente. São demandas diferentes da sociedade, sendo de fato um momento de transformação, e que ao vivenciá-lo, percebem que as respostas anteriores não são mais suficientes e cabe construir agora outros modos de viver, com novas referências. Nesse ínterim, as questões acerca da sexualidade reemergem, pois demandam um posicionamento em relação à escolha de objeto sexual, bem como em relação a sua identificação associada ao gênero. Muitos adolescentes ficam embaraçados nessa redescoberta. Pode-se dizer que se angustiam nessa transição, e em alguns momentos, faltam palavras para lidar com isso, atuando.

Dentro desse contexto, destacaram-se as situações em que na percepção acerca da própria sexualidade, quando os adolescentes se deparam com construções que não correspondem ao padrão esperado pela sociedade, preocupações tornam-se presentes, pois percebe-se que, além dos desafios inerentes à adolescência, responder ou se apresentar ao

mundo como transexual, bissexual ou homossexual, tem-se por acréscimo o desafio de lidar com o estigma e comportamentos preconceituosos nos diversos espaços sociais.

Por meio da clínica, a temática chamou atenção, mas foi pela via da epidemiologia que a busca de respostas, em termos gerais, impactou direcionando a construção desse trabalho.

Em virtude da atuação na saúde pública desde 2008, sempre se destacou no percurso profissional a importância do uso de dados epidemiológicos, visto que na atuação enquanto gestora, anterior à entrada no CAPSi, foi por meio deles que foi possível discutir a alocação de recursos físicos, financeiros e humanos para compor as ações de prevenção, cuidado e tratamento nos Programas de Saúde. Na medida em que os dados favorecem a construção da Política Pública, nota-se que apropriar-se destes e a partir disso construir e desenvolver propostas tem um importante impacto na saúde da população.

Na tentativa de unir essas duas vertentes, optou-se por uma pesquisa quantitativa por meio do instrumento que registra nos serviços a presença da violência autoprovocada, que é a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/autoprovocada. E dentre os diversos itens que compõem o instrumento, selecionou-se aqueles que pudessem favorecer encontrar a resposta para a pergunta que intrigava, qual seja, se entre os adolescentes, os que se apresentam como orientação afetivo-sexual e identidade de gênero fora da heterocisnormatividade, a reincidência da violência autoprovocada é mais frequente. E a partir disso, passou-se a discutir os dados com o arcabouço teórico das Políticas Públicas, da psicanálise e do território para compor uma visão acerca do fenômeno.

Sendo assim, este trabalho está dividido de forma que na introdução é realizado um percurso teórico subdividido em quatro itens, abordando as principais temáticas. Em primeiro lugar percorremos a conceituação de violência autoprovocada, embasados nas Políticas Públicas e Suicidologia, que compõem o arcabouço teórico usado no cotidiano das práticas no serviço público, para assim, delimitar a temática. Em seguida, no segundo item, associa-se o conceito de violência autoprovocada com o da adolescência. Procurou-se embasamento na psicanálise para discorrer sobre a diferença entre puberdade e adolescência, as questões acerca da sexualidade e a visão da violência como um ato.

No terceiro momento, passa-se a apresentar a Rede de Atenção Psicossocial, sua função, ações e modo de funcionamento, articulando com o conceito de território do geógrafo Milton Santos, autor muito utilizado no campo da saúde em trabalhos que apontam as proximidades do desenvolvimento da geografia e da epidemiologia enquanto ciência, e possibilita discutir o modo de organização dos serviços e sua articulação em rede. E por fim, discute-se o conceito de heterocisnormatividade, enfocando o conceito de estigma, associando

com a construção de Elias e Scotson sobre os estabelecidos e *outsiders*, que foram utilizados para realizar a leitura das relações sociais com as minorias. Compõe a parte final desse item a apresentação dos objetivos da pesquisa.

O segundo capítulo foi dedicado a apresentar o percurso metodológico realizado, desde a delimitação do universo de estudo, bem como os caminhos percorridos, o instrumento utilizado e os recursos para organizar os dados e analisá-los.

O terceiro capítulo deste trabalho apresenta os resultados da pesquisa. Ao proceder ao estudo proposto, considerou-se construir artigos para apresentar à comunidade científica o retorno do que fora estudado. Dois artigos compõem este capítulo. Um primeiro artigo foi construído, contando com a colaboração de professores do Mestrado em Gestão Integrada do Território – GIT. Esse artigo foi aprovado em uma revista de qualis B2, sendo realizadas as alterações sugeridas por um dos pareceristas e aguarda-se a avaliação final. Um segundo artigo, também na íntegra, complementa este capítulo. Nesse artigo, buscou-se usar os dados de forma bem específica ao objetivo desse trabalho, encontrando na pesquisa a resposta à hipótese formulada quando da proposta do estudo. Optou-se por apresentá-los em sua totalidade, possibilitando ao leitor conhecer o percurso desenvolvido durante o mestrado.

No quarto capítulo dessa dissertação, apresenta-se as considerações finais. Buscou-se mostrar o que pôde ser concluído, as perguntas que emergiram a partir do que já foi estudado, bem como as limitações encontradas no trabalho. Segue-se à finalização, as referências que mostram as obras que foram utilizadas ao longo das leituras para a construção do texto.

1 INTRODUÇÃO

1.1 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

Uma das maiores preocupações nas políticas de gestão da saúde no Brasil e no mundo refere-se ao impacto da morbimortalidade por causas externas, que são situações de violências e de acidentes. No Brasil, representam a terceira causa de morte na população geral, e a primeira na população de 1 a 49 anos (BRASIL, 2016). Na Assembleia Mundial de Saúde em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já chamava a atenção para a violência como um problema de saúde pública em função de suas consequências e efeitos prejudiciais (OMS, 2002). Em função disso, as intervenções pautadas na prevenção e promoção da saúde merecem atenção especial e precisam ser ampliadas. Segundo Minayo (2006), a violência e os acidentes respondem como segunda causa principal de mortalidade na população geral, e na faixa de 5 a 49 anos está como a primeira causa, destacando a repercussão de tais fatores na saúde pessoal e coletiva. Dentre as violências, D'Oliveira e Botega (2006), apontam o suicídio como a terceira causa de morte no mundo.

Para tanto, o Ministério da Saúde lançou em 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, estabelecendo objetivos, diretrizes e responsabilidades, com ênfase à implantação da notificação da violência, cujos dados são acompanhados pela Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes (BRASIL, 2002). Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, lançou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), baseado em dois componentes: vigilância contínua (a captação dos dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde que deve ser realizada a todo o momento) e vigilância sentinela (refere-se especificamente a serviços Sentinela, que são serviços de urgência e emergência, em que a pesquisa se dá por amostragem, por 30 dias consecutivos, sendo que a periodicidade desde 2012, é a cada três anos) (BRASIL, 2016).

Percebe-se um processo de aperfeiçoamento da vigilância de violências, aliado às políticas instituídas em relação à violência sexual, à saúde de idosos, mulheres, crianças e adolescentes e população LGBTI+¹, numa perspectiva de atenção integral à saúde, de

¹ Optou-se neste trabalho por utilizar a sigla LGBTI+, que segundo o Manual de Comunicação LGBTI+, é a mais indicada para ser usada por contemplar o grupo de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais, acrescido do símbolo + que visa abranger outras orientações sexuais, identidades e expressões de gênero, deixando-o mais abrangente (REIS, 2018).

proteção e garantia de direitos. A Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública, contempla os casos violência interpessoal e autoprovocada (BRASIL, 2016).

Desde 2002, a OMS identifica as violências delimitando-as em três amplas categorias, que são a interpessoal, a coletiva e a autoinfligida. A última, também denominada lesão autoprovocada, pode ser dividida em comportamento suicida e em autoagressão (MONTEIRO et al, 2015).

A violência pode ser definida como a conduta de caráter intencional, por ação ou omissão, que cause ou venha a causar, constrangimento, limitação, dano, morte, e diversas formas de sofrimento (sexual, físico, moral, psicológico e social, entre outras) (BRASIL, 2016).

A OMS, em sua definição, destaca o uso de força física ou de poder, sendo real ou na forma de ameaça, podendo ser individual, contra um grupo de pessoas ou contra uma comunidade, dividindo em três categorias segundo quem comete o ato, sendo a violência autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva. A primeira abrange o comportamento suicida, que contempla os pensamentos suicidas, as tentativas e o suicídio; e o autoabuso que compreende a automutilação. A violência interpessoal é aquela provocada por familiares ou parceiros íntimos, bem como a perpetrada entre pessoas sem laço de parentesco. Já a coletiva, envolve os crimes de ódio, guerras, envolvendo grandes grupos (OMS, 2002). O Ministério da Saúde utiliza a terminologia violência autoprovocada, como sinônimo de autoinfligida (BRASIL, 2016).

Na Suicidologia, ciência que tem se dedicado a estudar o tema, a terminologia usada é comportamento suicida. Segundo Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), o comportamento suicida é uma expressão que engloba os diversos fenômenos desde a ideação até ao comportamento que leva ao óbito. Pontuam que deve ser diferenciado de outros comportamentos autodestrutivos, em que ao agir, o indivíduo não o faz com intenção de colocar fim à vida, apesar de existir fatores comuns nesses quadros (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

A oferta de atenção pela Rede de Saúde, tanto nas situações de tentativas quanto de autolesão sem intenção suicida, deve se dar por se tratar de um fator de risco para o suicídio, e além disso, por imperícia, o indivíduo pode produzir lesões tão profundas que tenham a possibilidade de levar à morte. Alguns trabalhos têm apontado para o fato de que a autoagressão está associada ao aumento da tendência suicida (MUEHLENKAMP et al., 2012).

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) dividem os fatores de risco para o suicídio em duas classes, a primeira chamada de fatores de risco predisponentes e a segunda precipitantes. Pontuam que os primeiros estão mais distantes no tempo em relação ao ato e estão relacionados a situações de violência, negligência, presença de transtornos psiquiátricos no contexto pessoal ou familiar, capacidade de resiliência e autoestima diminuída. Já os precipitantes são os considerados estressores que desencadeiam o comportamento suicida, dentre os quais situações de perdas reais ou simbólicas. Destaca-se a visão da interação de complexos fatores no comportamento suicida, que não deve ser visto de forma reducionista, pois é a partir da articulação de diversos elementos, somada ao extremo sofrimento no qual o indivíduo não tem conseguido identificar saídas é que as tentativas aparecem como solução para o mal-estar.

Já na autoagressão sem intenção suicida percebe-se que o que está em jogo é a dificuldade em experimentar e vivenciar determinados sentimentos, com a presença de uma multiplicidade de fatores psicológicos, biológicos e sociais, tais como, dificuldade na regulação das respostas emocionais, impulsividade, *bullying* e dificuldade nos relacionamentos. O fenômeno pode ser explicado por meio do ciclo emocional, em que se identifica a dificuldade em lidar com as emoções levando à autoagressão. Após o ato surge um alívio momentâneo, mas frente a novas demandas tem-se a elevação da tensão emocional e inicia-se mais uma vez o comportamento de se ferir. Ressalta-se que a automutilação tende a ser acompanhada de sentimentos de arrependimento, frustração e raiva (ARATANGY, 2017).

Halicka e Kiejna (2015) afirmam que a autoagressão e o comportamento suicida têm características e qualidades diferentes, sendo que o primeiro frequentemente é um recurso utilizado para reduzir o nível de estresse, mas chamam atenção para o fato de que comumente tais comportamentos estão intimamente relacionados. Os autores, numa revisão de literatura, destacam uma pesquisa que aponta que, na adolescência, quando há presença de autoagressão, o risco é três vezes maior para o comportamento suicida (da ideação ao desfecho fatal), bem como um trabalho que mostra que os comportamentos de autoagressão frequentemente levam a tentativas de suicídio, mesmo que inicialmente não haja intenção de morte.

O comportamento suicida, segundo Monteiro (2015), é caracterizado por pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito, enquanto que a autoagressão engloba atos de automutilação, incluindo desde as formas mais leves, como arranhaduras, cortes e mordidas até as mais severas, como amputação de membros. “A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) considera como lesão autoprovocada intencionalmente as lesões ou o envenenamento autoinfligido

intencionalmente e as tentativas de suicídio” (MONTEIRO et al., 2015, p. 690).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), em sua 5ª edição (DSM-5), produzido pela Associação Americana de Psiquiatria, consta o suicídio definido como Transtorno do Comportamento Suicida diferenciado da automutilação. O transtorno deve ser diagnosticado quando nos últimos 24 meses, o indivíduo fez uma tentativa de suicídio, e deve-se ter clareza de que tal ato foi com intenção de levar a própria morte, não atendendo ao critério para autolesão não suicida, ou fatores orgânicos e culturais (APA, 2014).

Já a autolesão não suicida refere-se ao comportamento do indivíduo de dano intencional na superfície do seu corpo, que induz a sangramento, contusão ou a dor, desde que tenha acontecido por cinco dias ou mais no último ano, com a expectativa de que o ato cause dano menor ou moderado. Esse comportamento deve ser diferenciado da intenção de causar a própria morte, ele está associado à expectativa de induzir a uma sensação positiva após o ato, ou a obter alívio e afastamento de sentimentos negativos, ou ainda para resolver uma dificuldade interpessoal. Esse comportamento pode levar a padrões de dependência. Deve-se diferenciar de atividades com cunho cultural, como por exemplo, o uso de *piercing* e tatuagem, ou de cunho religioso, como por exemplo, parte de algum ritual específico (APA, 2014).

Alguns objetos são comumente escolhidos para a prática da autolesão, que são as facas, agulhas e lâminas. A área frontal das coxas e o lado dorsal do antebraço são reconhecidamente os locais mais comuns de autolesão, sendo que pode haver uma série de cortes paralelos em um único episódio de autoagressão. A maioria das pessoas que utilizam a autolesão como forma de lidar com questões subjetivas não costuma buscar por atendimento médico, uma vez que os cortes tendem a princípio a serem superficiais, mas o engajamento na autolesão não suicida com métodos variados está associado a uma psicopatologia mais grave, que pode levar às tentativas de suicídio (APA, 2014).

Em relação à faixa etária prevalente, quanto ao comportamento suicida, ele pode ocorrer em qualquer momento durante a vida, sendo raro em crianças com menos de 5 anos, não sendo especificado às demais faixas etárias. Em relação a autolesão não suicida, a APA (2014) esclarece que é frequente o início no começo da adolescência, podendo continuar por muitos anos. Acrescenta que, em relação a internação hospitalar devido a essa condição, o pico está na faixa etária entre os 20 e os 29 anos de idade tendendo à diminuição, mas as pesquisas não trazem informação sobre a idade de início do comportamento, havendo a necessidade de novas pesquisas para se conhecer a associação entre a faixa etária e o início do

comportamento (APA, 2014).

Segundo Arantagy (2017), a automutilação não é fenômeno exatamente novo. Os dados epidemiológicos mostram que a quantidade está aumentando, mas na literatura ficcional as descrições remontam há pelo menos 2.500 anos, desde a tragédia Édipo Rei de Sófocles. Para além da ficção, um caso famoso retratado refere-se ao reconhecido artista Van Gogh, que corta um pedaço da própria orelha por ocasião de um quadro melancólico, realizando posteriormente uma pintura mundialmente conhecida. O suicídio também toma hoje outra dimensão, mas foi constatada a sua presença na história. Percebe-se que a visão sobre o ato nem sempre foi a mesma.

Considera-se que, a partir de Santo Agostinho, a morte por suicídio passa a ter uma conotação pecaminosa. Na Idade Média, ela foi vista como crime, pois lesava os interesses da Coroa e as consequências de tal morte recaía sobre os familiares, com a retirada dos bens que eram confiscados e o cadáver do familiar era ainda penalizado. A partir da separação entre a Coroa e a Igreja, o controle das questões em torno da morte passou ao saber médico, período em que temos a passagem da morte por suicídio de pecado para patologia (NETTO, 2013).

Na atualidade, a forma de ver o fenômeno carrega as anteriores, visão associada ao pecado, visão associada à patologia psíquica e ainda acrescenta-se uma visão moralizante. Hoje é tabu falar do assunto, pois o suicídio vem na contramão da ciência, visto que toda tecnologia encontra-se disponível para a manutenção da vida, questiona-se o fato de um sujeito buscar a morte. Desqualifica-se de tal modo que cria-se um silêncio em torno da temática, silêncio este que dificulta a identificação de pessoas em sofrimento, que poderiam se beneficiar de uma abordagem aberta de escuta para poder construir outro percurso que não o caminho para a autoagressão e a morte de si (NETTO, 2013).

A violência autoprovocada é, portanto, um problema de saúde pública. Nesse contexto, percebe-se que ao longo do tempo tem-se identificado a partir dos registros no SINAN as populações mais vulneráveis para o agravo. Para o comportamento suicida, identificou-se que as minorias como os indígenas e a população LGBTI+ estão em maior risco. E em relação à faixa etária, tem-se que, para o suicídio, destaca-se a população acima dos 60 anos como a mais vulnerável, e o aumento dos casos de tentativas de suicídio e outras lesões autoprovocadas destaca-se na adolescência e jovens adultos (BOTEGA, 2015; BRASIL, 2017a). Além disso, outro autor, Plener (2016), explica que a presença de autolesão não suicida é mais frequente em jovens, com a função de aliviar sentimentos negativos. Esses dados mostram, portanto, que essa caracterização é merecedora de estudo mais aprofundado, abordaremos em seguida a adolescência e as relações com a violência autoprovocada.

1.2 A ADOLESCÊNCIA E A VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA

Para abordar a temática da adolescência é necessário explicitar inicialmente o significado desta palavra, uma vez que não há consenso, visto que é delimitada e explicada de forma diferente dependendo do arcabouço teórico das disciplinas.

Pode-se definir adolescência como o período de transição entre a infância e a vida adulta, situando a pessoa nos limites da dependência infantil e da autonomia do adulto. Em algumas sociedades existem os rituais que servem para marcar a chegada de uma criança a uma outra fase. São os ritos de passagem, que podem ser exemplificados como bênçãos religiosas, testes de força e de resistência, o ato de separação da família de origem ou corpos pintados e marcados de alguma forma. Já nas sociedades industriais modernas, esse momento de saída da infância para a entrada na vida adulta acontece de forma menos abrupta, sendo inserido um longo período, denominado de adolescência, em que estão em jogo mudanças em vários aspectos, no físico, no cognitivo e também no aspecto psicossocial. Nessa perspectiva, este período não é claramente definido, durando aproximadamente 10 anos. Seu início é marcado pela puberdade, considerada como a maturidade sexual, e seu final depende das aquisições esperadas antes da entrada na vida adulta, como questões profissionais, de autonomia e de independência (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Percebe-se que a adolescência como época da vida, tal como é vista nos dias atuais nas sociedades industriais, é consequência de uma construção social.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, (Lei 8069/90), criança é a pessoa até os 12 anos de idade incompletos e, adolescente, restringe-se a idade entre os 12 e os 18 anos (BRASIL, 1990).

Conforme Senna e Dessen (2015), outro modo de delimitação da adolescência é pela via cronológica, modelo adotado pela OMS e reconhecido pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Delimitou-se que a adolescência é a fase compreendida entre os 10 e 19 anos de idade. Esse é, portanto, o parâmetro usado para investigações epidemiológicas e elaboração de políticas públicas (SENNA; DESSEN, 2015). O presente trabalho utiliza a referência adotada pelo Ministério da Saúde, considerando adolescência, portanto, como parâmetro etário entre 10 e 19 anos.

A adolescência pode ser definida como uma fase no desenvolvimento humano, e na psicanálise, fala-se primeiramente em puberdade. Esta pode ser definida como o momento do aparecimento dos caracteres sexuais que como efeito provocam modificações no corpo e na imagem do corpo (STEVENS, 2013). O ser humano se difere do animal, entre outras

questões, por não ter previamente preparado em seu organismo respostas às diversas demandas. Na puberdade isso pode ser verificado com os impasses vivenciados pelos sujeitos que, imersos em uma nova condição, precisam encontrar respostas às suas questões, construir saídas para seus conflitos internos. Segundo Stevens (2013), o animal ao se deparar com a idade de procriar sabe exatamente o que fazer em função do que pode ser denominado de instinto.

Segundo Freud (1905), a puberdade é o período das “[...] realizações psíquicas mais significativas, porém também mais dolorosas [...]” (FREUD, 1905, p.214), em que mudanças serão introduzidas e vão levar a vida sexual infantil à sua configuração definitiva, momento em que questões da infância serão reavivadas e apontarão para a escolha de objeto, bem como a orientação sexual. Concomitante a isso, tem-se o movimento esperado do desligamento da autoridade dos pais, que culmina na oposição ao seu saber, buscando nos laços sociais outros modos de relação e também respostas, já que neste momento, os pais tornam-se verdadeiramente insuficientes, diferente do fantasiado em relação aos pais da infância.

Pode-se, portanto, identificar a puberdade como aspecto do desenvolvimento biológico com que se depara cada ser humano e que produz transformações físicas de forma programada. A adolescência refere-se aos efeitos da incidência do real da puberdade, e a partir daí cada sujeito encontra-se com a tarefa de se haver com o novo corpo com efeitos na subjetividade (SANTIAGO, 2016). A adolescência, portanto, é uma resposta às questões da puberdade.

Freud (1905) desenvolve sua teoria sobre o desenvolvimento infantil até a adolescência. Para a psicanálise, a revolução psicológica dessa etapa pode ser comparada a um processo de luto. Cabe ao adolescente elaborar o luto pelo corpo infantil, o luto da identidade infantil e o luto pelos pais da infância. O conceito de luto veicula ideias de perdas reais e simbólicas. Podem ser observados nos adolescentes momentos como a negação, agressividade, ambivalência e aceitação, que se constituem como a manifestação de todo conjunto de defesas utilizadas para a vivência e operacionalização simbólica deste período. A autoimagem construída ao longo dos anos da infância será reformulada com base nos novos esquemas corporais e nas novas modalidades de relacionamento consigo próprio e com o mundo (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

A adolescência não é a mesma para todos, cada um passará pela transição a seu modo, e para alguns isso não se dá de forma leve e fácil. Podemos afirmar, conforme Jucá e Vorcaro (2018), que a adolescência é um período no qual definições importantes irão processar. São novas demandas, novas relações, um corpo novo, diferente do lugar seguro e habitual da

infância. Percebe-se que frente a isso, na emergência da adolescência, alguns sujeitos ficam embaraçados na transição implicada no adolecer e atuam. Denunciam, com seus atos, que algo não vai bem em sua relação com os outros e consigo próprio. É nesse contexto que pode-se ler as mais diversas formas de violência autoprovocada.

As questões em torno da sexualidade na contemporaneidade ainda são carregadas de tabus, mitos, preconceitos e estigmas. Vivemos sob a égide de uma sociedade que produz padrões rígidos e o que destoia aparece como fora da norma, não valorizado socialmente.

A adolescência é considerada como o período em que reemergem as questões em torno da sexualidade, adormecidas durante o período de latência, que urgem nesse momento como uma demanda de definição da posição do sujeito na partilha sexual. Nesses termos, com embasamento na psicanálise, podemos nos referir à constituição da sexualidade, considerando que na adolescência, o que ocorre é o segundo despertar da sexualidade. A latência é o momento em que os principais impactos da cultura incidem sobre o sujeito, momento em que a sexualidade dos primeiros anos da infância adormeceria (OLIVEIRA; HANKE, 2017).

A puberdade, trazendo a adolescência como resposta, coloca em jogo a retomada das questões sexuais. Período em que se demanda uma reatualização das escolhas feitas na primeira fase da sexualidade, anterior à latência. Neste momento, entretanto, não se conta mais com as referências anteriores, as fantasias infantis não são suficientes, há um corpo diferente e em transformação, e pais diferentes daqueles da infância (OLIVEIRA; HANKE, 2017). Dessa forma, adolescentes denunciam desconforto em sua relação com os outros e consigo próprio. Neste período, as escolhas feitas na infância serão reatualizadas, sobretudo, as escolhas de objeto (hetero ou homossexuais), e também as que se referem à posição quanto à sexuação (STEVENS, 1998).

De acordo com a psicanálise, a sexualidade de cada sujeito é o resultado da articulação de três fatores. O primeiro corresponde às características sexuais físicas, que se referem à anatomia e genética, o segundo fator corresponde às características sexuais mentais, que é a posição sexuada que pode ser feminina ou masculina, já o último fator é a escolha de objeto sexual (QUINET, 2019). O autor pontua: “Essa anatomia não determina em absoluto nem a posição subjetiva e muito menos sua escolha de parceiro sexual. A posição subjetiva (feminina ou masculina) tampouco determina se o parceiro é homem ou mulher.” (QUINET, 2019, p. 154), chamando a atenção para a imprevisibilidade da associação desses fatores na organização da sexualidade de cada pessoa. Podemos considerar, apoiados no autor, que no campo da constituição da sexualidade não existem padrões, estes são fixados pela sociedade de cada época, o que influencia a leitura dos comportamentos.

Nesse ínterim, a homossexualidade já foi considerada condição patológica, sendo que, apenas na décima versão da Classificação Internacional de Doenças, conhecido como CID-10, um manual de apoio ao médico e profissionais de saúde para diagnósticos, é que ela deixou de ser apontada como patologia, a partir de 1990 (LANZ, 2019). Portanto, é desprovido de sentido discutir as questões da sexualidade, quaisquer que sejam suas apresentações, a partir de termos como normalidade e patologia, como nos alerta Dunker (2019). Deve-se, portanto, analisar o ponto de vista que leva em consideração a variabilidade da função sexual humana.

Vive-se sob a égide da heterocisnormatividade, com tendência à estigmatização das vivências afetivo-sexuais que diferem do modelo artificial e binário homem/mulher e da heterossexualidade. Numa sociedade em que as variações da sexualidade são vistas ainda como transgressão, uma vez que prevalece o olhar de um determinismo da natureza em relação a sexualidade, fomenta-se a estigmatização (LANZ, 2019). A estigmatização é percebida no comportamento para com as pessoas que não se identificam com os modelos de homem e mulher impostos quando do nascimento, em função do sexo biológico. O que se espera é que naturalmente todas as pessoas sejam cisgêneras, num exemplo de perfeito ajuste entre o corpo biológico, a posição e o objeto sexual. Quadro este que a psicanálise se contrapõe na medida em que aponta para a diversidade de possibilidades ou configurações na esfera da sexuação.

Na adolescência, não poder mais contar com o Outro remete a busca de outros referenciais para além das figuras familiares. A tarefa de desligar-se dos pais, abrindo mão da autoridade paterna, demanda a inserção em novos grupos, a busca de novos laços, o que se dá pela via da identificação. Na medida em que o adolescente percebe que as pessoas com orientação sexual e a identidade de gênero que divergem da norma social são tratadas com preconceito e discriminação, e se percebem identificados quanto a questão da homossexualidade, por exemplo, pode-se notar que advém um conflito psíquico. Conflito este que pode ser explicado, a partir da visão do aparelho psíquico, pela articulação das pulsões do id (associadas a vivência da sexualidade, desejos percebidos) e os imperativos do superego (instância pautada em parte nas normas aprendidas, nos valores introjetados da cultura, transmitidos pelos pais). Se reconhecer na partilha dos sexos, assumir ou não frente a sociedade e a família uma identificação não valorizada é um impasse possível de ser identificado na adolescência.

A partir dessa vivência, podemos verificar algumas possíveis respostas sintomáticas que, segundo Oliveira e Hanke (2017), podem se configurar como: a busca pelo confronto com o Outro; a alienação a esse mesmo Outro; ou separação radical do campo do Outro, que

podem ser exemplificados com as situações de violência autoprovocada, desde a automutilação até as tentativas de suicídio. Isso pode ser lido como ato.

Segundo Jucá e Vorcaro (2018), estudar os atos na adolescência nos permite analisar os impasses dos jovens na ampliação dos seus laços sociais e a cultura contemporânea. Para entender o ato, podemos dividi-los em *acting out* e passagem ao ato. “A clínica com esses sujeitos, contudo, nos leva a estabelecer uma diferença entre o ato suicida cuja intenção de morte é incontestável daquele em que o sujeito inconscientemente deseja que fracasse” (RIGO, 2013, p. 34). Segundo a autora, pela psicanálise, pode-se identificar os fenômenos denominados de *acting out* e de passagem ao ato que contribuem para a compreensão, para a leitura dos atos.

No primeiro caso, percebe-se que há no ato uma demanda, que pode ser de amor, de reconhecimento ou mesmo de atenção. O sujeito faz um apelo ao outro por meio de uma cena que ele cria e nela se insere. Já no segundo caso, há um sujeito que sai de cena por meio de um ato radical. É um sujeito que se identifica ao resto, como dejetivo do mundo, que segundo Rigo (2013), não se reconhece mais como um sujeito historiado. Neste caso é mais comum que o ato seja levado a cabo com mais chances de ser efetivamente um ato suicida nomeado de bem sucedido, uma vez que há menos chance de salvamento. Deve-se considerar que, em qualquer dos casos, existe a presença de um sofrimento, do qual o sujeito encontra-se em dificuldade de nomear, encontrando no ato uma saída para sua dor.

São, portanto, saídas escolhidas frente às demandas que emergem na adolescência, que apontam para o sofrimento que o sujeito muitas vezes se vê imerso nesse período. “Assim, o sujeito não está imune aos acontecimentos da palavra que o representa, do corpo que nele pulsa, do mundo que o cerca, da política que o comanda, da ciência que o define e de toda a cultura que o afeta e o produz” (OLIVEIRA; HANKE, 2017, p. 299).

A psicanálise considera que o modo de funcionamento do mundo incide sobre o sujeito. Segundo Oliveira e Hanke (2017), há uma influência recíproca entre o sujeito e o mundo que o cerca. Assim, pode-se afirmar, conforme os autores, que todo ser humano sofre consequências das relações que mantém com outros seres humanos e com o mundo que o cerca. Em um mundo em que a questão da sexualidade está pautada de conotação negativa, sustentar a sexuação frente ao social não é tarefa fácil, pois isso definirá o modo como a sociedade vai reconhecer o sujeito, nomeá-lo e identificá-lo.

Enquanto ser social, o indivíduo tende a buscar na sociedade seus semelhantes e vivenciar a sua identidade junto ao outro. No contexto da sexualidade, há que se considerar a conotação negativa em função do preconceito que incide sobre as pessoas, que favorece que

algumas pessoas possam vir a não exercer sua sexualidade de modo aberto, em função dos possíveis conflitos que adviriam em se reconhecer e sustentar a sexualidade que diverge da norma social (BARRETO, 2010).

Assim, as instituições, como por exemplo, a família, a escola e o trabalho, todo o contexto social, esperam determinados comportamentos das pessoas. Determinam o modo como devem falar, se apresentar e se relacionar. Consideram que o sexo de nascimento deve estar coerente com a forma de agir e o que se difere disso não é considerado sadio.

Costa (2008), apoiando em Butler (2003), pontua que ocorre na sociedade “[...] uma ‘heterossexualização do desejo’, ou seja, a invenção de uma norma que enquadra a vida sexual dos sujeitos e os define quanto as suas práticas sexuais e quanto ao desempenho de papéis nas relações” (COSTA, 2008, p. 361). Foi construído ao longo da história o que pode ser considerado uma diferença, posições assimétricas de que é o masculino e o feminino que moldam a forma como cada um deve se comportar. Essa temática que permeia a sexualidade merece uma discussão mais profunda, perpassando os conceitos de heteronormatividade e cisnormatividade para compreender os possíveis impactos na adolescência, mas antes disso, será feito um percurso pela visão da Rede de Atenção em Saúde Mental e suas relações com o território para favorecer a compreensão sobre os equipamentos de acolhida e cuidado com os pacientes.

1.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E TERRITÓRIO

Na história da saúde mental, podemos identificar práticas e movimentos distintos que culminaram na proposta atual de cuidado. Durante muito tempo, o lugar de cuidado dos pacientes em sofrimento psíquico eram os manicômios. Com o movimento antimanicomial, por meio da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, os pacientes passaram a ser vistos como sujeitos de direitos e iniciou-se o processo de desospitalização e desinstitucionalização, com a oferta dos serviços substitutivos ao modelo asilar, pois a lei redireciona o modelo assistencial em saúde mental, enfatizando que a pessoa deve ser tratada preferencialmente em serviços comunitários (BRASIL, 2001). Os fatores que favoreceram a possibilidade de tratamento no território fora dos muros manicomial foram os medicamentos, os diversos dispositivos propostos nos diferentes níveis de atenção em saúde, o empenho e luta da sociedade civil, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos familiares.

Saúde mental e doença mental não são conceitos equivalentes. O conceito de doença mental foi modificado ao longo do tempo. Enquanto o discurso dominante era o religioso, ela

foi vista como uma invasão demoníaca, castigo dos deuses ou consequência de atos pecaminosos. A partir do olhar da medicina, os sintomas apresentados pelos pacientes foram alvo de observação e registro, para mais tarde surgir a prescrição de tratamentos, e na medida da evolução da ciência, vieram os medicamentos. Esse campo de conhecimento é conhecido como psicopatologia (CECARELLI, 2005). Os tratamentos e formas de cuidado foram modificando de acordo com a condição da ciência em cada tempo histórico. A visão da doença mental, tal qual as doenças físicas, dentro do campo da ciência, vieram de uma lógica biologicista.

Na saúde, temos um divisor de águas nessa perspectiva, a saber, a Conferência da OMS de Alma Ata em 1978, que propôs um novo conceito de saúde, possível uma vez que este refletia o avanço na consciência mundial em torno dos direitos, da cidadania, bem como a crescente crítica ao modelo biomédico hegemônico. Esse conceito apresenta a saúde como um “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade [...]” (RODRIGUES; SANTOS, 2011, p. 89). Apesar de utópico, amplia a visão anterior abrindo à diversas possibilidades de atuação das equipes multidisciplinares.

Assim, o enfoque deixou de estar na doença para ser direcionado à saúde. Com a ampliação do conceito de saúde no contexto geral, pode-se também pensar a saúde mental em outros moldes, com outra configuração.

Há que se definir de que território se trata ao abordar essa lógica na saúde mental, que enfatiza o cuidado na comunidade, vinculado ao território. Aponta-se, como norteador, que o lugar da pessoa em sofrimento psíquico era o manicômio. Com a nova lógica, o lugar é o da cidade. Parte-se da contribuição do geógrafo Milton Santos usufruída pelos teóricos da saúde, que impactou na epidemiologia e na saúde coletiva para contextualizar o conceito em questão.

Segundo Faria e Bortolozzi (2009), os conceitos de espaço e território em Milton Santos foram incorporados pela ciência epidemiológica, a fim de buscar instrumentos teórico-metodológicos que lhe permitissem entender o processo saúde-doença como manifestação social, numa perspectiva de evolução de uma visão que anteriormente estava pautada no positivismo e era insuficiente para pensar as mudanças no perfil de adoecimento da população.

A epidemiologia, responsável por estudar a distribuição e os determinantes das doenças nos seres humanos, trabalha com o tripé tempo, pessoa e lugar, para a delimitação dos elementos que são analisados para compreender a lógica das enfermidades. Essa ciência se estrutura com o conceito de doença associada à transmissão por agentes específicos e sua

propagação, sendo explicada na relação entre o corpo e o meio (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

Compreende-se, a princípio, que o espaço é separado do tempo e das pessoas, sendo o primeiro considerado como o lugar geográfico que possibilita a ocorrência de doenças. Separados, mas inter-relacionados, uma vez que é a sede onde os acontecimentos emergem na articulação de tempo e pessoa. A princípio, o espaço foi compreendido como resultado da articulação do homem e a natureza do mesmo modo que a geografia clássica. Desde o início, tanto a geografia quanto a epidemiologia, interrogaram essa oposição que as constituía. O uso do conceito de espaço na epidemiologia acompanhou o desenvolvimento da geografia e seu desenvolvimento buscou incluir na visão do processo saúde/doença outras dimensões para além das físicas, tais como o olhar para o simbólico, cultural e social. Nessa perspectiva, os conceitos propostos pelo geógrafo Milton Santos foram incorporados na análise da relação espaço e doença (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

Santos (2006) chama atenção para a inseparabilidade entre espaço e tempo. E irá definir o espaço como um “[...] conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações[...].” (SANTOS, 2006, p. 12). A partir desse pressuposto, o autor delimita características analíticas internas à afirmação, que envolve por exemplo a paisagem, que é dada pela natureza, a configuração territorial que é constantemente modificada pela ação do homem e também o modifica, o espaço produtivo e a divisão territorial do trabalho, dentre outros. Partindo disso, em sua obra, ele discute conceitos como região, lugar, redes e escalas, que influenciam a construção de conceitos na saúde coletiva, que envolvem aspectos técnicos e simbólicos (SANTOS, 2006).

De acordo com Czeresnia e Ribeiro (2000), nessa perspectiva, o espaço resulta da relação entre a vida e a materialidade das coisas. Sendo assim, o território se configura a partir de uma produção histórica que resulta das relações entre a vida e as coisas, a primeira animando e transformando a segunda. É em função de suas necessidades de diversas ordens, econômicas, culturais, espirituais, materiais e afetivas, por exemplo, que o homem usa a ação que produz novos objetos e estes influenciam as ações dos homens.

Pode-se afirmar que a estrutura epidemiológica da doença foi modificada a partir da mudança no espaço, pois temos na contemporaneidade as antigas doenças coexistindo com as novas e algumas consideradas erradicadas reaparecendo (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000). Além disso, outras temáticas somam-se à discussão da saúde, tanto quando tomamos como referência os documentos norteadores após a Reforma Sanitária dos diversos condicionantes da saúde, quanto as questões de identidade de gênero e orientação sexual e as diversas formas

de violência, assuntos que permeiam o presente trabalho. O discurso da epidemiologia e o da geografia articula-se com o de outras áreas de conhecimento, diversificando e ampliando as possibilidades de análise, conforme pontuam Czeresnia e Ribeiro (2000).

Em Santos (2006), encontramos a visão de território normado como uma organização do Estado que propõe, controla e regula, endossado pelo poder. A divisão dos países, estados e cidades exemplificam essa proposição.

Em termos de Políticas de Saúde, a divisão territorial também é proposta via Estado. O Decreto 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011a), que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, apresenta de modo detalhado a divisão das regiões de saúde e entre outros elementos, explica que a área de abrangência de uma UBS é a que corresponde ao território de sua responsabilidade no que tange as ações de promoção, prevenção e tratamento em saúde. Assim, a população passa a reconhecer e se identificar com o local para o qual é direcionada para atender as suas necessidades em saúde. Apenas em situações de maior complexidade, essas pessoas serão encaminhadas para a atenção especializada, e mesmo com esse movimento, a atenção primária continuará sendo a ordenadora do cuidado, ou seja, como o ponto de atenção, que é o responsável por manter o usuário inserido no seu território, próximo de seus laços e vínculos.

Na Política Nacional de Saúde Mental, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse documento apresenta as diretrizes, os objetivos e define os dispositivos que compõem cada nível de atenção da RAPS. Dentre as diretrizes, estão delimitadas a oferta de cuidado integral e a assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar; a diversificação das estratégias de cuidado; o desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, a importância da organização dos serviços em Rede de Atenção à Saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. As questões associadas à saúde mental infantojuvenil são complexas, portanto, demandam um olhar multiprofissional e interdisciplinar. Por isso, são previstos diferentes serviços e ações para atender as diversas necessidades (BRASIL, 2011b).

No contexto da Atenção Psicossocial no SUS, a RAPS organiza-se com os componentes: Atenção Básica em Saúde, com as UBS, NASF, Equipe de Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura; na Atenção Psicossocial estratégica estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); na Atenção de Urgência e Emergência, os equipamentos são o SAMU, as UPAs e as portas hospitalares; na Atenção Residencial de Caráter Transitório,

estão as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em regime residencial; já a Atenção Hospitalar é composta pelas enfermarias especializadas e leitos de saúde mental; e por fim, o componente que contempla as Estratégias de Desinstitucionalização e as Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2014). Esses são os chamados pontos da Rede. Em 2017, a RAPS foi reformulada, sendo acrescentados os Hospitais Psiquiátricos, as Comunidades Terapêuticas e os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental (BRASIL, 2017c).

Na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, encontra-se a divisão dos CAPS em diferentes modalidades de acordo com o público alvo e o quantitativo populacional dos municípios, delimitando o CAPS que atende o público adulto (podendo ser I, II ou III), o CAPS que atende às questões associadas ao uso de álcool e outras drogas (CAPSad) e o CAPSi, que atende às crianças e adolescentes.

Os CAPS, independentemente de sua modalidade, devem trabalhar de forma articulada à Rede, uma vez que cada ponto da RAPS em separado não é suficiente para as demandas em saúde mental, por isso devem trabalhar em parceria para corresponder à complexidade das situações (BRASIL, 2011). O conceito que está na base de tal afirmação é a intersetorialidade, que se aproxima da interdisciplinaridade, que segundo Leis (2011), se apresenta como uma questão central do trabalho científico contemporâneo, “[...] um processo de resolução de problemas ou de abordagem de temas que, por serem muito complexos, não podem ser trabalhados por uma única disciplina” (LEIS, 2011, p. 107). Situações em saúde mental geralmente tendem a ser situações complexas, que não conseguem ser esgotadas, ou bem abordadas a partir de uma única disciplina, de um só lugar de saber.

Considerando a Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes, o equipamento responsável por acolher a crise e os casos graves é o CAPSi. Esse serviço, como um dos pontos da RAPS, deve contar com equipe multidisciplinar para um trabalho integrado junto ao usuário e à rede intersetorial. É um equipamento que segue a lógica de uma proposta antimanicomial como serviço substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Pode ser definido, de acordo com Lykouropoulos e Péchy (2016), como um serviço ambulatorial, que oferece atenção diária, atuando na lógica territorial e contribui com a Rede com suas diversas ações, operando com o cuidado interdisciplinar, em regime aberto e articulado à inclusão social. Quanto à composição da equipe multidisciplinar, esta compreende o profissional médico, o psicólogo, o assistente social, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, o pedagogo e os profissionais de nível médio.

Quanto à delimitação do público alvo, conforme exposto na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que aborda a consolidação das normas sobre as Redes do SUS, tem-se que o CAPSi deve atender prioritariamente o intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os associados ao uso de substâncias psicoativas, além disso, as situações clínicas que venham a dificultar o estabelecimento de laços sociais e realização de projetos de vida (BRASIL, 2017b). Lykouropoulos e Péchy (2016) propõem ampliar a delimitação do público alvo, considerando que a delimitação dada é insuficiente para abarcar a questão, e assim, pontuam a importância do atendimento às crianças e adolescentes com “[...] comprometimento complexo do curso natural de seu desenvolvimento psicossocial e em situação de risco que implique maior vulnerabilidade ao agravamento de sua condição mental em determinado momento da vida [...]” (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 89). Percebe-se que essa definição está para além das questões diagnósticas dos Manuais de Classificação e permite um trabalho com um público mais abrangente.

Quanto às ações desenvolvidas, na visão de Lykouropoulos e Péchy, (2016), as funções do CAPSi podem ser divididas em duas grandes funções distintas. A primeira, sendo definida como a função de porta de entrada e organização da rede, e a segunda, a função terapêutica de assistência direta.

Pode-se identificar que na assistência direta à população, estão as atividades de acolhimento, atendimento individual e em grupo, e trabalho com os familiares. A assistência deve contemplar, portanto, atendimento psicoterápico e das diversas especialidades, bem como orientação ao uso de medicamentos, quando estes se fizerem necessários; atendimentos em grupo, contemplando atividades de suporte social e oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade e desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (BRASIL, 2017b).

Como função de organização da Rede, estão as atividades de articulação da Rede intersetorial, com reuniões clínicas, matriciamento, participação em fóruns, capacitação e treinamentos, com ênfase no público delimitado acima. Nessa função, pode-se identificar o CAPSi como o regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território, sendo responsável por supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, os serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território na atenção à infância e adolescência (BRASIL, 2017b; LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016).

O CAPSi pode ser considerado como porta de entrada, baseando-se no Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde, bem como a articulação interfederativa. Esse documento define como porta de entrada os serviços que prestam atendimento inicial à saúde do usuário. Em seu artigo 9º delimita que a atenção primária, os serviços de atenção de urgência e emergência, os serviços de atenção psicossocial, e especiais de acesso aberto, compõem essa modalidade (BRASIL, 2011). Estar como porta de entrada se refere a ser um serviço em que se tem a disponibilidade em receber os usuários sem a necessidade de encaminhamento, a qualquer momento que houver demanda, incluindo as diversas situações de crise. Conforme Lauridsen-Ribeiro, Arrigoni e Leal (2016), serviço aberto corresponde a receber e acolher as pessoas que procuram no momento exato de sua busca, sem empecilhos burocráticos ou barreiras organizacionais como os tradicionais encaminhamentos. Essa diretriz modifica substancialmente a organização da Rede em relação a atenção especializada.

Seja como porta de entrada, ou em quaisquer outras situações, os profissionais em quaisquer níveis de atenção devem pautar sua prática às diretrizes propostas pelo SUS, em relação ao cuidado ofertado, dentre as quais, destaca-se o acolhimento. Acolher como o primeiro contato com o usuário não significa que ele permanecerá no serviço, mas pode ser entendida como uma postura que pressupõe atitude de todos os profissionais de receber, de escutar a demanda e tratar com respeito e humanidade, solidarizando-se com o sofrimento, de forma receptiva, abrindo a possibilidade de diálogo (LAURIDSEN-RIBEIRO; ARRIGONI; LEAL, 2016). A partir daí, compreendendo a queixa e os aspectos psíquicos em jogo, pode-se direcioná-lo de forma implicada para o ponto da Rede de Atenção mais adequado naquele momento, em que ele poderá receber o acompanhamento necessário para contribuir com a mudança concernente à sua atual condição.

Uma das funções do acolhimento, segundo Lauridsen-Ribeiro, Arrigoni e Leal, (2016), é a avaliação de risco e da urgência de atendimento. A urgência, nesse contexto, pode ser definida como um momento de “[...] intenso sofrimento psíquico e/ou grande vulnerabilidade psicossocial, independente de um diagnóstico clínico” (LAURIDSEN-RIBEIRO, ARRIGONI e LEAL, 2016, p. 77). A crise é um conceito que pode ser compreendido por meio de diferentes perspectivas. Para a psicanálise, a crise pode ser entendida como um momento pontual, como uma saída que o sujeito de algum modo se arranjou, que apresenta importantes elementos que devem ser escutados. A crise, como uma urgência psíquica deve ser acolhida, não com o objetivo de ser prontamente suprimida, mas escutada uma vez que o sofrimento é

uma expressão subjetiva que comunica algo. A partir disso, deve-se oferecer um cuidado pautado na singularidade, de modo a construir junto ao sujeito saídas para esse momento peculiar (PIMENTEL; MOURA, 2016). Nessa perspectiva, uma crise é, portanto, uma urgência psíquica.

O acolhimento pode ser visto nesse primeiro contato em que se avalia o quadro e toma decisão em relação ao acompanhamento. No contexto do CAPSi, a partir desse momento, o usuário pode ser integrado imediatamente ao serviço, caso se identifique a crise e urgência, ou poderá ser encaminhado para a Rede de Saúde ou ainda para outros setores.

A partir da inserção do usuário nos serviços, constrói-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) com discussão da equipe, delimitando-se quais serão os atendimentos necessários e a intensidade do acompanhamento. Na medida em que se avalia que o mais adequado é que o usuário seja acompanhado em outro ponto da Rede, deve-se realizar o encaminhamento de forma implicada.

Fazer o encaminhamento de forma implicada exige que quem encaminha tenha a postura de responsabilizar-se pelo serviço indicado, e acompanhar de algum modo o usuário até seu novo destino (BRASIL, 2005), muitas vezes fazendo um contato por telefone para conversar sobre o caso antes da família chegar até o outro serviço, conforme apontam Lauridsen-Ribeiro, Arrigoni e Leal (2016). Para o encaminhamento implicado pode também ser utilizado o recurso do matriciamento.

Uma das metodologias de trabalho na RAPS é o matriciamento, que pode ser definido como a construção coletiva de um projeto ou estratégia de trabalho que contemple o usuário, a família e a comunidade em suas necessidades. É uma ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade das equipes e comunidades, uma vez que “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 13).

Com o matriciamento é possível criar espaços de superação e de reestruturação, utilizando os recursos disponíveis na Rede e na comunidade. Por meio desse recurso, o CAPSi se faz presente no território com as equipes matriciais que circulam pela Rede de Saúde, com encontros periódicos com o objetivo de discussão dos casos para a construção do PTS e organização do acompanhamento. Participam dos encontros diversos setores, tais como saúde, educação e assistência social; a definição dos participantes se dá em torno dos casos que serão discutidos, combinados previamente. Cada setor contribui com informações referentes aos atendimentos realizados em suas áreas. O matriciamento pode ser uma

estratégia de porta de entrada do usuário no CAPSi, bem como uma forma de contra-referência do mesmo para outros níveis de atenção, mas acima de tudo, é um momento de troca.

Acredita-se que assim seja contemplada a lógica do cuidado integral – diretriz do SUS – e encaminhamento implicado, em que todos os participantes do encontro constroem juntos as possíveis respostas às necessidades de cada caso no momento vivenciado, e a Rede se organize, portanto, a partir do caso clínico. Apoiados em Santos (2006), podemos afirmar que nessa vertente temos um território que se organiza a partir do caso, contrapondo à lógica da simples definição do Estado numa perspectiva de que não é o caso que deve se adaptar à Rede, mas o contrário, a Rede se envolve, adaptando-se ao caso. Organizar uma Rede que opere segundo a lógica do território é encontrar e ativar os recursos locais existentes, estabelecer alianças com grupos, instituições e movimentos para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de participação social.

O matriciamento, como forma de encaminhamento implicado, substitui em parte a lógica vertical e hierárquica entre quem encaminha e quem recebe, em que havia uma transferência de responsabilidade ao encaminhar (CHIAVERINI, 2011).

Como é o poder público que organiza o território, pode-se pensar na estratégia de trabalho em Rede para superar a demarcação do Estado para se pensar no uso que o usuário fará do que lhe é ofertado. Milton Santos afirma que “A existência de redes é inseparável da questão do poder” (SANTOS, 2006, p. 270), ou seja, segundo o autor, a rede tem uma realidade material e um dado social. A primeira envolve uma definição formal retratando a infraestrutura e a segunda tem uma conotação social e política, que envolve tanto as pessoas quanto as mensagens e valores.

Pensar a articulação de Rede de saúde é envolver as pessoas nos diferentes pontos de atenção para um trabalho efetivo em prol do usuário, considerando o modo como este pode fazer uso dessa Rede para melhorar seu quadro. Nesse ínterim, os vínculos na comunidade, no seu território são importantes como lugar de acolhida e apoio social, independente de qual ponto de atenção tem no momento prioridade no atendimento ao usuário.

Lima e Yasui (2014) pontuam que a discussão das relações entre território e cuidado, que envolvem a definição de território como área em que o serviço assume a responsabilidade sobre a saúde, seria demasiadamente restrita, devendo ela ir além e pensar o território como espaço e percurso que compõem as vidas cotidianas das pessoas. É o espaço onde as pessoas se relacionam e onde vivem. Assim, ao se organizar os serviços substitutivos, considera-se a importância de se olhar para fora, para a vida que circula para além desse espaço (LIMA;

YASUI, 2014). Conforme Santos (2001), citado por Lima e Yasui (2014), território é a base onde acontecem as trocas, onde flui a vida, é usado por dada população. Nesse sentido, considera-se como parte da Rede de Atenção espaços como organizações da sociedade civil, onde o usuário estabelece trocas e constitui seu lugar de autonomia e relações afetivas para além do delimitado pelo Estado, sendo que “A ideia de território transitaria do político para o cultural, das fronteiras entre povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas” (LIMA; YASUI, 2014, p. 597).

O matriciamento, portanto, torna-se um elemento fundamental na organização dessa Rede, sendo de fato um espaço de discussão, construção interdisciplinar e intersetorial de casos, com a construção do PTS de cada caso discutido, finalizando com a pactuação de cuidados conjuntos. Torna-se uma ferramenta não exclusiva de uma ou outra especialidade, passando a pertencer a todo o campo em que a criança ou adolescente está inserido, num trabalho de natureza interdisciplinar, um encontro de diversos saberes. Favorece o olhar ampliado de todos para a Rede de Atenção, pois escapa da visão que há um lado que detém o saber e do outro os que aprendem. É uma proposta integradora e de construção coletiva e compartilhada, estando, portanto, na perspectiva da Política de Saúde Mental, ampliando a capacidade de intervenção das equipes (CHIAVERINI, 2011).

A Intersetorialidade, como citado, é uma das diretrizes em saúde que aponta para “[...] o reconhecimento de que práticas intersetoriais são necessárias no enfrentamento de problemas reais e complexos, diante dos quais respostas calcadas em tradições setoriais ou estritamente especializadas não têm se mostrado satisfatórias” (COUTO e DELGADO, 2016, p. 272). Os autores ressaltam a importância da colaboração dos profissionais desde os momentos de discussão e construção até a assistência direta, construindo estratégias em parceria. Tais estratégias atenderão ao princípio do SUS, da integralidade da assistência.

Os adolescentes em situação de violência autoprovocada devem ser acolhidos em qualquer ponto da Rede. Considera-se a situação como urgência. Após o acolhimento, momento em que se faz a escuta do caso e a avaliação de risco, define-se, portanto, qual será o equipamento que deverá dar continuidade ao acompanhamento. Para os casos de risco médio, o CAPSi pode ser acionado para apoio matricial ou para receber o caso; para os casos de risco alto deve-se acionar os serviços de urgência e emergência (VOLKMER, 2019).

Percebe-se, por meio da atuação no CAPSi, um aumento dos casos de violência autoprovocada na adolescência, momento em que as questões em torno da reemergência da sexualidade estão intrigando os adolescentes, seja num sentido de (re)descoberta daquilo que se espera enquanto uma reedição da sexualidade da infância, seja num sentido de percepção

do contexto social de preconceito e estigmatização em relação às minorias sexuais. Em função disso, percorreremos teoricamente as questões da heterocisnormatividade.

1.4 HETEROCISNORMATIVIDADE

Para discutir a questão da heteronormatividade e cisnormatividade, deve-se discorrer sobre as diferentes terminologias que envolvem o assunto, como por exemplo, a orientação sexual e a identidade de gênero, que são termos em torno dos quais existem diferentes leituras e concepções. De certo modo, esses conceitos se aproximam do que na psicanálise se convencionou dizer que no desenvolvimento sexual do sujeito localizam-se as características sexuais físicas, como o corpo biológico; as características sexuais mentais, como uma posição subjetiva; e escolha de objeto sexual; sendo os dois últimos delimitados por meio da articulação de vários elementos das vivências infantis (QUINET, 2019).

Visões biologicistas se apoiam em explicações que envolvem hormônios, neurotransmissores, genética e afins para explicar sobre sexo, sexualidade e gênero. Na psicologia não há consenso, uma vez que cada abordagem teórica parte de uma visão de homem distinta, com subdivisões conceituais sobre o desenvolvimento humano, o processo de aprendizagem de comportamentos e formação de identidade. A visão psicanalítica enfoca que os aspectos psíquicos prevalecem na constituição da sexualidade, que ela não é um dado natural, e além dela, ainda existem as visões sociais em que a cultura e as experiências refletem no olhar sobre a temática.

A terminologia utilizada na área de saúde no Brasil define a orientação sexual como a atração afetivo-sexual, podendo esta ser heterossexual, homossexual ou bissexual, e a identidade de gênero refere-se ao gênero com o qual a pessoa se identifica, sendo masculino ou feminino. A identidade de gênero e a orientação afetivo-sexual não devem ser confundidas, uma vez que a primeira refere-se a como a pessoa se identifica e a segunda está ligada a como a pessoa se relaciona sexual e/ou afetivamente. Portanto, há uma diversidade de possibilidades, como por exemplo, travestis, mulheres transexuais e homens transexuais podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais (BRASIL, 2016).

Nota-se que há uma visão de pluralidade e diversidade, reconhecendo a variabilidade possível no contexto de gênero e sexualidade. É uma visão que tenta superar o binarismo que prevalece em alguns discursos que patologizam a sexualidade ou tentam impor uma regra aos considerados desviantes. Segundo Miskolci (2009), a heteronormatividade pode ser considerada um conjunto de prescrições associado à questão da sexualidade, que pontua a

heterossexualidade como algo esperado na constituição das pessoas de forma natural, que é um modelo superior e coerente de organização.

Camilloto e Camilloto (2017) afirmam que a heteronormatividade pode ser vista como uma ordem social que aponta para a coerência e linearidade entre o sexo biológico, o gênero e a sexualidade. Nesse sentido, valoriza a maneira de ser e estar da heterossexualidade como modo de organização da vida, o que acaba por impactar no modo como as pessoas são tratadas. É um padrão esperado, frente ao qual se produz preconceito contra aqueles que se opõem ao modelo hegemônico. Há uma prescrição do que é ser homem ou mulher, correspondendo a um binarismo de gênero (CAMILLOTO; CAMILLOTO, 2017).

A cisnormatividade se refere ao regramento social, que reduz à divisão de todas as pessoas em homens e mulheres, duas possibilidades, com papéis sociais estabelecidos tidos como naturais e ainda pontua a heterossexualidade como única orientação sexual. A cisnormatividade está presente nos discursos e nas práticas que excluem, patologizam e violentam pessoas cujas experiências não expressam ou não possuem identidade de gênero concordante com aquela designada no nascimento (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018). Alguns autores consideram que a psiquiatria acaba por patologizar a questão da sexualidade ao descrevê-la nos seus manuais.

Com DSM-5, há uma mudança na terminologia associada às questões em torno da sexualidade, comparando com as edições anteriores. O Manual apresenta o novo termo, considerando mais descritivo que o usado na quarta edição, que era Transtorno de Identidade de Gênero. Passa-se a usar Disforia de Gênero, afirmando que deve ser visto como um problema clínico, e não como identidade por si própria. É esclarecido que o uso do termo gênero surge a partir de duas variáveis. A primeira refere-se à questão dos indivíduos definidos como intersexuais, que são os que nascem com ambiguidade em relação às questões biológicas de sexo, e num segundo momento, em função dos indivíduos que desenvolvem a identidade feminina ou masculina em desacordo com o sexo de nascimento. O Manual deixa claro seu apoio em teses biológicas, que postulam a interação do biológico com as questões psicológicas e sociais que influenciam o desenvolvimento do gênero. Conceituam a Identidade de Gênero como uma categoria de identidade social, que é a identificação da pessoa como homem ou mulher ou alguma categoria diferente de masculino ou feminino (APA, 2014).

Delimitam a Disforia de Gênero como o descontentamento associado ao aspecto afetivo e cognitivo de um indivíduo com o gênero designado no nascimento, é o termo que passa a ser usado como categoria diagnóstica. Pontuam que o termo associa a questão do

sofrimento, que pode estar presente quando da constatação da incongruência entre o gênero experimentado e o designado no nascimento. Já o termo Transgênero fica associado aos indivíduos que se identificam com um gênero diferente do nascimento, e Transexual o indivíduo que passa por uma transição social entre masculino e feminino e que em alguns casos demandam a mudança corporal, podendo ser realizada por meio de tratamentos hormonais, ou mesmo a cirurgia de redesignação sexual (APA, 2014). Pela descrição acima, o termo Transgênero parece englobar os demais. O Manual divide a temática, apontando a Disforia de Gênero em Crianças como uma categoria diagnóstica diferente da Disforia de Gênero em adultos.

Em relação à criança, consideram como critério diagnóstico, a acentuada incongruência entre o gênero experimentado e o designado no nascimento por um período superior a seis meses, manifestando como desejo de pertencer a outro gênero, forte preferência por vestimentas, brincadeiras e papéis do outro gênero, além da rejeição dos mesmos itens em relação ao próprio gênero, e o desgosto com seu corpo. Quanto aos adolescentes e adultos, consta que, para o diagnóstico, deve ser identificada uma acentuada incongruência entre o gênero experimentado e o designado, por mais de seis meses, se manifestando como a incongruência entre o gênero experimentado e as características sexuais secundárias, o desejo de se ver livre dessas características; o desejo pelas características sexuais do outro gênero e de pertencer ao outro gênero, e de ser assim tratado, além de sentir que as próprias reações e sentimentos estão associados ao outro gênero (APA, 2014).

Concluem que o gênero experimentado pode incluir identidades de gêneros diferentes da limitação dos estereótipos binários. Sendo assim, o sofrimento não se limita ao desejo de pertencer ao outro gênero enquanto oposto, podendo ser o desejo associado a ser de um gênero alternativo. Sempre estará em questão o fato de se desejar algo diferente do designado no nascimento.

É citado no referido documento que antes da redesignação de gênero (ou seja, do tratamento hormonal ou cirúrgico para mudança), tanto os adolescentes quanto os adultos com disforia de gênero estão em elevado risco para o comportamento suicida, seja a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio. Pontuam que após a redesignação, o risco de suicídio pode persistir ou haver uma adaptação (APA, 2014).

Outra referência utilizada pelos profissionais de saúde é a CID, que na sua décima edição, classifica os Transtornos de Identidade Sexual, contemplando nesta categoria o Transexualismo, Travestismo e Transtorno de Identidade Sexual na infância. Em relação à questão homossexual e heterossexual, deixa claro que a orientação sexual por si só não deve

ser considerada como um transtorno, mas apresenta códigos que podem ser usados para indicar as variações e orientações que podem ser problemáticas para o indivíduo.

As classificações diagnósticas são usadas no contexto médico e podem ser usadas por diversos profissionais de saúde. Já há alguns anos discute-se muito a questão diagnóstica associada à questão de orientação sexual e de identidade de gênero. Sabe-se que já houve grande evolução uma vez que o homossexualismo, termo usado antigamente, se configurou como patologia, mas foi retirado dos manuais após ampla mobilização e discussão que partiu dos movimentos sociais. O termo adequado, usado hoje é homossexualidade, numa referência à identidade. Ressalta-se que no mesmo momento em que homossexualismo é retirado enquanto categoria diagnóstica, introduz-se o transexualismo. Esse termo foi modificado ao longo das atualizações dos manuais, mas ainda é o diagnóstico necessário para que o indivíduo passe pelo processo transexualizador nas diferentes modalidades, nos serviços credenciados pelo SUS, o que é alvo de intensas críticas, pois considera-se um retrocesso precisar diagnosticar algo que deve ser visto enquanto variabilidade humana e não patologia.

No final da década de 70, surgiram no Brasil, diversos movimentos sociais em defesa de grupos e de liberdades sexuais, sendo considerado o precursor do movimento da luta homossexual como pauta política, o Grupo Somos. Aos poucos, as ideias foram se expandindo e as reflexões sobre a importância da mudança de valores, bem como a atenção às questões sociais ampliam o movimento para as temáticas LGBTI+. O movimento, portanto, incorporou as diversas identidades sexuais (BRASIL, 2013).

As questões associadas à violência e discriminação sempre estiveram em pauta associadas ao grupo LGBTI+. Em função disso, e das diversas discussões políticas, o país adotou o Programa Brasil sem Homofobia, de combate à violência e à discriminação e de promoção da cidadania homossexual. Inclui-se no termo cidadania o acesso sem barreiras aos equipamentos públicos e a necessidade de educação permanente para os profissionais atentarem para necessidades específicas da população LGBTI+, fomentando a eliminação da situação de invisibilidade nesses contextos (BRASIL, 2013).

Um grande avanço nessa discussão é notadamente a 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2007, em que a orientação sexual e a identidade de gênero passaram a ser incluídas na análise da determinação social da saúde. Foram apresentadas inúmeras recomendações, dentre as quais se destacam a necessidade da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBTI+, sugerindo a inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS e a inclusão dos itens de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde. Tais fatos,

por consequência, favorecem a identificação de situações específicas associadas à população LGBTI+, podendo a partir da análise dos dados, qualificar a assistência e identificar os problemas mais comuns vivenciados pela população para nortear ajustes e reformulações nas políticas de cuidado e assistência (BRASIL, 2013).

A partir da versão 5.0 de 2014 da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/autoprovocada, agravo de notificação obrigatória pela lei, tornou-se possível preencher os campos sobre Orientação Sexual e Identidade de Gênero. No instrutivo, que orienta quanto ao preenchimento dos campos, em sua segunda edição, cita-se a conferência como um marco para essa mudança.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, publicou a Política Nacional de Saúde Integral LGBTI+, considerada um divisor de águas nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil e um marco histórico, ao reconhecer as demandas da referida população, considerada em condição de vulnerabilidade. É um documento que visa nortear e, além disso, dar legitimidade, reconhecendo as necessidades e as especificidades da população em consonância com a Constituição Federal e os documentos que regulamentam o SUS (BRASIL, 2013).

Essa Política surge como marca do reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão nas questões de saúde-doença da população considerada vulnerável. Seus objetivos estão pautados na importância de mudanças na determinação social da saúde, relacionadas à necessidade de redução das desigualdades associadas a esse grupo social. Ela contempla ações que vão desde a promoção e prevenção em saúde, como também a recuperação e reabilitação, os direitos sexuais, fomentando ainda, a pesquisa e o incentivo à produção de novos conhecimentos, sem perder de vista a importância do protagonismo LGBTI+. Enfatiza que os direitos sexuais constituem um componente fundamental quando se fala em saúde integral. Outro item relevante é o aprimoramento do Processo Transexualizador, que passa a ter uma nova portaria visando delimitar as modalidades de inclusão dos serviços aptos para o tratamento, bem como organiza a gestão das vagas (BRASIL, 2013).

Ao superar a visão do modelo biomédico na saúde, em que a ênfase recaía na perspectiva curativa e na visão da saúde como não-doença, a visão atual, conforme a Lei Orgânica 8.080/90, aponta diversos determinantes e condicionantes à Saúde. Em seu artigo 3º, elenca as questões ambientais, de alimentação e moradia, do trabalho e renda, de educação e lazer, pontuando inclusive que impacta na saúde as questões de bem-estar físico, mental e social.

Sendo assim, retomando a Política Nacional de Saúde Integral de pessoas LGBTI+, pode-se perceber que a falta de acesso aos itens citados anteriormente, bem como as questões culturais, interferem na qualidade de vida e bem-estar. E o preconceito, a discriminação e a exclusão, como consequência, fazem parte da determinação social no processo saúde-doença, em função do sofrimento que geram e da restrição implicada nas dificuldades de acesso aos bens e serviços. Ressalta-se ainda as diversas outras violências, como por exemplo a violência física, que segundo consta no documento, os homicídios são comuns e geralmente associados à homofobia, lesbifobia ou transfobia (BRASIL, 2013).

Efrem-filho (2016) relata que o movimento LGBTI+ brasileiro se esforça para contabilizar as mortes por homicídio que possam se relacionar aos crimes de ódio direcionado à população. Entre seus relatórios, de acordo com o levantamento, em 2011 foram 266 homicídios, e em 2012 foram 338 em todo Brasil. Esses dados foram contabilizados por meio de consultas que passaram dados da imprensa, das delegacias de polícia e órgãos governamentais. O autor pontua que um dos fatores que ajudam a qualificar os crimes de ódio é a característica brutal do ato, visto que, para além de um ato único que possa levar à morte, os crimes em sua maioria denotam uma enormidade de ferimentos, ataques aos órgãos genitais e desfigurações de face, apontando para a crueldade.

Segundo Baére (2018, p. 131), “Dados levantados por entidades como Grupo Gay da Bahia, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e Transgender Europe sinalizaram que o Brasil é o país com o maior número de homicídios a esses grupos dissidentes no mundo”. Os exemplos desses levantamentos são importantes para dimensionar a situação, uma vez que, segundo Baére (2018), nos atestados e declarações de óbito não têm um item que permita relacionar as mortes às questões de orientação sexual e identidade de gênero.

Pode-se aferir que a necessidade de regulamentar uma atenção à população LGBTI+ é considerar que esta se encontra em situação de vulnerabilidade. Tal fato pode advir de questões externas, associadas à discriminação, preconceito e dificuldade de acesso a direitos, além de questões internas, psíquicas, como a sensação de inadequação ao sentir estranhamento em relação a um corpo diferente do desejado; tudo isso pode acarretar sofrimento. Essa perspectiva pode ser explicada por meio da visão da sociedade, da expectativa de que sexualidade seja pautada no binarismo hetero/homossexual, ou seja, a heteronormatividade e cisnormatividade impactam na saúde da população.

A visão sobre sexualidade e gênero é socialmente construída. Alguns autores consideram a visão da variabilidade humana como natural, mas prevalece na sociedade a

heteronormatividade e cisheteronormatividade, o que traz impactos na saúde da população LGBTI+. O reconhecimento desse impacto por meio da luta dos movimentos sociais favoreceu o estabelecimento de Políticas que objetivam a diminuição do preconceito e estigma, bem como favorecem a saúde numa perspectiva biopsicossocial. Uma discussão sobre as questões acerca da organização das Políticas de Saúde Mental, bem como preconceito e estigma que perpassa a população LGBTI+, se beneficia das construções teóricas de autores Norbert Elias e John Scotson (2000).

Elias e Scotson (2000) realizaram uma pesquisa com os habitantes de um povoado industrial, que serviu de base para o livro “Os estabelecidos e os *outsiders*: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade”, usando para definir a comunidade estudada, o nome Winston Parva. Os autores relatam que a partir de indicadores, tais como renda, educação e ocupação, a comunidade poderia ser considerada relativamente homogênea, mas que essa não era a percepção dos moradores. Havia uma divisão que demarcava um grupo que se percebia e era reconhecido em função da detenção de poder, e este localizava-se a partir do princípio de antiguidade, referindo-se aos moradores mais antigos, que encarnavam os valores tradicionais, e outro grupo, estigmatizados, a quem eram atribuídas características como a desintegração, a violência e delinquência. Os primeiros eram os estabelecidos e os outros, os *outsiders* (ELIAS; SCOTSON, 2000).

Os estabelecidos eram o grupo que ocupava posições de prestígio e de poder, que se autopercebe e que é reconhecido como a parte boa da sociedade, mais poderosa e melhor, uma identidade social construída a partir de uma combinação singular de tradição, autoridade e influência, portanto, fundam o seu poder no fato de serem um modelo moral para os outros. Segundo os autores, a superioridade social e moral, a autopercepção e o reconhecimento, pertencimento e exclusão são elementos dessa dimensão da vida social que o par estabelecidos-*outsiders* exemplifica (ELIAS; SCOTSON, 2000). A leitura que fazem da comunidade pode ser um exemplo para se transpor para análise de outros contextos sociais.

A questão da heteronormatividade, analisada segundo tais preceitos, aponta para a analogia em que os que se reconhecem enquanto heterossexuais podem ser vistos como o grupo dos estabelecidos e os que não se enquadram na norma cisheteronormativa, que diferem enquanto orientação sexual e identidade de gênero, seriam os *outsiders*. Nessa vertente, percebe-se a relação de poder inerente, em que o primeiro grupo, se considerando superior, passa a estigmatizar os membros do outro grupo.

Butler (2003, p. 38) afirma que há em nossa sociedade uma “heterossexualização do desejo”, que institui oposição e assimetria, determinando atributos a duas possibilidades como

masculino ou feminino. Considera que é uma matriz cultural que exige que certos tipos de identidade não possam existir, “[...] aquelas em que o gênero não decorre do sexo e aquelas em que as práticas do desejo não ‘decorrem’ nem do ‘sexo’ nem do ‘gênero’” (BUTLER, 2003, p. 39). Porchat (2013) comenta que a patologização do gênero cria um perigoso campo, o do ideal de sexo e de gênero. E, nesse contexto, assegura-se que a homossexualidade já seria uma inadequação do desejo ao campo ideal, ao campo da saúde.

Goffman (1891), ao discutir a questão do estigma, pontua que é um olhar que reduz a pessoa de modo a não ser considerada mais uma pessoa comum e total, “[...] reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída” (GOFFMAN, 1891, p. 4). Há uma marca, mesmo que simbólica, que aponta ao ser, uma conotação de defeituoso, fraco ou tendo uma desvantagem. Ele desenvolve sua teoria abordando três diferentes tipos de estigma, um primeiro que envolve as questões físicas, o segundo associado a questões como distúrbio mental, vícios, homossexualismo, tentativas de suicídio, entre outros, e um terceiro referente a raça, nação e religião. O autor ressalta que há algo que unifica os diferentes tipos “[...] um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus” (GOFFMAN, 1891, p. 7).

Associando a Elias e Scotson (2000), essas diferenças delimitam precisamente dois grupos, e esse olhar tende a ser naturalizado, transmitido às gerações seguintes, mantendo o discurso estabelecido, que vai garantindo certa hegemonia ao campo daqueles que detém o poder, nesse caso, o campo da heterossexualidade. A população LGBTI+ é vista historicamente por meio do preconceito como pessoas de menor valor humano, tal qual em Winston Parva, configurando-se como *outsiders*. Os estabelecidos se auto-representam como humanamente superiores, os mais poderosos, veem-se como pessoas melhores, dotados de virtudes, favorecendo com que os *outsiders* se vejam como humanamente inferiores (ELIAS; SCOTSON, 2000).

Não é possível identificar qualidades pessoais que levem à estigmatização, o que se percebe é que ela passa pelo simples fato de serem considerados diferentes do outro grupo em função de questões associadas à sexualidade. Essa situação favorece que a conotação negativa imposta pelos estabelecidos acabe por atingir a autoimagem, impactando na saúde mental. Considerando que a adolescência por si só é uma fase de maior vulnerabilidade, o preconceito e estigma podem, por acréscimo, influenciar o modo como o sujeito lidará com os desafios e situações delicadas da vida. Uma das possibilidades que se discute neste trabalho, portanto, é a saída pela violência autoprovocada como forma de lidar com a angústia a partir dessas

questões vivenciadas na adolescência.

Em um estudo sobre ideação suicida numa amostra italiana e espanhola, Baiocco et al. (2015) levaram em consideração a relação entre o comportamento suicida e a orientação sexual e concluíram que os sintomas depressivos e a orientação sexual foram os fatores mais fortemente associados. A estigmatização, e como consequência, a internalização de sentimentos negativos sobre si, foram apontados como favorecedores do comportamento suicida nas minorias.

Baiocco et al. (2015) mostram em seu trabalho que existem fortes evidências de que a população LGBTI+ apresenta níveis mais altos de ideação suicida do que os heterossexuais. Acrescentam que, dentre os fatores envolvidos em sua pesquisa, a orientação sexual foi o preditor mais forte junto com a presença de sintomas depressivos. Comentam que a elevada taxa de suicídio está associada ao estigma social, preconceito e discriminação associada a esse recorte populacional. Ploderl et al (2013) afirmam que as minorias sexuais se encontram em maior risco em relação ao suicídio e tentativas de suicídio quando comparadas aos heterossexuais.

Em uma revisão sistemática, Williams et al. (2019) declaram que, em relação às minorias sexuais, existem fatores específicos que aumentam o risco para os comportamentos suicidas, afirmando que o estigma, preconceito e discriminação afetam a saúde mental dos indivíduos. Acrescentam que a homofobia internalizada pode ser um fator de impacto na autopercepção.

Ferlatte et al. (2015) sugerem que as experiências de violência e marginalização impactam de modo a aumentar o comportamento suicida entre os homens gays e bissexuais canadenses, afirmando que estes acabam por apresentar um risco aumentado em comparação aos homens heterossexuais. O estudo que realizaram discute as causas associadas ao comportamento suicida, apontando para a questão da marginalização, violência, agressão sexual e discriminação no local de trabalho, sendo que em relação aos jovens estes sofreram os níveis mais altos de assédio sexista. Pontuam que esses achados foram similares a trabalhos anteriores e ressaltam o diferencial sobre a discriminação no local de trabalho como um novo dado que a pesquisa revelou. Afirmam a presença da homofobia, que vai na contramão da diminuição dos crimes de ódio no Canadá, e que os primeiros são mais violentos em termos de lesionar a vítima. Dado que deve ser amplamente considerado, uma vez que identificaram que o fato de sofrer violência física em função das questões da sexualidade impactou em três vezes mais chance de tentativa de suicídio (FERLATTE et al., 2015).

Dentre os fatores de risco para o suicídio estão história de tentativas de suicídio ou autoagressão, histórico de transtorno mental, situação atual ou anterior de violência intra ou extrafamiliar, história de abuso sexual e suicídio na família. As populações que estão mais vulneráveis a pressões sociais e discriminação, como LGBTI+, indígenas, negros e pessoas em situação de rua, estão entre as que se destacam no comportamento referido (VOLKMER, 2019), portanto, considera-se que a população LGBTI+, que esteja vivenciando situação atual de violência e que esteja em situação de violência autoprovocada, deve ser alvo de cuidados específicos no que se refere à saúde mental. As questões de violência como fatores sociais, os estigmas, preconceitos e comportamentos homofóbicos impactam nesses sujeitos. Há que se trabalhar em várias vertentes, a nível educacional e social, visando contribuir para a mudança na relação com as minorias, o que poderá efetivamente mudar os indicadores em relação à violência autoprovocada.

Além dos artigos internacionais citados, podemos recorrer aos poucos autores brasileiros que discutem a temática especificamente, que constata que no Brasil podem ser identificados como grupos com alta vulnerabilidade para o comportamento suicida a população LGBTI+ (BAÉRE, 2018; BOTEGA, 2015). Em função disso, Baére (2018) observa que oferecer “ambientes acolhedores como forma de fortalecimento psíquico de pessoas sexo-gênero-diversas frente aos desafios impostos por não estarem alinhados aos padrões normativos” (BAÉRE, 2018, p. 132) torna-se um fator de extrema importância para a saúde da população. Ele considera que frente às situações de violência e dos obstáculos sociais a população LGBTI+ “[...] perdem o direito à vida antes mesmo de tirá-la” (BAÉRE, 2018, p. 136). Nessa discussão dentro do contexto da vulnerabilidade, cabe destacar os achados que consideram ser possível identificar dentro do grupo LGBTI+ uma parcela que estaria ainda mais em risco para a violência autoprovocada.

Teixeira Filho e Rondini (2012) desenvolveram uma pesquisa com estudantes no interior de São Paulo, identificando que as tentativas de suicídio eram mais frequentes entre os não heterossexuais. E dentro desse grupo, os que se denominaram bissexuais, apresentaram ainda maior risco. Já Baére (2018) constatou que “bissexuais apresentavam um histórico de sofrimento psíquico mais severo em comparação aos participantes gays e lésbicas” (BAÉRE, 2018, p. 133). O autor chama atenção para além da questão normativa, que a monossexualidade de alguma forma favorece aqueles que assim se denominam em comparação à população bissexual ou pansexual.

O monossexismo pode ser entendido, de acordo com Coelho (2019), como a norma que analisa que as pessoas são naturalmente monossexuais, “considerando a

monossexualidade como natural e padrão, e a bissexualidade como uma identidade inválida, inexistente, ilegítima ou de menor valor que as identidades lésbica, gay e heterossexual” (COELHO, 2019, p. 255). A autora afirma que é na bifobia que aparecem as marcas da vertente monossexista, todavia a bifobia não está presente, segunda ela, apenas na relação entre os heterossexuais e os não heterossexuais, mas está nas relações entre mulheres e homens dentro da população LGBTI+, pois muitas vezes o fato de se afirmar bissexual leva a diversos equívocos. Um deles é o entendimento da bissexualidade como uma paralização no desenvolvimento – como já fora afirmado a partir de leituras da psicanálise; ou como uma dificuldade em se decidir, trazendo uma conotação de que, a pessoa bissexual está em “cima do muro”, confusa em relação à própria sexualidade; ainda há outra situação, que é de associar a bissexualidade com o que seria um excesso de sexualidade e promiscuidade, o que levaria ao maior risco de violência doméstica, sexual e psicológica, seja no interior das parcerias afetivo/sexuais seja nas relações cotidianas. Coelho (2019, p. 226) pontua na contramão dessa vertente que “[...] tal como a mulher heterossexual ou a lésbica, a mulher bissexual pode se relacionar monogamicamente e cumprir acordos de seu relacionamento. De igual modo, pessoas de todas as orientações sexuais também podem descumprir ou estabelecer outros arranjos”.

A autora recorre às diretrizes do Conselho Federal de Psicologia (CFP) para chamar a atenção para o fato de que na Resolução do CFP nº 1/1999 que "Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual", o destaque dado é para que o trabalho dos profissionais seja no intuito de não patologizar o comportamento e práticas homoeróticas, considerando que a homossexualidade não se constitui como distúrbio ou doença. E que a Resolução nº 1/2018 do mesmo órgão visa estabelecer as normas de atuação dos profissionais em relação às pessoas transexuais e travestis, apontando que as expressões e identidades de gênero devem ser vistas como possibilidades humanas e não como psicopatologias, ressaltando que a cisnormatividade, como regra social, postula a heterossexualidade como única orientação sexual, considerando a conjugalidade apenas entre os cisgêneros.

Nesse ínterim, o que se percebe é que mesmo no contexto da psicologia há uma certa invisibilidade para a questão da bissexualidade, uma vez que esta não está incorporada nos documentos norteadores da prática profissional, conforme citado, naquela que tende a ser vista como a profissão que deverá contribuir para reduzir as práticas preconceituosas e discriminatórias, bem como atuar na assistência à população LGBTI+ como forma de acolher seu sofrimento frente a tais comportamentos sociais. Pode-se assim, considerar que outra

análise é possível na articulação entre estabelecidos e *outsiders*, uma vez que se tomarmos como referência gays, lésbicas, transexuais e travestis como estabelecidos frente a pessoa bissexual, este último será no outro extremo, os *outsiders*. Tal perspectiva permite afirmar que no subgrupo das minorias sexuais ainda é possível pensar em subdivisões, e que cada vertente, representada por cada letra que compõe a sigla em questão, não será tratada ou vista da mesma forma. A pessoa bissexual, conforme apresentado acima, tende a sofrer os efeitos da bifobia, dentro do próprio grupo LGBTI+.

Outro ponto a ser considerado enfoque deste trabalho é a reincidência da violência autoprovocada associada às dissidências sexuais. De acordo com o dicionário da língua portuguesa, reincidência é o ato ou efeito de reincidir, sendo que reincidir é tornar a praticar um ato da mesma espécie (FERREIRA, 2008). Esse termo é muito utilizado no contexto jurídico, não considerado na perspectiva do presente trabalho, visto que associa-se à criminalização. No uso da palavra neste trabalho, mantém-se a ideia de que é o indivíduo que pratica a mesma ação em momentos diferentes, não criminalizando ou patologizando o comportamento. Como apontado anteriormente, considera-se que em relação à autoagressão (cortes, arranhaduras, por exemplo) em função do ciclo emocional, é comum a manutenção do comportamento de autoagressão, frente a eventos emocionalmente difíceis de lidar (ARATANGY, 2017). Em relação ao comportamento suicida, as tentativas tendem a se repetir principalmente na população de mulheres, adolescentes e jovens (BOTEGA, 2015).

Para fins desta pesquisa, a constatação da repetição se dá a partir do preenchimento na Ficha de Notificação, no item 53, “Ocorreu outras vezes?”, podendo ser marcado, sim, não ou ignorado. Tal item permite que seja analisado o quantitativo de eventos em que houve a repetição do comportamento, uma vez que a literatura aponta que essa reincidência é considerada importante fator de risco para o comportamento suicida. Para além de uma perspectiva quantitativa, com base nesse fator, pode-se adaptar as ações nas Políticas Públicas, de modo a estarem em condições de ofertar o cuidado necessário para cuidar e abordar o fenômeno em destaque.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo geral

Compreender a correlação entre os casos de reincidência de violência autoprovocada entre adolescentes e a vivência de orientação sexual e identidade de gênero não heterocisnormativo.

1.5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar segundo variáveis sociodemográficas, a violência autoprovocada a partir dos dados da Ficha de Notificação Compulsória, para os adolescentes de 10 a 19 anos.
- Descrever os principais meios de violência autoprovocada utilizados e os encaminhamentos feitos após atendimento.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO E DELINEAMENTO DO ESTUDO

De acordo com os tipos de delineamento dos estudos epidemiológicos, trata-se de um estudo ecológico, com abordagem quantitativa, de caráter exploratório descritivo e com uso de fontes secundárias.

O estudo ecológico pode ser detalhado quanto ao tipo de medida, enquadrando-se em medidas agregadas ou contextuais; quanto ao nível de análise, em análise completamente ecológica; e quanto ao tipo de desenho de estudo, como estudo ecológico de tendências ou séries temporais (MEDRONHO, 2002).

Segundo Lima-Costa e Barret (2003), os estudos descritivos são usados quando se pretende responder às perguntas quando, onde e quem é acometido pela doença ou agravo em saúde, tendo por objetivo determinar a distribuição das doenças ou condições relacionadas à saúde, descrevendo as variações de acordo com as características tais como sexo, idade, renda e escolaridade, dentre outras.

Conforme apontado em Gil (2010), uma pesquisa descritiva segundo os objetivos gerais, propõe estudar as características de grupo e não individuais, uma vez que “As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis” (GIL, 2010, p. 27). Elas podem ser usadas na medida em que se busca identificar se existem associações entre as variáveis selecionadas. Nesse contexto, ressalta-se o cuidado em relação às conclusões dos achados da pesquisa, por se tratar de um olhar para o coletivo, suas conclusões não podem ser transpostas para analisar o indivíduo, o que acarretaria em falácia ecológica (MEDRONHO, 2002).

Uma vez feitas as delimitações e considerações sobre o tipo de estudo, passa-se agora para os demais itens que compõem os procedimentos teórico-metodológicos.

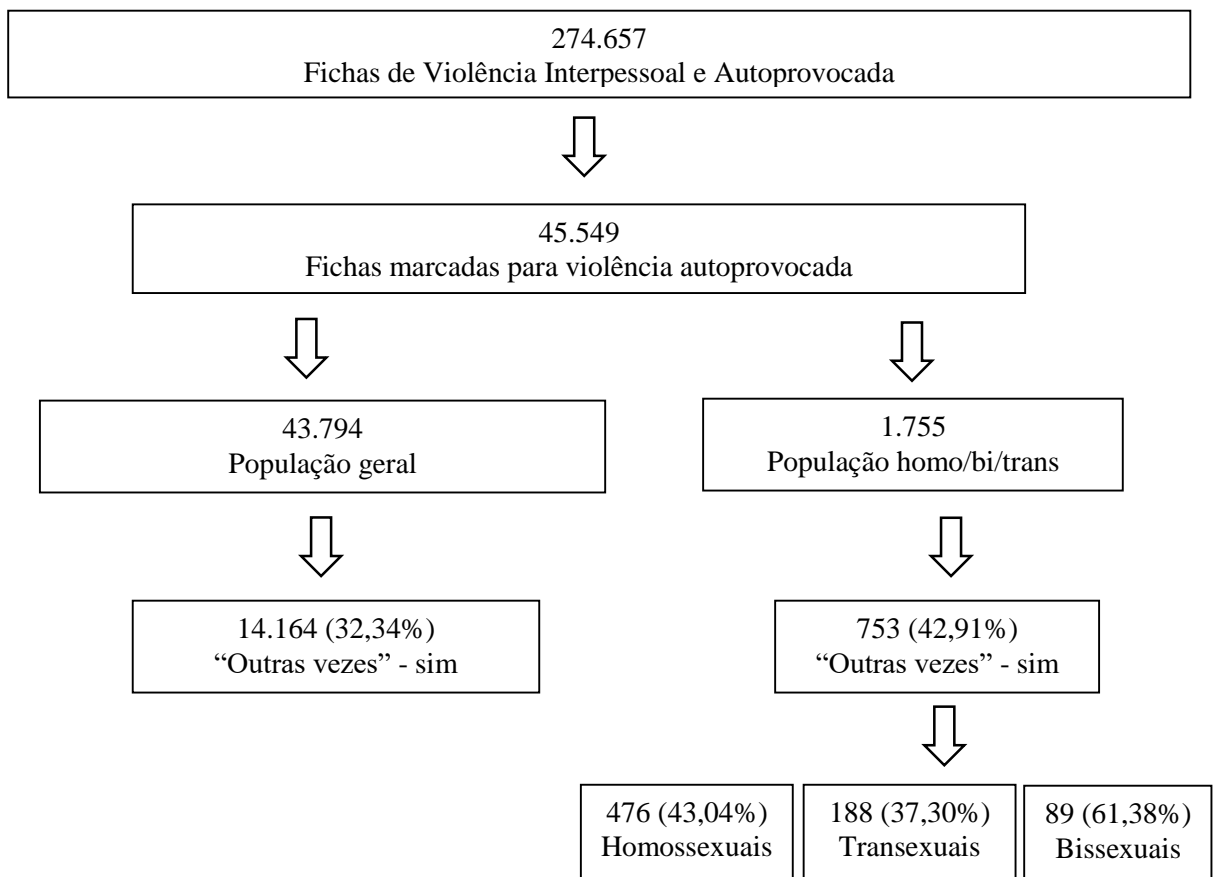
2.2 UNIVERSO DE ESTUDO

O universo deste estudo foi composto pelos sujeitos em situação de violência autoprovocada, identificados pela Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/autoprovocada, por meio do Viva.

A delimitação etária utilizada teve como base a definição do Ministério da Saúde, conforme definida no Viva: “Os ciclos de vida estão distribuídos nas seguintes faixas etárias de acordo com os parâmetros da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde: crianças (zero a 9 anos); adolescentes (10 a 19 anos); adultos (20 a 59 anos) e idosos (60 anos e mais)” (BRASIL, 2017d, p. 164).

Foram excluídos os dados associados à população com idade inferior a 10 anos e superior a 19 anos, dados em que houve erro de preenchimento da Ficha, bem como os que estavam de forma inadequada ou que não responderam ao objeto de estudo.

O esquema abaixo demonstra a amostra do estudo:



2.3 COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS UTILIZADAS

O Viva foi implantado em 2006 objetivando a coleta de dados e a possibilidade de gerar informações que pudessem subsidiar as Políticas de Saúde, incluindo prevenção das violências e acidentes (BRASIL, 2013). Antes disso, os eventos graves e fatais já podiam ser conhecidos por meio dos próprios Sistemas de Informação, mas surgiu a necessidade de “[...] conhecer a realidade das portas de entrada hospitalares de urgência em relação aos

atendimentos por violências e acidentes, assim como ampliar o conhecimento das outras formas de violências” (BRASIL, 2013, p. 17).

O Sistema está estruturado em dois componentes. O Viva Inquérito, que é utilizado nas principais portas de entrada hospitalares que acontece a cada três anos, e o Sistema Viva, que é o componente de vigilância contínua. O segundo componente é composto pela notificação compulsória de violência interpessoal e autoprovocada, registrada no SINAN desde 2009 (BRASIL, 2017d).

São objetos de notificação obrigatória, a violência doméstica (independente da natureza da violência: física, psicológica/moral, sexual e negligência/abandono); a violência sexual; o tráfico de pessoas; as situações de tortura; a intervenção por agente legal; as diversas outras violências interpessoais e violências urbanas contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas (situação definidas por lei); e por fim, a violência autoprovocada.

Para o objetivo deste estudo, utilizou-se como instrumento a ficha de notificação, sendo incluídos para análise, apenas os dados referentes a violência autoprovocada do segundo componente do sistema, de vigilância contínua, além das variáveis gerais para a caracterização dos casos.

As variáveis utilizadas foram: item 11 – Data de nascimento; item 12 – Idade; item 13 – Sexo; item 14 – Se é gestante; item 15 – Raça/cor; item 16 – Escolaridade; item 34 – Ocupação; item 35 - Situação conjugal/estado civil; item 36 – Orientação sexual; item 37 – Identidade de gênero; item 38 – Se possui algum tipo de transtorno; item 39 – Tipo de transtorno; item 52 – Local de ocorrência; item 53 – Se ocorreu outras vezes; item 54 – Se a lesão foi autoprovocada; item 55 – Motivação da violência; item 57 – Meio de agressão; item 63 – Suspeita de uso de álcool; item 65 – Encaminhamento.

As variáveis selecionadas foram escolhidas na medida em que se percebe que puderam responder ao objeto da pesquisa, fazendo uma caracterização sociodemográfica, permitindo associar à questão da sexualidade por meio dos itens 36 e 37, com a repetição do comportamento de autoagressão, bem como oportunizou comparação com publicações existentes sobre o assunto que discutem os dados nos anos anteriores ao delimitado.

Os dados usados foram referentes ao ano de 2016. A delimitação desse período leva em consideração a melhora na qualidade dos dados em função do aprimoramento por meio das capacitações e treinamento para o adequado registro das informações.

Para acesso aos dados foi solicitado, inicialmente por e-mail, à Secretaria de Vigilância em Saúde o acesso à Base de Dados do Viva sob sua gerência, em extensão DBF ou DBC. Em seguida, procedeu-se o cadastro no sistema E-sic, com a solicitação, por meio do

qual foi obtido o acesso ao banco de dados no formato solicitado. Para isso, foi assinado um termo de responsabilidade de cessão das bases de dados do Viva e os arquivos foram recebidos via e-mail.

Os dados foram organizados, estruturados e analisados com o uso dos softwares R[®] (<https://www.r-project.org/>) e PostgreSQL[®] e o Programa Excel para organização das planilhas.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Com o auxílio do Software R[®], foi possível estabelecer o perfil sociodemográfico da amostra selecionada. Por meio dele, foi realizado o cálculo da distribuição de frequência e avaliado o grau de dependência entre as variáveis identificadas, com base no teste T de Student. O uso desse teste tende a ser recomendado quando se pretende estabelecer possíveis relações causais entre variáveis que apresentam frequências diferentes. Ademais, foram calculadas as taxas específicas de ocorrência da violência autoprovoçada, sendo apresentadas juntamente com os respectivos intervalos de 95% de confiança.

O teste t e o intervalo de confiança são métodos que devem andar juntos para garantir a análise adequada dos dados (WILD; SEBER, 2004).

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, segundo a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, a pesquisa não precisou ser registrada nem avaliada pelo sistema CEP/CONEP, por se tratar de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016).

As bases de dados são de acesso público no DATASUS e existe a omissão da identificação dos indivíduos, o que respeita os princípios da ética em pesquisa, portanto, em conformidade com a Resolução descrita acima.

3 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados por meio dos artigos que foram produzidos. Na sequência, eles aparecem na íntegra, com o título, resumo, introdução, metodologia, resultados e referências bibliográficas.

O primeiro artigo foi aprovado em revista Qualis B2 em janeiro de 2020, que após realizados os ajustes solicitados pelo parecerista foi encaminhado, aguardando parecer final. Quanto ao segundo artigo, após seleção da revista, será encaminhado para avaliação.

3.1 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA: ESTIGMAS SOBRE IDENTIDADES DE GÊNERO E ORIENTAÇÕES SEXUAIS

Resumo

Este artigo objetiva caracterizar as ocorrências de violência autoprovocadas a partir do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA, enfocando as temáticas de identidades de gênero e orientações sexuais. É um estudo ecológico, com abordagem quantitativa, de caráter exploratório descritivo, com fonte secundária. Utilizou-se a base de dados das Fichas de Notificação de Violência referentes ao ano de 2016. Identificou-se alguns aspectos que encontram correspondência na literatura científica: local de ocorrência, faixa etária em que prevalece a maioria dos casos, e métodos mais utilizados. Procurou-se comparar os dados e discutir sob a perspectiva dos estigmas provocados na saúde da população pesquisada. Pontua-se a importância de ações de prevenção da violência autoprovocada, principalmente para a população LGBTI+. Conclui-se que, seja na assistência direta, na linha de frente dos diversos serviços ou na construção das Políticas Públicas, a Psicologia tem grandes contribuições no enfrentamento das diversas formas de violência.

Palavras-chave: Violência autoprovocada; identidade de gênero; orientação sexual; estigma; LGBTI+

Introdução

Uma das maiores preocupações nas políticas de gestão da saúde no Brasil e no mundo refere-se ao impacto da morbimortalidade por causas externas, que são situações de violências e de acidentes. Na Assembleia Mundial de Saúde em 1996, a Organização Mundial de Saúde já chamava a atenção para a violência como um problema de saúde pública em função de suas consequências e efeitos prejudiciais (OMS, 2002). No Brasil, representam desde 2006 a terceira causa de morte na população geral, e a primeira na população de 1 a 49 anos (MINAYO, 2006; BRASIL, 2016). Dentre as violências, D'Oliveira e Botega (2006) apontam o suicídio como a terceira causa de morte no mundo. A prevalência dessas causas de óbito demonstra a repercussão de tais fatores na saúde pessoal e coletiva, e em função disto, as intervenções pautadas na prevenção e promoção da saúde merecem atenção especial e precisam ser ampliadas.

Para tanto, o Ministério da Saúde lançou em 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, estabelecendo objetivos, diretrizes e responsabilidades, com ênfase à implantação da notificação da violência, cujos dados são acompanhados pela Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes (BRASIL, 2002).

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, lançou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), baseado em dois componentes: vigilância contínua (a captação dos dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde que deve ser realizada a todo o momento) e vigilância sentinela (refere-se especificamente a serviços Sentinela, que são serviços de urgência e emergência, em que a pesquisa se dá por amostragem, por 30 dias consecutivos, sendo que a periodicidade desde 2012, é a cada três anos) (BRASIL, 2016).

Percebe-se um processo de aperfeiçoamento da vigilância de violências, aliado às políticas instituídas em relação à violência sexual, à saúde de idosos, mulheres, crianças e adolescentes e população LGBTI+, numa perspectiva de atenção integral à saúde, de proteção e garantia de direitos. A Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública, contempla os casos de violência interpessoal e autoprovocada (BRASIL, 2016). Essa demarcação se faz importante para delimitar o fenômeno, ressaltando que ainda se observa a subnotificação em relação às diversas formas de violência e em relação ao suicídio. D'Oliveira e Botega (2006) destacam que os registros das tentativas de suicídio são inferiores à quantidade real, em consequência, estima-se que esse comportamento supere em torno de

dez vezes os números de suicídio.

A violência pode ser definida como a conduta de caráter intencional, por ação ou omissão, que cause ou venha a causar, constrangimento, limitação, dano, morte, e diversas formas de sofrimento (sexual, físico, moral, psicológico e social, entre outras) (BRASIL, 2016). Ademais, a OMS destaca que a violência é o uso de força física ou de poder, sendo real ou na forma de ameaça, podendo ser individual, contra um grupo de pessoas ou contra uma comunidade. Para melhorar as ações de prevenção e combate sugere a distinção entre três categorias de violência pela perspectiva da pessoa que comete o ato, sendo a violência autoinfligida, violência interpessoal e a violência coletiva. O Ministério da Saúde e OMS utilizam a terminologia violência autoprovocada como sinônimo de autoinfligida (BRASIL, 2016).

Destaca-se, nesta produção, a violência autoprovocada. Tais práticas podem ser definidas como uma violência dirigida a si próprio de forma intencional, sendo o comportamento suicida delimitado como comportamento que tem como objetivo acabar com a própria vida (BAHIA, et al., 2017).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, produzido pela Associação Americana Psiquiatria (2014), em sua quinta edição (DSM-5), o comportamento suicida é diferenciado da automutilação. O transtorno é diagnosticado quando nos últimos 24 meses ocorre uma tentativa de suicídio. Deve-se ter clareza de que tal ato foi com intenção de levar a própria morte, não atendendo ao critério para autolesão não suicida, ou fatores orgânicos e culturais (APA, 2014).

Já a automutilação não suicida refere-se ao comportamento do indivíduo de dano intencional na superfície do seu corpo, que induz a sangramento, contusão ou a dor – desde que tenha acontecido por cinco dias ou mais no último ano, com a expectativa de que o ato cause dano menor ou moderado. Esse comportamento deve ser diferenciado da intenção de causar a própria morte, pois associa-se à expectativa de induzir a uma sensação positiva após o ato, a obter alívio e afastamento de sentimentos negativos. Deve-se diferenciá-lo de atividades com cunho cultural ou de cunho religioso (APA, 2014).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) recomenda que todo caso suspeito ou confirmado de violência interpessoal e autoprovocada deve ser notificado, não se excluindo a comunicação com as autoridades competentes.

O Conselho Federal de Psicologia, em sua Resolução nº 01, de 29 de janeiro de 2018, estabelece normas de atuação para psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. O documento utiliza o termo ‘cisnormatividade’ referindo-se ao regramento social que reduz a

divisão das pessoas apenas a homens e mulheres, com papéis sociais estabelecidos socialmente como naturais. A perspectiva ‘heteronormativa’ também é destacada ao afirmar a prescrição dos costumes e dos papéis sociais ideais à vivência heterossexual, e as que não se enquadram costumam ser são alvos de preconceitos e atos de discriminação, o que pode gerar impactos em suas condições de saúde mental (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Iannini e Rodrigues (2018) definem que tal perspectiva normativa ratificam práticas sexuais e o desempenho de papéis socialmente construídos a partir de posições assimétricas do que deve ser considerado como expressão do ser masculino e o feminino, o que molda a forma como cada um deve se comportar e se relacionar afetivo-sexualmente.

Considerando que a discriminação por identidade de gênero e orientação sexual incide na determinação social da saúde, em processos de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações LGBTI+, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. O documento estabelece diretrizes de fomento à prevenção, promoção e cuidados em relação à saúde dessa população, além do apoio às ações que tenham ênfase na diminuição da discriminação, pautando o respeito às diferenças (BRASIL, 2011).

Estudos internacionais como de Reisner et al. (2015), Veale et al. (2017), Garg e Marwaha (2018) e Spack et al. (2012) indicam vulnerabilidade em relação à violência autoprovocada na população LGBTI+ em função da estigmatização. Poucos estudos nacionais abordam a temática, conforme constata Baére (2018). Dentre eles, o estudo tanto de Baére, quanto os trabalhos de Teixeira-Filho e Marretto (2008) e Teixeira-Filho e Rondini (2012) apontam para o mesmo impacto e chamam a atenção para a necessidade de novas produções nacionais que abordem a temática. Desse modo, caracterizar por meio dos dados da Ficha de Notificação as variáveis envolvidas nas situações de violência autoprovocada, especificamente com o público LGBTI+, mostra-se um importante processo de identificação de violências direcionadas a tal público. Ademais, permite conhecer melhor o fenômeno e ampliar a discussão acerca das políticas de enfrentamento das violências que favoreçam a redução das vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais.

Ainda cabe destacar que o preconceito pode atingir a pessoa em sua autoimagem, dificultando-lhe enfrentar os desafios e situações delicadas da vida, recorrendo, algumas vezes, à violência autoprovocada. O sofrimento a partir do estigma na produção de violência interpessoal tem sido demonstrado na literatura (BRASIL, 2013; BARRETO, 2010), apesar

da escassez de trabalhos sobre a descrição da violência autoprovocada associada ao público delimitado neste estudo.

Dessa forma, partindo da análise da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, o presente estudo objetiva caracterizar as ocorrências de lesões autoprovocadas do público cujas identidades de gênero e orientação sexual estão entre os que não correspondem ao padrão social pautada pela cis-heteronormatividade.

Método

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo ecológico, com abordagem quantitativa, de caráter exploratório descritivo, e com uso de fontes de dados secundárias. Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010) definem estudo ecológico como os estudos que utilizam como unidades de análise grupos ao invés de indivíduos, sendo uma das possibilidades nesse tipo de estudo comparar populações em diferentes lugares ao mesmo tempo.

Universo do Estudo e dados secundários

Utilizou-se como fonte secundária o banco de dados que continha todas as Fichas de Notificação de Violência do ano de 2016, disponibilizadas pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde, por meio do DATASUS, solicitados via cadastro no e-sic e envio de Termo de Compromisso de responsabilidade, recebidos por e-mail.

Para responder ao objetivo deste estudo, foram incluídos apenas os dados referentes à violência autoprovocada do segundo componente do sistema, que é o de vigilância contínua. Nesse componente, a captação dos dados se dá nos serviços de saúde ao receberem uma situação de violência, com o preenchimento da Ficha de Notificação específica. Periodicamente, as fichas são encaminhadas para a Vigilância Epidemiológica em cada município que procede o lançamento dos dados no sistema nacional. Esses dados são analisados e ajustados a nível estadual e federal, para posteriormente serem disponibilizados como de uso público. As tabelas com os dados ofertados pelo Ministério da Saúde foram organizadas e estruturadas para análise no software R (<https://www.r-project.org/>).

As variáveis utilizadas do banco de dados das Fichas de Violência Autoprovocada no Brasil, do ano de 2016 foram: data de nascimento; idade; sexo; raça/cor; escolaridade; ocupação; situação conjugal/estado civil; orientação sexual; identidade de gênero; transtorno mental; transtorno de comportamento; local de ocorrência; se ocorreu outras vezes; se a lesão foi autoprovocada; motivação da violência; meio de agressão, e encaminhamentos após atendimento.

Análise dos dados

Para análise dos dados encontrados em relação às terminologias usadas na Ficha no campo da orientação sexual, será considerada como ‘heterossexual’ a pessoa que se diz atraída afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica, independentemente de seu sexo biológico. Já por ‘homossexual’, pessoas gays e/ou lésbicas, que se definem atraídas afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica, independentemente de seu sexo biológico. Por fim, será considerada como ‘bissexual’ a pessoa que relata que sente-se atraída afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer dos gêneros, isto é, masculino ou feminino (BRASIL, 2016).

Já em relação aos dados que se referem às identidades de gênero, tal delimitação refere-se ao gênero com o qual a pessoa se auto identifica. Assim, tem-se a classificação ‘travesti’ utilizada para a pessoa do gênero masculino que deseja ser reconhecida socialmente como mulher, não apresentando conflito com seu sexo biológico. Já ‘mulher transexual’ corresponderá à pessoa que nasceu biologicamente com o sexo masculino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino. O ‘homem transexual’ por sua vez, se referirá à pessoa que nasceu com sexo biológico feminino, mas que se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino (BRASIL, 2016).

Em relação aos transtornos, delimita-se que ‘transtorno mental’ compreende os quadros, como por exemplo: esquizofrenia, transtorno bipolar afetivo, transtorno obsessivo compulsivo, dependência de álcool e outras drogas. Já o ‘transtorno de comportamento’ é compreendido, dentre outros, como os distúrbios emocionais, de conduta e de funcionamento social (BRASIL, 2016). Foram utilizados estudos nacionais e internacionais para discutir os resultados apresentados.

Aspectos éticos

Seguindo as diretrizes da Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016, expedida pelo Conselho Nacional de Saúde, este estudo não carece de parecer pelo sistema CEP/CONEP, por se tratar de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

Resultados

O levantamento realizado aponta que em 2016 foram registradas 274.657 ocorrências de violência no Brasil, sendo 45.549 (16,58%) dos registros referentes à lesão autoprovocada. Desse montante, 1.610 (3,5%) dos envolvidos se declararam com a identidade de gênero transexual, independentemente se heterossexuais ou homossexuais.

Ressalta-se também que o Ministério da Saúde utiliza os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) para definição de uma classificação etária, que entende como criança a população de 0 a 9 anos, adolescente de 10 a 19 anos, adultos de 20 a 59 anos e idosos de 60 anos de idade ou mais. Nos registros de lesão autoprovocada, uma vez que foram selecionados os critérios de orientação sexual e de identidade de gênero, não aparecem dados referentes de 0 a 9 anos, o que pode ser explicado pela orientação constante no Instrutivo, que pontua que essa delimitação não será realizada uma vez que as crianças ainda estão em desenvolvimento (BRASIL, 2016).

Quanto às variáveis sociodemográficas, observou-se em relação à faixa etária, que 384 (23,85%) dos registros referem-se a adolescentes, 1.169 (72,61%) a adultos, e 57 (3,54%) casos a idosos. Separando a idade adulta em períodos de 10 anos, a faixa em que prevalecem as notificações é a de 20 a 29 anos, sendo 549 registros, o que corresponde a 41,1% do montante das fichas.

Quanto à escolaridade, grande parte dos registros, isto é, 369 (24,57%) casos ficou como ignorado. Dos identificados, a maioria, 278 (18,56%) casos, tem ensino médio completo, e 237 (15,82%) possuem da quinta a oitava série incompleta. O menor registro, com 61 casos, correspondendo a 4,07%, apresentaram curso superior completo. Destaca-se que não foi registrado nenhum analfabeto.

Quanto à raça/cor, 854 (53,38%) se declararam brancos e 508 (31,75%) pardos, o que corresponde a 85,13% dos registros. Negros foram 129 (8,06%), amarelos um total de 12 (0,75%), indígenas 15 (0,84%) e 82 (5,12%) casos como ignorados.

Em relação à situação conjugal, 909 (57,38%) se declararam solteiros, 472 (29,80%) casados, 84 (5,30%) separados, 79 (4,99%) ignorados, e 20 (1,26%) viúvos. Em relação ao questionamento sobre a orientação sexual, 504 (31,3%) se disseram heterossexuais e 1.106 (68,7%) homossexuais. Dos homossexuais, a maioria refere à identidade de gênero correspondente ao sexo biológico, não se identificando como travestis, transhomem ou transmulher, sendo 915 (82,73%) dos registros. Dos heterossexuais, em relação à identidade de gênero, foram encontrados 120 (23,81%) transhomem, 351 (69,64%) transmulher, 33 (6,55%) travestis.

Sobre o gênero, 922 (57,27%) se identificaram como sendo feminino, 687 (42,67%) como masculino, e 1 (0,06%) ignorado. Dos 922 que se declararam como sendo do gênero feminino, 333 (36,12%) estão entre os que se declararam com orientação sexual heterossexual e 589 (63,88%) como homossexual. Dos 687 que se declararam do gênero masculino, 170 (24,75%) se afirmaram heterossexuais e 517 (75,25%) homossexuais.

É relevante também apontar que para ambos os gêneros, independente da orientação sexual, que o local de ocorrência, em sua maior parte, foi a residência, com 1.339 (83,17%) registros. Em segundo lugar, encontra-se a via pública, com 119 (7,39%) notificações.

Quanto à caracterização das lesões autoprovocadas observou-se que foram registrados como envenenamento 790 episódios (49,31%). Foram identificados 270 registros qualificados como outro (métodos diferentes das opções descritas na ficha), correspondendo a 17,15%, e 245 (15,34%) foram identificadas com o uso de objeto perfuro-cortante. Dos casos de envenenamento, 459 (58,10%) referem-se ao gênero feminino e 330 (41,77%) ao masculino, e 1 ignorado (0,13%). Destaca-se que o meio menos utilizado foi por arma de fogo, correspondendo a 27 (1,55%), sendo 6 (22,22%) do gênero feminino e 21 (77,77%) do masculino. Em relação a essas características do evento, para ambos os gêneros, houve um predomínio de envenenamento, seguido de outros, e uso de objetos perfuro-cortantes, respondendo por 74, 70% dos registros. A divisão por gênero em relação aos meios foi a mesma até o quarto item.

A caracterização das lesões por idade demonstrou que a faixa etária de 10 a 19 anos possui como principal meio o envenenamento, com 188 (45,52%) registros, e em segundo lugar o uso de objetos perfuro-cortantes, com 70 (16,94%) registros. De 20 a 59 anos, o principal meio é o envenenamento, com 589 (46,30%) registros, seguido de outros, com 201 (15,80%) registros. De 60 a 89 anos, o principal meio com 16 registros (27,59%) foi de força corporal, e com 13 (22,41%) cada, os objetos perfuro-cortantes e envenenamento.

A partir do questionamento se a violência autoprovocada já ocorreu outras vezes, 664 (41,45%) responderam que sim. Já 790 (49,31%) declarou ser a primeira vez que o fato ocorreu, sendo que o montante de 148 (9,24%) registros ficaram marcados como ignorado.

Em relação aos transtornos mentais e de comportamento são registrados apenas os casos em que existe um diagnóstico confirmado por profissional de saúde habilitado, para que não seja pautado em suposições pessoais ou dos familiares. Os resultados apontam o total de 52 (35,13%) registros de transtorno mental, e de 73 (44,51%) registros de transtorno de comportamentos, ambos associados às questões de gênero.

Detalhando os registros de transtorno mental associados à identidade de gênero, foram encontrados 12 (23,08%) registros de transtorno mental entre os transhomens, 31 (59,61%) entre as transmulheres, e 9 (17,31%) entre travestis. Nos dados referentes aos transtornos de comportamento, dos 73 registros foram identificados 19 (26,03%) entre os transhomens, 49 (67,12%) entre as transmulheres e 5 (6,85%) entre travestis. Ao dividir os dados do último transtorno por orientação sexual tem-se que 112 (68,29%) são homossexuais e 52 (31,01%) se declaram heterossexuais. Ao relacionar orientação sexual e transtorno mental foram identificados 112 (75,67%) homossexuais e 36 (24,32%) heterossexuais. É importante ressaltar que pode haver numa mesma ficha a identificação de mais de um transtorno.

Sobre a motivação para a violência, têm-se as seguintes opções: sexismo, homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, situação de rua, deficiência e outros. No total foram 1.110 identificações. A associação que se destaca, ou seja, o que mais foi apontado pelas pessoas como fator que motivou a autoagressão, foi o conflito geracional, que é “[...] um conflito que descreve discrepâncias culturais, sociais ou econômicas entre duas gerações, que pode ser causada por trocas de valores ou conflitos de interesse entre gerações mais jovens e gerações mais idosas” (BRASIL, 2016, p. 55), apontado como motivação em 198 (12,30%) fichas.

Na sequência, encontra-se a homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, que se configura como “[...] violência motivada e praticada em razão da orientação sexual ou da identidade de gênero presumida da vítima, podendo esta ser membro da população LGBT ou não” (BRASIL, 2016, p. 54), em que estiveram presentes em 41 (2,55%) registros. Chama atenção a quantidade de “não se aplica” e “ignorado”, pois correspondem a 726 registros (45, 10%), o que aponta uma subnotificação significativa deste dado, considerado relevante para se pensar políticas públicas destinadas a esse público.

Dos encaminhamentos feitos, destaca-se a Rede da Assistência Social com 165 registros (10,30%). Os demais encaminhamentos contemplaram a Rede de Educação, com 5

(0,31%) registros, a Rede de atendimento à mulher com 16 (1,0%), ao Conselho tutelar foram encaminhados 77 (4,81%) casos, ao Conselho do Idoso 4 (0,25%) casos, ao Centro de Referência dos Direitos Humanos 5 (0,31%) casos, ao Ministério Público 7 (0,44%) casos, à Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente 3 (0,19) casos, à Delegacia de atendimento à mulher 35 (2,19%) casos, para outras delegacias 169 (10,56%) casos, para a Justiça da Infância e Juventude 5 (0,31) casos, e para a Defensoria Pública foram 4 (0,25%) encaminhamentos. Deve-se destacar que não foram registrados encaminhamentos para a Delegacia de Atendimento à Pessoa Idosa, tampouco para os equipamentos públicos da própria Rede de Saúde.

Discussão

A partir dos dados levantados, é possível compreender os casos que chegam aos serviços de saúde, e assim analisá-los. Comparando com estudos anteriores, quanto ao local de ocorrência da violência autoprovocada, os achados encontram correspondência com a literatura, como em Bahia et al. (2017), ao apontar que tanto para homens quanto para mulheres, o domicílio constitui o principal local onde as lesões são realizadas.

Em relação ao método de violência, Monteiro et al. (2015) relatam que estudos sobre morbidade hospitalar por lesão autoprovocada apontam para as autointoxicações como método mais frequente para ambos os gêneros, o que se repete na população estudada.

Botega (2015), por sua vez, afirma que a escolha dos métodos nas tentativas de suicídio associa-se à uma combinação de fatores culturais, à facilidade no acesso aos meios, às preferências individuais e ainda à intenção associada ao ato. Tais fatores podem mudar ao longo do tempo e sofrer influência do gênero e faixa etária, por exemplo.

Em relação à faixa etária, como demonstrado nesse estudo, o método principal foi diferente na terceira idade em comparação às demais: o envenenamento foi o método que ocupou o primeiro lugar na adolescência e idade adulta. Já na terceira idade, ocupou o segundo lugar com 13 (22,41%) casos, junto com o uso de objetos perfuro-cortantes. Em primeiro lugar evidenciou-se o uso de força corporal com 16 (27,59%) casos.

Botega (2015), em relação à questão cultural e de acesso, demonstra que na Inglaterra e Austrália predominam o enforcamento e a intoxicação por gases. Nos Estados Unidos, o meio mais utilizado é a arma de fogo, enquanto que na China é o envenenamento por pesticidas. Na população estudada neste trabalho, o uso de arma de fogo foi um dos métodos menos utilizados. É importante considerar que a dificuldade de acesso a este meio à época dos

casos registrados pode ser um importante fator de proteção para as situações de violência autoprovocada.

Cabe ressaltar que a automutilação e tentativas de suicídio são comportamentos distintos, embora associados frequentemente. Sabe-se que no primeiro não há nítida intenção de morrer. Muitas vezes é um pedido de socorro, ou uma forma de lidar com o mal-estar e sofrimento. Ressalta-se que quando se mantém por período prolongado, está associada a um aumento no risco de pensamento e tentativas de suicídio. Além disso, casos mais graves de automutilação podem levar à morte acidental (ARATANGY et al., 2017).

Já a reincidência é considerada um fator de atenção, pois sugere agravamento, sendo um fator de risco para a tentativa de suicídio, o que nos achados desta pesquisa corresponderam a 41,45% dos casos. Segundo Monteiro et al. (2015), um importante fator de risco para o suicídio são as histórias prévias de ideações e as tentativas de provocar a própria morte. Para cada suicídio completado, há mais pessoas que tentam suicídio todos os anos (BRASIL, 2017a).

Em relação aos aspectos psíquicos, os resultados deste trabalho apontaram o total de 52 (35,13%) registros de transtorno mental e 73 (44,51%) registros de transtorno de comportamentos, ambos associados às questões de gênero. Os transtornos quando presentes, devem ser alvo de atenção, para que seja oportunizado acompanhamento na Rede de Saúde e demais em que se fizerem necessários, uma vez que são elencados como fatores de risco para o suicídio, de acordo com Botega (2015).

Os estudos de Reisner et al. (2015) apontam que os jovens transgêneros podem ser delimitados como uma população vulnerável, que se configura como “[...] em risco de resultados negativos na saúde mental, incluindo depressão, ansiedade, autoflagelação e tendências suicidas” (REISNER et al., 2015). Apontam também que, comparados aos controles, jovens cisgêneros apresentaram um risco duas a três vezes maior de depressão, transtorno de ansiedade, ideação suicida, tentativa de suicídio, autoagressão sem intenção letal (REISNER et al., 2015). Às mesmas conclusões chegam Katz-Wise et al. (2017), atribuída a experiências relacionadas à estigmatização social.

Na pesquisa de Veale et al. (2017) identifica-se que “[...] os jovens transgêneros tinham um risco maior de relatar sofrimento psicológico, automutilação, episódio depressivo maior, ideação suicida e tentativas de suicídio [...]” (VEALE et al. 2017, p. 44). Neste trabalho, os autores mostram que muitos jovens transexuais denunciam discriminação, intimidação e violência como resultado de sua identidade de gênero.

Garg e Marwaha (2018) consideram que as crianças ou adolescentes que vivenciam a situação de não se identificarem dentro dos papéis binários tradicionais podem ser alvo de estigmatização cultural, apresentam mais transtornos psíquicos e “[...] risco aumentado de automutilação e suicídio” (GARG; MARWAHA, 2018, s.n.). O estudo de Spack et al. (2012) também enfatiza o maior risco de comportamento autolesivo, ideação e tentativas de suicídio entre os jovens transgêneros. Os estudos citados referem-se aos adolescentes e jovens. Essa população, de acordo com as estatísticas e achados deste trabalho, é a que mais apresenta comportamentos auto lesivos.

Jucá e Vorcaro (2018) afirmam que a adolescência é um período no qual definições importantes são processadas: novas demandas, novas relações, um corpo novo diferente do lugar seguro e habitual da infância. Percebe-se que frente a isso, na emergência da adolescência, alguns sujeitos ficam embaraçados na transição implicada no adolecer e atuam, com destaque para as automutilações.

Dessa forma, adolescentes denunciam desconforto em sua relação com os outros e consigo próprio. Nesse período, as escolhas feitas na infância serão reatualizadas, sobretudo, as escolhas de objeto (hétero ou homossexuais), e também as que se referem à posição quanto à sexuação (STEVENS, 1998).

Nesse contexto, os estudos de gênero (SCOTT, 1995; BUTLER, 2003) se fazem significativos, pois as discussões de gênero elaboradas devem ser tomadas como uma categoria de análise. Scott (1995) aponta que gênero diz respeito às relações sociais que são constituídas com base nas diferenças que se percebem entre os sexos biológicos numa dada coletividade. É a primeira forma de estruturar relações de poder.

É a partir, portanto, da compreensão de gênero como uma construção sociocultural das diferenças entre homens e mulheres que se discutem seus marcadores e os impactos nas relações coletivas. Estas impactam as questões de identidades de gênero, compreendidas como os papéis sociais aos quais as pessoas foram designadas a cumprir, a princípio, desde o nascimento pelo sexo biológico identificado, como também questões de orientações sexuais, isto é, as formas de se manifestar amor e de se realizar práticas sexuais.

Uma melhor compreensão desses processos identitários permite romper com estereótipos deterministas de maneira de ser e agir dos sujeitos em coletividade. Tais padrões, demarcados pela lógica da cis-heteronormatividade, funcionam como operacionais para se manter perspectivas sociais que violam liberdades individuais, sociais e políticas, a partir das relações sociais e de poder que se encontram em cada sujeito, em seu gênero e suas atrações afetivo-sexuais, ditas como dissidentes, caso discordem das normas socialmente

consensuadas.

Isso dá lugar à convicção de que o que escapa a esse contexto possa ser percebido como alguma falha no processo do desenvolvimento. Percebe-se, portanto, uma norma que visa definir as práticas sexuais e também o desempenho de papéis sociais. A cisnormatividade e heteronormatividade, que definiram posições assimétricas do que deve ser o masculino e o feminino e qual a orientação sexual é tida como normal em detrimento das demais, moldam a forma como cada um deve se comportar.

Quinalha (2018) pontua que as questões em torno da sexualidade na contemporaneidade ainda são carregadas de estigmas. Nos anos 80 conseguiu-se despatologizar a homossexualidade, mas ainda é evidente a comparação e a avaliação negativa que é feita de todo aquele que difere do padrão imposto pelo sujeito considerado pretensamente universal, que pode ser caracterizado pela delimitação de homem, europeu, branco, heterossexual e cisgênero. Porchat (2013) comenta que a patologização do gênero cria um perigoso campo de relações de poder, entre o do ideal de sexo e de gênero.

Além de uma pejorativa inadequação, ser dissidente em sua identidade de gênero e orientação sexual é se revestir de um estigma. Sabe-se que “[...] os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava” (GOFFMAN, 1891, p. 5). Nessa época, os sinais eram feitos literalmente no corpo, e destacavam que quem o portava era, portanto, criminoso, e deveria ser evitado o contato com essa pessoa.

O sentido do termo ainda hoje faz referência ao seu original, aludindo negativamente quem porta determinados sinais. Hoje, o estigma está presente não somente quando existem marcas ou diferenças corporais, enquanto aspecto físico como em outras épocas, mas percebe-se expandido para questões comportamentais, como os associados à vivências LGBTI+, uma vez que “[...] a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias” (GOFFMAN, 1891, p. 5).

Sendo assim, as pessoas identificam os atributos que demonstram que uma pessoa é diferente das demais, pontuando como indesejável, “Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída” (GOFFMAN, 1891, p. 4). Goffman (1891) pontua ainda que “[...] um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus.”

(GOFFMAN, 1891, p. 7).

Nesse contexto, em que se discute o imperativo da sociedade heteronormativa e cisnormativa, pode-se inferir a possível angústia do estigmatizado frente à tal percepção, o que possibilita desencadear extremos comportamentos para lidar com as diversas situações de preconceito e discriminação, ou mesmo, antecipar-se a elas.

A psicanálise considera que o modo de funcionamento do mundo incide sobre o sujeito. Segundo Oliveira e Hanke (2017), há uma influência recíproca entre o sujeito e o mundo que o cerca. Assim, pode-se afirmar que todo ser humano sofre consequências das relações que mantém com outros seres humanos e com o mundo que o cerca. Nos dados identificados nesta pesquisa, pode-se perceber o impacto das relações nas motivações declaradas em relação às violências, estando presentes o conflito geracional e a questão da LGBTfobia como fatores precipitantes envolvidos na autoagressão.

Em um mundo cuja questão da sexualidade carrega conotação negativa, sustentar a sua sexuação frente ao social não é tarefa fácil, pois isso definirá o modo como a sociedade vai reconhecer o sujeito, nomeá-lo e identificá-lo. Segundo Barreto (2010), a identidade de cada indivíduo é influenciada durante sua formação por diversos fatores, tais como biológicos, étnicos, culturais, escolhas individuais, dentre outros.

Nesse sentido, Claval (1999) ressalta a identidade como uma construção cultural, definindo o indivíduo. O autor considera que na formação de uma identidade dissidente da heteronormatividade, fatores como o preconceito devem ser levados em consideração, pois é possível que “[...] muitos indivíduos não exerçam de forma plena a sua identidade, vivendo ‘no armário’, pois a vivência plena dessa identidade acarretaria problemas ao exercer suas outras identidades [...]” (BARRETO, 2010, p. 17).

São questões como essas que incidem sobre as pessoas, exigindo reflexões sobre o respeito à diversidade em tudo que toca o ser humano. Em relação aos dados por faixa etária, a população estudada apresenta a mesma tendência apontada para a população geral no Brasil e no exterior: a maior taxa de violência autoprovocada está entre os mais jovens (MONTEIRO et al., 2015; PLENER et al., 2016).

O Ministério da Saúde, por meio do documento “Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas” (BRASIL, 2015), indica que os fatores microsociais mais importantes para o desencadeamento das ideias, tentativas e suicídio consumado estão alguns acontecimentos da vida que afetam emocionalmente o indivíduo, como por exemplo, perdas pessoais, as diversas situações de violências, o isolamento social, os conflitos interpessoais, os relacionamentos interrompidos ou perturbados, e ainda os problemas legais

ou de trabalho.

Acrescenta que nas primeiras fases da vida é fator considerável os diversos tipos de abuso, e as relações com as figuras de autoridade e amigos. Considera que entre os idosos traços de personalidade são os fatores mais diretamente relacionados. Segundo o documento, o suicídio pode ser visto como um sintoma da patologia social e de desintegração social (BRASIL, 2015).

Considera-se que cada uma das variáveis analisadas neste trabalho, de algum modo, pode impactar na saúde, tendo como base a visão ampliada de saúde em que os diferentes fatores sociais são determinantes desta condição.

Considerações finais

Procurou-se caracterizar a violência autoprovocada a partir do Sistema de Vigilância e Acidentes (VIVA), com uma abordagem em torno das identidades de gênero e de orientação sexual LGBTI+, para se conhecer o fenômeno. Os dados encontrados apontam que tal população vive estigmas a partir do estabelecimento social de normas pautadas pela cis-heteronormatividade, com impactos significativos em suas condições de saúde.

Dentre os limitadores desse estudo está a prática da subnotificação, que é um dos grandes desafios para se elaborar e executar Políticas Públicas eficientes para essa população. Estima-se que o quantitativo dos dados disponíveis em relação à violência autoprovocada possam não representar a realidade, em função de vários fatores como por exemplo, o fato de que em alguns casos de autoagressão, as lesões não demandam atendimento específico para fazer curativos ou procedimentos médicos. Além disso, algumas pessoas optam por partes do corpo pouco expostas, de difícil identificação por familiares ou pessoas próximas, o que acaba por dificultar a oferta de ajuda, já que algumas pessoas tencionam escondê-las, não recorrendo aos serviços de saúde. Essas situações, portanto, não estão contempladas nas estatísticas, sendo assim, o quantitativo identificado representa apenas uma parte das automutilações e tentativas de suicídio ocorridas e registradas no ano de 2016.

Outra limitação pode ser identificada em relação às tentativas de suicídio, uma vez que estima-se que o número de casos que não aparecem nos registros é em torno de vinte vezes maior que os dados conhecidos. As possíveis causas podem estar associadas tanto às defasagens em treinamentos e capacitações dos profissionais de saúde (o que impacta no adequado preenchimento das fichas de notificação) quanto na necessidade de sensibilização para a identificação e abordagem de um assunto tão delicado, ainda envolto em tabus.

Com a Lei nº 13.819/19, que dispõe sobre a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio, espera-se a ampliação das unidades notificadoras, incluindo as escolas públicas e privadas. Acredita-se que a partir disso, haverá uma ampliação das discussões sobre o tema, novas propostas de treinamentos e esclarecimentos de fluxos.

Esse conjunto de ações a serem observadas fomenta a possibilidade de identificação de casos tão logo iniciem o comportamento de automutilação, o que permite uma abordagem mais eficaz, a oferta dos recursos necessários e os encaminhamentos aos diferentes serviços – ressaltando, sobretudo, a importância da Rede de Atenção Psicossocial no manejo e conduta dos casos, de forma intersetorial.

Por fim, nesse contexto, os profissionais devem se pautar em diferentes documentos norteadores, para que fomentem a mudança em prol da valorização do ser humano e do respeito à diversidade, seja na assistência direta à população, na linha de frente dos serviços ou na construção das Políticas Públicas. Apesar dos desafios no enfrentamento às diversas formas de violência de modo a favorecer a saúde, acredita-se que os psicólogos continuarão neste debate, refletindo e construindo saberes que fomentem uma sociedade de direitos, livre de preconceitos e que permite a sadia vivência de todas as formas de identidades de gênero e orientação afetivo-sexual.

Referências bibliográficas

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARATANGY, E. W. et al (org). **Como lidar com a automutilação**: Guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação.1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2017, 68 p.

BAÉRE, F. A mortífera normatividade: o silenciamento das dissidências sexuais e de gênero suicidadas. **Rebeh - Revista Brasileira De Estudos Da Homocultura**, v. 2, n. 01, p. 128-140, 2019. Disponível em: <<http://www.revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/225>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos de vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017229.12242017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002902841&script=sci_abstract&tng=pt>. Acesso em: 13 de jan. 2019.

BARRETO, R. C. V. Geografia da Diversidade: Breve Análise das territorialidades homossexuais no Rio de Janeiro. **Revista Latino-america de Geografia e Gênero**. Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p.14-20, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rlagg/article/view/1025>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

Botega, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01**. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 17 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1. ed., 1 reimp. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério de Saúde, 2015, 462 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 34 p. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>>. Acesso em: 18 set. 2019.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2 ed. São Paulo: Editora Santos, 2010.

BUTLER, J. R. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018**. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2019

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 22 de mar. 2019.

D'OLIVEIRA, C. F.; BOTEAGA, N. J. (org.) **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde – Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, p. 74, 2006. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

GARG, G.; MARWAHA, R. Gender Dysphoria (Sexual Identity Disorders). **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30335346>>. Acesso em: 18 out. 2019

GOFFMAN, E. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Mathias Lambert (Trad.), 1891, data da digitalização: 2004.

IANNINI, G.; RODRIGUES, C. Psicanálise entre feminismos e femininos. **Revista Cult**. n. 238, 2018. Disponível em: <<https://revistacult.uol.com.br/home/dossie-cult-psicanalise-e-feminismo/>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

- JUCÁ, V. S.; VORCARO, A. M. R. Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. **Psicologia USP [on line]**, São Paulo, v. 29, n. 2, p.246-252, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642018000200246&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2019.
- KATZ-WISE, S. L. et al. Self-Reported Changes in Attractions and Social Determinants of Mental Health in Transgender Adults. **Arch Sex Behav.** v. 46, n. 5, p. 1425-1439, 2017. doi: 10.1007/s10508-016-0812-5.
- MINAYO, M. C. de S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/violencia-e-saude>>. Acesso em 27 jan. 2020.
- MONTEIRO, R. A. et al. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente-Brasil, 2002 a 2013. **Ciência e Saúde coletiva**. v. 20, n. 3, p. 689-699, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00689.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.
- OLIVEIRA, H. M.; HANKE, B. C. Adolescer na contemporaneidade: uma crise dentro da crise. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. XX, n. 2, p. 295-310, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142017002001>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatoriomundial-violencia- saude.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2020.
- PLENER, P. L. et al. The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. **BMC Psychiatry BMC series**, 2016. Disponível em: <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-1060-x>>. Acesso em: 21 out. 2019.
- PORCHAT, P. Psicanálise, gênero e singularidade. **Revista Faac Unesp**. Bauru, v. 2, n. 2, p. 195-202, 2013. Disponível em: < <https://www3.faac.unesp.br/revistafaac/index.php/revista/article/download/135/60>>. Acesso em: 11 nov. 2019.
- QUINALHA, R. O movimento LGBT brasileiro: 40 anos de luta. **Revista Cult**. n. 235, 2018. Disponível em: <<https://revistacult.uol.com.br/home/dossie-o-movimento-lgbt-brasileiro-40-anos-de-luta/>>. Acesso em: 05 nov. 2019.
- REISNER, S.L. et al. Mental health of transgender youth in care at an adolescent urban community health center: a matched retrospective cohort study. **J Adolesc Health**. v. 56, n. 3, p. 274-9, 2015. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.264. Acesso em: 11 out. 2019
- SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e realidade**. Porto Alegre, v. 15, n. 2, 1995.
- SPACK, N. P. et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. **Pediatrics**. v. 129. n. 3, p. 418-25, 2012. doi: 10.1542/peds.2011-0907. Acesso em: 05 dez. 2019.

STEVENS, A. Adolescência, sintoma e puberdade. Clínica do Contemporâneo. **Revista Les Feuillettes Du Cortil**, Le désir et la faim, n.15, 1998. Disponível em: <https://groups.google.com/forum/#!topic/lem2017uemg/jhEvisP_0C0>. Acesso em: 06 jun. 2019

TEIXEIRA FILHO, F. S.; MARRETTO, C. R. A. Apontamentos sobre o atentar contra a própria vida, homofobia e adolescências. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/978>>. Acesso em: 19 de jan. 2020.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 651-667, 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300011>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

VEALE, J. F. et al. (2017). Mental Health Disparities Among Canadian Transgender Youth. **J Adolesc Health**. v. 60, n. 1, p. 44-49, 2017. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.09.014. Acesso em: 18 out. 2019.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS NAS MINORIAS SEXUAIS NO ANO DE 2016

Resumo

Este artigo objetiva caracterizar as ocorrências de violência autoprovocadas dentro do recorte populacional LGBTI+, destacando a reincidência do comportamento de autolesão. É um estudo ecológico, com abordagem quantitativa, de caráter exploratório descritivo, com fonte secundária. Utilizou-se a base de dados das Fichas de Notificação de Violência de 2016. Identificou-se alguns aspectos que encontram correspondência na literatura científica sobre a população geral, tais como local de ocorrência, faixa etária em que prevalece a maioria dos casos, e métodos mais utilizados. Procurou-se comparar os dados e discutir sob a perspectiva dos estigmas provocados na saúde da população pesquisada, ressaltando que estes podem ser encontrados dentro da própria população LGBTI+. Pontua-se a importância de ações de prevenção à violência autoprovocada. Conclui-se que, dentro do recorte populacional delimitado, os jovens adultos bissexuais encontram-se em risco quatro vezes maior que a população geral para a repetição da violência autoprovocada.

Palavras-chave: Violência autoprovocada; identidade de gênero; orientação sexual; reincidência.

Introdução

No Brasil, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos (Brasil, 2016). As violências podem ser divididas em interpessoal e autoprovocada. Ambas são classificadas como agravos no contexto da saúde e tais como algumas doenças e eventos são de notificação compulsória.

Violência autoprovocada é a terminologia escolhida pelo Ministério da Saúde para contemplar as questões em torno do suicídio. É uma terminologia que consegue abarcar o suicídio e também comportamentos em que a pessoa fere a si própria, em que não existe a intenção de levar a um desfecho fatal. Ela compreende, portanto, as autoagressões e o contínuo comportamento suicida, qual seja, a ideação, as tentativas de suicídio e o suicídio propriamente dito. A ideação suicida não é objeto de notificação, mas chama-se atenção para o fato de que tal comportamento também deve ser alvo de atenção no contexto da saúde para oferta de ações de acolhimento e acompanhamento específicos, uma vez que é fator de risco para o suicídio (BRASIL, 2016).

Na Suicidologia, ciência que tem se dedicado a estudar o tema, a terminologia usada é comportamento suicida. Segundo Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), o comportamento suicida é uma expressão que engloba os diversos fenômenos desde a ideação até ao comportamento que leva ao óbito. Pontuam que deve ser diferenciado de outros comportamentos autodestrutivos, em que ao agir, o indivíduo não o faz com intenção de colocar fim à vida, apesar de existir fatores comuns nesses quadros (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Alguns trabalhos têm apontado para o fato de que a autoagressão está associada ao aumento da tendência suicida, como encontrado em Muehlenkamp et al. (2012). Ainda pode ser visto em Halicka e Kiejna (2015), que a autoagressão e o comportamento suicida têm características e qualidades diferentes, sendo que o primeiro frequentemente é um recurso utilizado para reduzir o nível de estresse. Todavia, chamam atenção para o fato de que frequentemente tais comportamentos estão intimamente relacionados. Os autores, numa revisão de literatura, destacam uma pesquisa que aponta que, na adolescência, quando há presença de autoagressão, o risco é três vezes maior para o comportamento suicida (da ideação ao desfecho fatal), bem como um trabalho que mostra que os comportamentos de autoagressão frequentemente levam a tentativas de suicídio, mesmo que inicialmente não haja intenção de morte.

Nessa vertente, chama a atenção o aumento dos casos de violência autoprovocada na adolescência. A adolescência pode ser definida, pela psicologia, como uma fase no desenvolvimento humano, mas para a psicanálise, a adolescência é uma resposta à puberdade. Nessa perspectiva, para compreender as questões da sexualidade, deve-se distinguir os termos. A começar por puberdade, esta pode ser definida como o momento do aparecimento dos caracteres sexuais que, como efeito, provocam modificações no corpo e na imagem do corpo (STEVENS, 2013). O ser humano se difere do animal, entre outras questões, por não ter previamente preparado em seu organismo respostas às diversas demandas. Na puberdade, isso pode ser verificado com os impasses vivenciados pelos sujeitos que, imersos em uma nova condição, precisam encontrar respostas às suas questões, construir saídas para seus conflitos internos. Segundo Stevens (2013), ao se deparar com a idade de procriar o animal sabe exatamente o que fazer em função do que pode ser denominado de instinto, porém, com o ser humano é diferente.

Segundo Freud (1905), a puberdade é o período das “[...] realizações psíquicas mais significativas, porém também mais dolorosas [...]” (FREUD, 1905, p. 214), em que mudanças serão introduzidas e levarão a vida sexual infantil à sua configuração definitiva. Nesse momento, questões da infância serão reavivadas, e apontarão para a escolha de objeto, bem como à orientação sexual. Concomitante a isso, tem-se o movimento esperado do desligamento da autoridade dos pais, que culmina na oposição ao seu saber, buscando nos laços sociais outros modos de relação e também respostas, já que neste momento, os pais tornam-se verdadeiramente insuficientes, diferente do fantasiado em relação aos pais da infância.

Pode-se, portanto, identificar a puberdade como aspecto do desenvolvimento biológico com que se depara cada ser humano e que produz transformações físicas de forma programada. A adolescência, por sua vez, refere-se aos efeitos da incidência do real da puberdade, a partir daí cada sujeito encontra-se com a tarefa de se haver com o novo corpo com efeitos na subjetividade (SANTIAGO, 2016).

Na adolescência, portanto, reemergem questões da sexualidade. De acordo com a psicanálise, a sexualidade de cada sujeito é o resultado da articulação de três fatores que irão aparecer em sua forma final na adolescência. O primeiro corresponde às características sexuais físicas, que se referem à anatomia e genética, o segundo fator corresponde às características sexuais mentais, que é a posição sexuada que pode ser feminina ou masculina, e o último fator é a escolha de objeto sexual (QUINET, 2019). O autor pontua que “Essa anatomia não determina em absoluto nem a posição subjetiva e muito menos sua escolha de

parceiro sexual. A posição subjetiva (feminina ou masculina) tampouco determina se o parceiro é homem ou mulher” (QUINET, 2019, p. 154), chamando a atenção para a imprevisibilidade da associação desses fatores na organização da sexualidade de cada pessoa. Podemos considerar, apoiados no autor, que no campo da constituição da sexualidade não existem padrões, pois estes são fixados pela sociedade de cada época, o que influencia a leitura dos comportamentos.

Neste ínterim, a homossexualidade já foi considerada condição patológica, sendo que apenas na décima versão da Classificação Internacional de Doenças, conhecido como CID-10, um manual de apoio ao médico e profissionais de saúde para diagnósticos, é que ela deixou de ser apontada como patologia, a partir de 1990 (LANZ, 2019). É desprovido de sentido, segundo Dunker (2019), discutir essas questões da sexualidade, e suas apresentações, a partir de termos como normalidade e patologia, devendo considerar o ponto de vista que leva em consideração a variabilidade da função sexual humana. A discussão acerca da patologização ou julgamento moral em relação à sexualidade se dá a partir de cada contexto histórico.

Considera-se que, no atual contexto, vive-se sob a égide da heterocisnormatividade, com a tendência à estigmatização das vivências afetivo-sexuais que diferem do modelo artificial e binário homem/mulher e da heterossexualidade. Numa sociedade em que as variações da sexualidade são vistas ainda como transgressão, uma vez que prevalece o olhar de um determinismo da natureza em relação à sexualidade, fomenta-se a estigmatização (LANZ, 2019). A estigmatização é percebida no comportamento para com as pessoas que não se identificam com os modelos de homem e mulher impostos quando do nascimento, em função do sexo biológico. Percebe-se que o esperado é que, naturalmente, todas as pessoas sejam cisgêneras, num exemplo de perfeito ajuste entre o corpo biológico, a posição e o objeto sexual. Quadro esse que a psicanálise se contrapõe na medida em que aponta para a diversidade de possibilidades ou configurações na esfera da sexuação.

A partir do exposto, podemos considerar que situações como estigma, preconceito e discriminação em relação à vivência afetivo-sexual são fatores de risco para a violência autoprovocada. Segundo Botega (2015), tais questões são localizadas como fatores de risco sociodemográficos e psicossociais.

No Brasil, em relação às questões de orientação afetivo-sexual e identidade de gênero, o Grupo Somos é reconhecido como precursor nos movimentos sociais. Aos poucos, foram agregadas outras minorias ao movimento, que é composto hoje pelas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e intersexuais, podendo ser utilizada para se referir ao grupo a sigla LGBTI+, que foi ganhando visibilidade e se fortalecendo na luta enquanto um

movimento político de afirmação de direitos e com efeitos na academia, com estudos e pesquisas associadas à temática. Foi a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde que a orientação afetivo-sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social da saúde, com a inclusão desses itens nos formulários da área da saúde (BRASIL, 2013).

A oferta de atenção pela Rede de Saúde, tanto nas situações de tentativas quanto de autolesão sem intenção suicida, deve se dar, por se tratar de um fator de risco para o suicídio, e além disso, por imperícia, o indivíduo pode produzir lesões tão profundas que tenham a possibilidade de levar à morte. Em relação a autolesão sem intenção suicida, acredita-se que a maioria dos casos de reincidência estariam associados às situações em que a vivência afetivo-sexual não corresponderiam ao padrão cultural vigente, o que corresponderia, possivelmente, a uma experiência de dificuldade na reedição da sexualidade que se dá na adolescência e em situações de estigmatização pelos grupos sociais.

Considerando que a adolescência seria um momento de maior vulnerabilidade em função das mudanças vivenciadas neste momento que envolvem tanto os aspectos associados a um novo corpo quanto à mudança nas relações sociais e certo afastamento das referências parentais, o objetivo deste trabalho foi identificar se os casos de reincidência em violência autoprovocada ocorrem com maior frequência entre os adolescentes, especificamente, quando a definição da sexuação se dá fora do padrão esperado pela sociedade heterocisnormativa.

Método

Tipo de estudo e aspectos éticos

Trata-se de um estudo no campo da epidemiologia, do tipo ecológico, de caráter exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, e uso de fontes de dados secundárias. O estudo ecológico pode ser definido como o tipo de estudo em que as unidades de análise são grupos ao invés de indivíduos (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

Este estudo utilizou como fonte secundária dados referentes a lesões autoprovocadas, que foram extraídos do banco de dados do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan), do ano de 2016, recebidos após assinatura de termo de compromisso.

Seguindo as diretrizes da Resolução nº. 510, de 07 de abril de 2016, expedida pelo Conselho Nacional de Saúde, este estudo não carece de parecer pelo sistema CEP/CONEP,

por se tratar de pesquisa com banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

Fonte de informações

Os profissionais de saúde, durante sua atuação ao se depararem com o fenômeno da violência, além de acolhimento do caso, devem preencher a ficha específica que é encaminhada à vigilância epidemiológica do município, que faz o lançamento dos dados no SINAN. A Portaria MS/GM nº 1.271 de 6 de junho de 2014 define “[...] a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal [...]” (BRASIL, 2016, p. 12). Essa medida visa contribuir para o adequado acolhimento e seguimento de atendimento nas situações recebidas nos serviços de saúde.

A ficha deve ser utilizada para os casos confirmados e suspeitos das mais diversas formas de violência, como a doméstica, a sexual, o trabalho escravo e o infantil, a violência contra crianças, adolescentes, idosos e as minorias, população indígena e LGBTI+ (BRASIL, 2016). Como violência, considera-se a ação ou a omissão realizada de forma intencional que possa causar “[...] dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial [...]” (BRASIL, 2016, p. 23). A Organização Mundial da Saúde a divide em três categorias, de acordo com quem a comete, podendo ser autoprovocada, interpessoal ou coletiva.

Após o preenchimento da ficha em cada serviço, ela é direcionada para a Vigilância Epidemiológica Municipal, que lança os dados no sistema, estes depois de analisados e ajustados ficam disponíveis como acesso público via DATASUS.

Análise dos dados

Realizou-se uma análise descritiva das características sociodemográficas dos casos de lesões autoprovocadas, tais como idade, escolaridade, raça/cor, presença de transtornos mental e de comportamento, local de ocorrência – dentro do recorte orientação afetivo-sexual e identidade de gênero. Buscou-se, em seguida, identificar a associação das variáveis orientação afetivo-sexual e identidade de gênero com a repetição da violência, comparando com a população em que a questão da sexualidade encontra-se no padrão heterocisnormativo, separando por faixa etária, delimitando-se com isso, o universo do estudo. Na sequência, foi

realizado o cálculo da medida de intensidade de associação, utilizando-se o "odds ratio" (odds). As tabelas com os dados ofertados pelo Ministério da Saúde foram organizadas e estruturadas para análise no software R (<https://www.r-project.org/>), e o Programa Excel foi utilizado para organização das planilhas.

Para fins deste trabalho, utilizou-se as definições baseadas no Instrutivo Viva 2016. Quanto à orientação afetivo-sexual, define-se como heterossexual, a pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica; como homossexual (gays/lésbicas), a pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica, e bissexual como a pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero, ficando restrita a opção ignorado para quando não houver informação disponível sobre a orientação afetivo-sexual (BRASIL, 2016).

Em relação à identidade de gênero, definiu-se que travesti deve ser a opção marcada para a pessoa do sexo masculino que deseja ser reconhecida socialmente como mulher, mas não apresenta conflito com seu sexo biológico e sua genitália; mulher transexual para a pessoa que nasceu com sexo masculino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino; homem transexual para a pessoa que nasceu com sexo feminino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino (BRASIL, 2016)

Em relação aos transtornos, delimita-se que 'transtorno mental' compreende os quadros, como por exemplo: esquizofrenia, transtorno bipolar afetivo, transtorno obsessivo compulsivo, dependência de álcool e outras drogas. Já o 'transtorno de comportamento' é compreendido, dentre outros, como os distúrbios emocionais, de conduta e de funcionamento social (BRASIL, 2016).

Resultados

O levantamento realizado aponta que em 2016 foram registradas 274.657 ocorrências de violência no Brasil, sendo 45.549 (16,58%) dos registros referentes à lesão autoprovocada. Do montante a que se refere à lesão autoprovocada, 1.755 fichas são de indivíduos que se declararam quanto à orientação afetivo-sexual e identidade de gênero, diferente do padrão heterocisnormativo, definido como LGBTI+.

Caracterizando a população LGBTI+, tem-se que quanto à escolaridade, a maioria apresenta ensino médio completo, com 379 (21,60%) registros, e fundamental completo foram 347 (19,77%). Em relação à raça/cor, 928 (52,88%) se declararam brancos e 563 (32,08%) pardos. Negros foram 138 (7,86%), amarelos um total de 12 (0,68%), indígenas 16

(0,91%) e 98 (5,58%) casos como ignorados.

Identificando as fichas por região, identificou-se que a maioria dos registros foi da região Sudeste, 873 (49,74%), seguida da região Sul com 400 (22,79%), 229 (13,05%) das fichas foram do Nordeste, 123 (7,01%) do Centro Oeste e 130 (7,41%) do Norte.

Quanto à situação conjugal, a maioria se declarou solteiro com 1.015 (57,83%) dos registros e 488 (27,81%) se declararam casados ou com união consensual. Considerando os transtornos, 193 (11,00%) registros foram identificados com transtorno do comportamento e 180 (10,26%) com transtorno mental.

Quanto à identidade de gênero, 454 (25,87%) se identificaram como transmulher, 172 (9,80%) como transhomem, 84 (4,79%) como travesti. Em relação à orientação afetivo-sexual, 1.106 (63,02%) se declararam como homossexuais, 504 (28,72%) como heterossexuais e 145 (8,26%) como bissexuais.

O principal local de ocorrência das lesões foi a residência com 1.457 (83,02%), seguido da via pública com 129 (7,35%). Para a maioria, a violência constatada aconteceu pela primeira vez, representado por 831 (47,91%) registros. Em 753 (42,91%) registros foi relatado que a lesão autoprovocada já aconteceu outras vezes.

Em relação à motivação da violência, 208 (11,85%) registros apresentaram o conflito geracional como fator que motivou a violência, já em 50 (2,85%) fichas a homofobia/bifobia/transfobia foi apontada como o fator desencadeante da autoagressão, e para 41 (2,34%) o sexismo estava na base do comportamento. O principal meio usado para a violência autoprovocada foi o envenenamento com 848 (48,32%) dos registros, em segundo lugar com 273 (15,56%) registros, os objetos pérfuro-cortantes ficaram identificados como o método usado.

Comparando a presença da repetição da violência, identificou-se que do total de 45.549 fichas de lesão autoprovocada, a população geral corresponde a 43.794 ocorrências, dessas 14.164 (32,34%) a lesão aconteceu outras vezes. Na população LGBTI+, do total de 1.755 fichas, em 753 (42,91%) ela ocorreu outras vezes. Ressalta-se, então, que na população LGBTI+ a chance de ocorrência da lesão autoprovocada é 57% maior comparada a população geral (odds 1,5 / IC: 1,43 - 1,73).

Segregando a amostra acima, da população LGBTI+ por orientação afetivo-sexual, das 1.106 pessoas que se identificaram como homossexuais, 476 (43,04%) declararam que a lesão autoprovocada aconteceu outras vezes. Foram 504 pessoas que se identificaram como transexuais/travestis, das quais 188 (37,30%) apresentaram repetição do comportamento. Já 145 pessoas se autodenominaram bissexuais, sendo que em 89 (61,38%) dos casos houve

repetição da lesão. Ressalta-se que no caso dos bissexuais, a quantidade de casos em que houve repetição da lesão foi maior, o que diferiu do grupo transexuais/travestis e homossexuais. Pode-se concluir que a maioria das pessoas bissexuais, em situação de violência autoprovocada no referido ano, apresentaram repetição do comportamento, ou seja, a notificação feita não corresponde ao primeiro evento em sua vida, o que demonstrou que há três vezes maior chance de reincidência de lesão nessa população (odds 3,32 / IC: 2,34 - 4,65).

Quanto à faixa etária, foram identificados 434 (24,73%) adolescentes, 609 (34,70%) adultos jovens, de 20 a 29 anos, 654 (37,26%) adultos de 30 a 59 anos e 58 (3,31%) idosos. Dentro da população LGBTI+, comparando por faixa etária, o grupo que apresentou maior reincidência no comportamento de autolesão foi o adulto jovem, em que 283 (46,47%) casos foram de repetição, sendo identificado, portanto, como grupo que apresentou risco 81% maior (odds 1,81 / IC: 1,55 - 2,13).

Associando a faixa etária com as questões relativas à orientação afetivo-sexual, temos que, entre os que responderam que a orientação era homossexual, a faixa etária em que se destaca a repetição da violência autoprovocada é o adulto jovem (47,33%), apontando para o risco 87% maior comparado à população geral (odds 1,87 / IC: 1,55 - 2,28).

Considerando as fichas em que a identidade de gênero foi marcada como transexuais/travestis, a faixa etária em que se destaca a reincidência da lesão autoprovocada é o adulto (44,26%), apresentando um risco 66% maior de reincidência da violência autoprovocada comparando com a população geral (odds 1,66 / IC: 1,28 - 2,15).

Considerando a população que se identificou como bissexual por ocasião do preenchimento das fichas, destaca-se o adulto jovem (70%), com quatro vezes mais chance para lesão autoprovocada, comparada à população geral (odds 4,88 / IC: 2,81 - 8,48).

Os achados demonstram que, no recorte populacional de adultos jovens e bissexuais, o risco de ocorrência de repetição de lesão autoprovocada é superior dentro do grupo LGBBTI, e em relação à população geral, a chance de reincidência é 4 vezes maior (odds 4,88), conforme tabela 1.

Tabela 1. Reincidência da violência autoprovocada na população LGBTI+ em comparação com a população geral no Brasil no ano de 2016

	Lesão autoprovocada				Total	odds	IC
	Outras vezes - Sim		Outras vezes - não				
Homossexual adolescente (10 a 19 anos)	120	43,01%	159	56,99%	279	1,58	1,25 - 2,00
Homossexual adulto jovem (20 a 29 anos)	195	47,33%	217	52,67%	412	1,88	1,55 - 2,28
Homossexual adulto (30 a 59 anos)	151	39,22%	234	60,78%	385	1,35	1,09 - 1,66
Homossexual idoso (60 ou mais)	10	33,33%	20	66,67%	30	1,04	0,49 - 2,23
Transexual adolescente (10 a 19 anos)	28	26,67%	77	73,33%	105	0,76	0,49 - 1,17
Transexual adulto jovem (20 a 29 anos)	46	33,58%	91	66,42%	137	1,06	0,74 - 1,51
Transexual adulto (30 a 59 anos)	104	44,26%	131	55,74%	235	1,66	1,28 - 2,15
Transexual idoso (60 ou mais)	10	37,04%	17	62,96%	27	1,23	0,56 - 2,69
Bissexual Adolescente (10 a 19 anos)	30	60,00%	20	40,00%	50	3,14	1,78 - 5,53
Bissexual Adulto jovem (20 a 29 anos)	42	70,00%	18	30,00%	60	4,88	2,81 - 8,48
Bissexual adulto (30 a 59 anos)	16	47,06%	18	52,94%	34	1,86	0,95 - 3,65
Bissexual idoso (60 ou mais)	1	100,00%	0	0,00%	1	0	0
Outros	14164	32,34%	29630	67,66%	43794		

Discussão

Identificar a reincidência da violência autoprovocada ajuda a proceder a uma adequada avaliação de risco, reconhecendo o ciclo emocional da autoagressão e ofertando acompanhamento adequado para o paciente. Desde a primeira vez que acontece a autolesão, a pessoa pode ser inserida em uma rede de cuidados, que oferte espaço de escuta ao sofrimento como forma de favorecer a construção de outras saídas.

No contexto das Políticas Públicas, o usuário pode ser acompanhado na Atenção Básica em encontros regulares com inserção em atividades coletivas e discussão de caso via matriciamento junto aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Se o comportamento for persistente, nota-se a necessidade, além das ações pontuadas anteriormente, avaliar a pertinência de encaminhar para o CAPS, para acompanhamento com equipe multiprofissional (VOLKMER, 2019). O aumento da frequência muitas vezes associa-se ao aumento da gravidade e dos tipos de lesão, além de se transformar num padrão que quanto mais estabelecido, mais difícil de ser trabalhado visando a melhora do quadro. Demonstra-se, assim, a importância do conhecimento em relação à saúde mental, bem como dos fluxos de referência e contra-referência para prosseguimento no acompanhamento dos casos, dando a devida atenção.

Neste trabalho, identificou-se que em 42,91% das fichas foi relatado que houve repetição do comportamento de se ferir e em 47,35% dos casos não houve repetição. Nos dados do Boletim epidemiológico (BRASIL, 2017a), pode-se identificar que, em relação a investigação sobre este fator, houve um elevado número de registros como ignorado, que correspondeu a 16% das fichas, já os que afirmaram que a lesão ocorreu pela primeira vez correspondeu a 43% e que afirmaram que houve repetição foi 30,41%. Em relação ao presente estudo, chama atenção para o baixo número de registros ignorados, com 9,74% apenas, apresentando menor disparidade que o Boletim.

Ao associar os itens reincidência, orientação afetivo-sexual e identidade de gênero com faixa etária, comparando com a população geral, tem-se que o adulto jovem homossexual apresenta um risco 87% maior, o adulto transexual/travesti um risco 66% maior e o adulto jovem bissexual apresenta quatro vezes maior chance de reincidência da violência. Pode-se, portanto, constatar que a população LGBTI+ encontra-se em maior risco para a reincidência da violência autoprovocada comparada à população geral, e dentro desse grupo, os jovens adultos bissexuais se destacam, apresentando maior chance de repetição das autoagressões.

Uma forma de discutir tal temática é por meio da questão do preconceito e estigma que envolve a referida população. Nesse ínterim, alguns trabalhos discutem o assunto, associando inclusive com a identificação da motivação da violência autoprovocada. Constatou-se, neste trabalho, que dentre as causas identificadas pela população delimitada, a motivação mais fortemente associada às lesões autoprovocadas foram em primeiro lugar o conflito geracional, seguido de homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, e em terceiro lugar sexismo. Baiocco et al. (2015) pontuam que existem fortes evidências de que a população LGBTI+ apresenta níveis mais altos de ideação suicida do que os heterossexuais. Acrescentam que dentre os fatores envolvidos em sua pesquisa, a orientação sexual foi o preditor mais forte junto com a presença de sintomas depressivos. Comentam que a elevada taxa de suicídio está associada ao estigma social, preconceito e discriminação associada a esse recorte populacional. Ploderl et al. (2013) afirmam que as minorias sexuais encontram-se em maior risco em relação ao suicídio e tentativas de suicídio quando comparadas aos heterossexuais.

Williams et al. (2019), em sua proposta de trabalho de revisão sistemática, apresentam que em relação às minorias sexuais existem fatores específicos que aumentam o risco para os comportamentos suicidas, afirmando que o estigma, preconceito e discriminação afeta a saúde mental dos indivíduos. Acrescentam que a homofobia internalizada pode ser um fator de impacto na autopercepção. Ferlatte et al. (2015) sugerem que as experiências de violência e marginalização impactam de modo a aumentar o comportamento suicida entre os homens gays e bissexuais canadenses, afirmando que os mesmos acabam por apresentar um risco aumentado em comparação aos homens heterossexuais naquele país. O estudo que realizaram discute as causas associadas ao comportamento suicida, apontando para a questão da marginalização, violência, agressão sexual e discriminação no local de trabalho, sendo que em relação aos jovens, estes sofreram os níveis mais altos de assédio sexista. Pontuam que esses achados foram similares a trabalhos anteriores e ressaltam o diferencial sobre a discriminação no local de trabalho como um novo dado que a pesquisa revelou. Afirmam a presença da homofobia, que vai na contramão da diminuição dos crimes de ódio no Canadá, e que os primeiros são mais violentos em termos de lesionar a vítima. Dado que deve ser amplamente considerado uma vez que identificaram que o fato de sofrer violência física em função das questões da sexualidade impactou em três vezes mais as chances de tentativa de suicídio (FERLATTE et al., 2015).

Em termos gerais, autores identificam a população LGBTI+ como grupos de alta vulnerabilidade para o comportamento suicida (BAÉRE, 2018; BOTEGA, 2015). Além disso,

há que se comentar a diferença identificada dentro do grupo LGBTI+ em relação à reincidência que se destacou nos jovens adultos bissexuais. Nessa discussão, dentro do contexto da vulnerabilidade, cabe destacar os achados que consideram que dentro do grupo LGBTI+ é possível identificar uma parcela que estaria ainda mais em risco para a violência autoprovocada, como constatado neste estudo.

Em Teixeira Filho e Rondini (2012) encontra-se uma pesquisa desenvolvida com estudantes no interior de São Paulo, que identificaram que as tentativas de suicídio eram mais frequentes entre os não heterossexuais, e dentro desse grupo, os que se denominaram bissexuais apresentaram ainda maior risco. Em Baére (2018) identifica-se que há uma história mais intensa de sofrimento psíquico entre os bissexuais que participaram da pesquisa do que entre os demais, como gays e lésbicas. Pode-se discutir a questão da monossexualidade como norteador dessa diferença.

O monossexismo pode ser entendido, de acordo com Coelho (2019), como a norma que considera que as pessoas são naturalmente monossexuais, “considerando a monossexualidade como natural e padrão, e a bissexualidade como uma identidade inválida, inexistente, ilegítima ou de menor valor que as identidades lésbica, gay e heterossexual” (COELHO, 2019, p. 255). A autora afirma que é na bifobia que aparecem as marcas da vertente monossexista. Contudo, a bifobia não está presente, segundo ela, apenas na relação entre os heterossexuais e os não heterossexuais, mas está nas relações entre as mulheres e homens dentro da população LGBTI+, pois muitas vezes o fato de ser afirmar bissexual leva a diversos equívocos.

Um deles é o entendimento da bissexualidade como uma paralização no desenvolvimento – como já fora afirmado a partir de leituras da psicanálise; ou como uma dificuldade em se decidir, trazendo uma conotação de que a pessoa bissexual está “cima do muro”, confusas em relação à própria sexualidade; ainda há outra situação, que é de associar a bissexualidade com o que seria um excesso de sexualidade e promiscuidade, o que levaria ao maior risco de violência doméstica, sexual e psicológica seja no interior das parcerias afetivo/sexuais seja nas relações cotidianas. Coelho (2019, p. 226) pontua na contramão dessa vertente que “[...] tal como a mulher heterossexual ou a lésbica, a mulher bissexual pode se relacionar monogamicamente e cumprir acordos de seu relacionamento. De igual modo, pessoas de todas as orientações sexuais também podem descumpri-los ou estabelecer outros arranjos”.

Caracterizando os demais achados neste estudo, o meio mais utilizado para a autoagressão foi envenenamento seguido de perfuro-cortantes, o mesmo que o encontrado no

estudo de Bahia et al. (2017) em relação às lesões autoprovocadas em serviços de urgência e emergência nas capitais utilizando-se a base de dados do Viva Inquérito 2014. Também em Monteiro et al. (2015) foi identificado que as autointoxicações intencionais por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas ocupou o primeiro lugar nas taxas de internação total. Rosa et al. (2016) identificaram por meio de estudo descritivo, de corte transversal, num serviço de emergência, que os métodos mais encontrados nas tentativas de suicídio foram o uso de objeto cortante seguido de intoxicação, já em relação ao “[...] suicídio, ocupou o destaque o enforcamento seguido da precipitação de lugar elevado” (Rosa et al., 2016, p. 234). De 1980 a 2006, conforme Lovisi et al. (2009), foi identificado que o enforcamento, armas de fogo e envenenamento ocuparam as três primeiras posições em relação ao suicídio.

Rosa et al. (2016) chamam atenção para o fato de que na utilização de métodos mais violentos, tem-se com mais frequência o resultado de óbito, uma vez que métodos que apresentem menor grau de letalidade favorecem que possa haver resgate pelos profissionais intervindo na condição, podendo desse modo, impactar na sobrevivência.

Uma importante discussão realizada por Rigo (2013), em que considerou por meio da psicanálise a distinção entre passagem ao ato e *acting out*, contribui para analisar os dados acima. Ela considera “A clínica com esses sujeitos, contudo, nos leva a estabelecer uma diferença entre o ato suicida cuja intenção de morte é incontestável daquele em que o sujeito inconscientemente deseja que fracasse” (RIGO, 2013, p. 34). Segundo a autora, pela psicanálise, pode-se identificar os fenômenos denominados de *acting out* e de passagem ao ato que contribuem para a leitura dos atos.

No primeiro caso, percebe-se que há no ato uma demanda, que pode ser de amor, de reconhecimento ou mesmo de atenção. O sujeito faz um apelo ao outro por meio de uma cena que ele cria e nela se insere. Já no segundo caso, há um sujeito que sai de cena por meio de um ato radical. É um sujeito que se identifica ao resto, como dejetivo do mundo, que segundo Rigo (2013), não se reconhece mais como um sujeito historiado. Nesse caso, é mais comum que o ato seja levado a cabo com mais chances de ser efetivamente um ato suicida nomeado de bem sucedido, uma vez que há menos chance de salvamento. Deve-se considerar que, em qualquer dos casos, existe a presença de um sofrimento, do qual o sujeito encontra-se em dificuldade de nomear, encontrando no ato uma saída para sua dor.

Identificou-se que na amostra selecionada no atual estudo, a maioria tem ensino médio completo, se consideram brancos, são moradores da região sudeste e solteiros. Quanto às regiões brasileiras, em um estudo sobre internações relacionadas às lesões autoprovocadas intencionalmente, Monteiro et al. (2015) identificaram que no período de 2002 a 2013, a

região sudeste foi a que apresentou a maior proporção de internações e também de óbitos hospitalares, o que coincide com os achados no presente trabalho, que demonstrou ainda que o Sul ocupa o segundo lugar.

Bahia et al. (2017), em um estudo que procurou caracterizar o perfil das vítimas de violência autoprovocada que procuraram serviço de urgência, identificaram em relação ao item à raça/cor, que a maioria das vítimas de lesão autoprovocada na população geral eram de cor de pele preta ou parda, e ocupando o segundo lugar, pele branca. No presente estudo, que delimitou o recorte populacional LGBTI+, constatou-se que a população que se destaca é de pele clara.

Em relação à escolaridade, quanto a população LGBTI+ no ano de 2016, o presente estudo identificou que 21,60% da amostra possuía nível médio completo, a minoria com 64 fichas correspondendo a (3,65%) apresentava nível superior. Bahia, et al. (2017), comparando as vítimas de violência, identificaram que as de lesão autoprovocada apresentaram maior escolaridade do que as vítimas das outras formas de violência e concluíram que, em termos gerais, quanto maior a escolaridade, menor a chance de violência.

É importante observar que o banco de dados utilizado para esta investigação tinha uma grande quantidade de informações ausentes em relação ao nível educacional das pessoas atendidas, correspondendo a 30,43%. A ausência de tais informações se repete no trabalho de Lovisi et al. (2009), correspondendo a 43,5%, dos dados. A ausência de informação sobre escolaridade leva a pensar na pouca importância dada no momento do preenchimento dos dados. Sabe-se que a educação é um dos fatores que estão descritos como condicionantes da situação de saúde, e que o dado estando bem delimitado, poderá contribuir para se pensar na articulação de estratégias de trabalho entre as Secretarias de Saúde e de Educação na abordagem tanto das questões da sexualidade quanto das questões da violência dentro de seus programas e rotinas de trabalho.

Quanto à situação conjugal, considerando a população LGBTI+ em situação de violência autoprovocada em 2016, identificou-se que a maioria se declarou solteiro, o que coincide com os achados de Lovisi et al. (2009) em seus estudos sobre o suicídio, em que relataram existir mais casos de suicídios entre indivíduos sem companheiros em todas as regiões do país. Botega (2015), quando da caracterização de fatores sociodemográficos, aponta os estados civis viúvo, divorciado e solteiro, principalmente para os homens, como de risco para o suicídio.

No presente trabalho, identificou-se que a maior parte da amostra se encontra na faixa etária dos adultos jovens, ou seja 20 a 29 anos, e a menor entre os idosos. Rosa et al. (2016),

em sua pesquisa, identificaram a faixa etária de 20 a 39 anos como a que apresentou as maiores taxas de tentativas e de suicídios. Em Monteiro et al. (2015), as internações por violência autoprovocada concentraram-se entre 30 a 49 anos de idade para os homens, enquanto para as mulheres foi entre 20 a 29 anos. No Viva-Inquérito de 2014, os adultos corresponderam a maior parte dos atendimentos (BAHIA et al., 2017). Os trabalhos citados acima estudaram a população geral, sem diferenciar as questões acerca da sexualidade.

No Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, afirmou-se que as maiores taxas de suicídio foram observadas na faixa etária de 70 anos (BRASIL, 2017a), já a presença da lesão autoprovocada se concentrou nas faixas etárias de 10 a 39 anos, representando 70,1% dos casos (BRASIL, 2017a). Usando a mesma delimitação de idade, no presente estudo, a taxa foi de 80,57%, o que demonstra que no ano de 2016, no recorte populacional LGBTI+, a maioria dos casos se concentrou entre adolescentes e jovens em idade produtiva. Botega (2015) afirma que os coeficientes de suicídio tendem a aumentar com a idade, mas as tentativas são mais comuns no grupo etário mais jovem. Entre os idosos o que ocorre é o uso de métodos mais letais, associado a maior determinação e intencionalidade e um corpo menos resistente, o que impacta em maior presença de óbitos por essa causa.

Nos estudos sobre adolescência, Plener (2016) pontua que a presença de autolesão não suicida é mais frequente em jovens e com a função de aliviar sentimentos negativos. Postula-se que o número diminuído de fichas em relação a essa faixa etária, no presente trabalho, pode ser explicado em função de muitos comportamentos de autolesão levarem a ferimentos de menor grau, que tendem a ser escondidos, em regiões de pouca visibilidade demandando menos atendimento o que acarretaria no registro da notificação, impactando nos dados.

Em relação aos transtornos mentais e comportamentais, em mais de 70% das fichas a informação estava ausente, tendo sido identificado os dois tipos de transtorno em pouco mais de 10% dos entrevistados. Talvez a dificuldade de compreensão em relação aos tipos de transtornos e o fato de o Instrutivo orientar que a informação deva ser comprovada leve ao preenchimento de muitos como ignorado. A presença de transtorno mental é “(...) quase essencial, ainda que insuficiente, para o suicídio” (BOTEGA, 2015, p. 96). Em outro trabalho, D’Oliveira e Botega (2006) os consideram fatores de risco para o suicídio. Na pesquisa de Rosa et al. (2016), os transtornos mentais e de comportamento estavam associados como fatores agravantes para o comportamento suicida. Trazendo a relação entre os transtornos e as questões da sexualidade, King et al. (2008) pontuam que o grupo LGBTI+ apresenta um risco maior para o comportamento suicida, para transtornos mentais e de comportamento, quando comparados com os heterossexuais.

O local de ocorrência que se destacou foi o domicílio, com 83,02% dos casos, o que segue a tendência do encontrado por Bahia et al. (2017) com 86,4%, e também pelo Boletim epidemiológico (BRASIL, 2017a), em que foi a escolha em 72,4% dos casos notificados. Conclui-se que o recorte populacional deste trabalho está na mesma tendência em relação à população geral identificada nos diversos estudos.

Abordar as questões em torno da violência autoprovocada na população LGBTI+ por meio dos dados da Ficha de Notificação mostra-se como um importante recurso para a identificação das variáveis em relação a esse recorte populacional, de modo a favorecer a organização das Políticas Públicas de Saúde, que devem focar a prevenção da violência autoprovocada, bem como favorecer o adequado acolhimento e manejo dos casos nos serviços de saúde.

Com esse intuito, o presente trabalho buscou caracterizar a população que sofreu violência autoprovocada em 2016, associando as variáveis relativas à orientação afetivo-sexual e identidade de gênero, com faixa etária e repetição do comportamento de autolesão.

Segundo Volkmer, (2019), dentre os fatores de risco para o suicídio estão história de tentativas de suicídio ou autoagressão, histórico de transtorno mental; situação atual ou anterior de violência intra ou extrafamiliar; história de abuso sexual e suicídio na família. As populações que estão mais vulneráveis a pressões sociais e discriminação, como: LGBTI+, indígenas, negros e pessoas em situação de rua estão entre as que se destacam no comportamento referido, portanto, deve-se considerar que a população LGBTI+, que esteja vivenciando situação atual de violência e que esteja em situação de violência autoprovocada deve ser alvo de cuidados específicos no que se refere à saúde mental. As questões de violência como fatores sociais, estigmas, preconceitos, comportamentos homofóbicos impactam nesses sujeitos, portanto, há que se trabalhar em várias vertentes, a nível educacional e social para contribuir para a mudança na relação com as minorias, o que poderá efetivamente mudar os indicadores em relação à violência autoprovocada.

São vários os fatores que estão associados ao comportamento de autoagressão sem intenção suicida que também estão na base do comportamento suicida, portanto, agir de forma preventiva é atuar a partir da identificação dos fatores de risco e de proteção, minimizando os primeiros e potencializando os segundos fatores com cada indivíduo a partir da sua singularidade, dentro de uma Rede de Atenção que esteja preparada para a abordagem de um quadro tão impactante quanto singular.

As questões de saúde da população LGBTI+ começaram a ser alvo de atenção do Ministério da Saúde a partir da década de 1980, com a adoção de estratégias associadas ao

Programa de HIV/Aids, em associação com os movimentos sociais que defendiam o grupo. Apenas em 2011, foi efetivada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que é composta por um conjunto de diretrizes, partindo da concepção do novo conceito de saúde, considerando que este é também efeito de questões políticas e sociais, além do acesso aos serviços. A Política visa atuar na determinação social da saúde, com enfoque na redução das desigualdades associada ao grupo delimitado (BRASIL, 2011). Conforme dados identificados neste trabalho, pode-se reafirmar que a população LGBTI+, por se caracterizar como mais vulnerável para as questões de violência autoprovocada, carece de abordagens específicas para apoio, suporte e acolhimento, numa perspectiva de enfrentamento da violência. Portanto, a continuidade da implementação da Política se faz necessária.

Considerações finais

Abordou-se dois temas tabus, sendo o suicídio e as questões em torno da sexualidade, numa tentativa de analisar de que forma se entrelaçam, visando contribuir com a discussão no contexto das Políticas Públicas. Sendo assim, neste estudo pode-se verificar que a população LGBTI+ encontra-se em maior risco para a reincidência da violência autoprovocada, comparada à população geral, e dentro desse grupo, os jovens adultos bissexuais se destacam, apresentando maior chance de repetição das autoagressões.

Dentre as limitações deste estudo, ressalta-se a quantidade de dados preenchidos como ignorados nas Fichas de Notificação, o que dificulta uma caracterização mais detalhada das variáveis sociodemográficas, bem como das questões em torno do comportamento suicida. Além disso, identificou-se que poucos são os trabalhos nacionais que abordam a temática específica dentro da população LGBTI+. E dentro do recorte da repetição da violência não se identificou trabalhos que pudessem ser utilizados de forma comparativa ao estudo aqui desenvolvido, mais especificamente.

Apesar de todas as limitações e lacunas, ressalta-se a originalidade deste trabalho por apresentar as variáveis dentro da própria população LGBTI+, o que teoricamente vem sendo produzido na literatura, mas não foram identificados trabalhos que abordem esses dados quantitativamente no contexto brasileiro.

Além disso, por se tratar de um assunto permeado por estigmas, acredita-se que exista a dificuldade de alguns profissionais em abordar a temática com os pacientes, retratando a

subnotificação que se constata no contexto da violência, considerando-se que seja ainda maior a subnotificação associada às questões da sexualidade.

Os achados, portanto, apontam para a necessidade de melhoria no preenchimento dos dados da ficha, o que demanda treinamento e sensibilização dos profissionais de saúde para a importância desse recurso, que visa a organização das Políticas Públicas. Ressalta-se que, apesar de instituída a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em 2013, ainda há muito o que se fazer para reduzir a estigmatização e as violências que acometem esse grupo populacional, fatores esses que impactam na saúde como um todo, bem como nas relações sociais, educacionais e de trabalho.

A questão da violência autoprovocada, tomada como uma questão de saúde pública, demanda a organização da Rede de Atenção em Saúde para trabalhar com a prevenção, a identificação precoce e o acompanhamento, atuando de forma a favorecer a diminuição dos casos, prevenindo aqueles que podem ser prevenidos. Nesse contexto, tem-se levado em consideração a visão de fatores de risco e de proteção tanto para identificação no momento do acolhimento do paciente, encaminhamento e manejo adequado dos casos, quanto para a construção de Políticas Públicas pertinentes. E a estigmatização em relação à sexualidade no contexto geral, bem como dentro do próprio grupo LGBTI+, mostraram ser fatores de risco para o comportamento de autoagressão.

Referências bibliográficas

- BAÉRE, F. A mortífera normatividade: o silenciamento das dissidências sexuais e de gênero suicidadas. **Rebeh - Revista Brasileira De Estudos Da Homocultura**, v. 2, n.01, p. 128-140, 2019. Disponível em: <<http://www.revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/225>>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos de vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017229.12242017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002902841&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 13 jan. 2019.
- BAIOCCO, R. et al. Suicidal Ideation among Italian and Spanish Young Adults: The Role of Sexual Orientation. **Archives of Suicide Research**, v. 19, n. 1, p. 75-88, 2015. DOI: 10.1080/13811118.2013.833150. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24846715>>. Acesso em: 13 dez. 2019.
- BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. de; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S87-S95, . 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2019.
- BOTEAGA, N, J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015, 302 p.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2 ed., São Paulo: Editora Santos, 2010, 213p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 17 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1. ed., 1 reimp. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**: Ministério da Saúde. v. 48 n. 30, 2017.

COELHO, F. Bissexualidade. In: FERRÃO, D.; CARVALHO, L. H.; COACCI, T. (Org.) **Psicologia, gênero e diversidade sexual: saberes em diálogo**. Belo horizonte: CRP04, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 510 de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 22 de mar. 2019.

D'OLIVEIRA, C.F.; BOTEGA, N.J. (org.) **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde – Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, p. 74, 2006. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

DUNKER, C. I. L. Um desejo avarento de tê-lo só para nós. In: IANNINI, G. (org.). **Caro Dr. Freud: respostas do século XXI a uma carta sobre homossexualidade**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, p. 38-43.

FERLATTE, O. et al. Suicide related ideation and behavior among Canadian gay and bisexual men: a syndemic analysis. **BMC public health**, 15, 597, 2015. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1961-5>

FREUD, S. Três Ensaio Sobre a teoria da sexualidade (1905). In: _____. **Um caso de Histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos**. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII. p. 119-217. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

HALICKA, J.; KIEJNA, A. Differences between suicide and non-suicidal self-harm behaviours: A literary review. **Archives of Psychiatry and Psychotherapy**. v. 17, n. 3, p. 59-63, sep., 2015. Disponível em: <http://www.archivespp.pl/uploads/images/2015_17_3/59Halicka_ArchivesPP_3_2015.pdf> doi: 10.12740/APP/58953. Acesso em: 11 nov. 2020.

KING, M. et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. **BMC Psychiatry** . 2008; 8: 70. Doi: 10.1186/1471-244X-8-70. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533652/>>. Acesso em: 13 de dez. 2019.

LANZ, L. Sempre preferi um vestido florido. In: IANNINI, G. (org.). **Caro Dr. Freud: respostas do século XXI a uma carta sobre homossexualidade**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, p. 66-75.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira Psiquiatria**, n. 31, 2009, p. 86-93. doi: 10.1590/S1516-44462009000600007.

MONTEIRO, R. A. et al. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente-Brasil, 2002 a 2013. **Ciência e Saúde coletiva**. v. 20, n. 3, p. 689-699, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.16282014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00689.pdf>. Acesso em: 13 de jan. de 2020.

MUEHLENKAMP, J. J. et al. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**. 2012. doi: 10.1186/1753-2000-6-10. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3348041/>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

PLENER, P. L. et al. The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. **BMC Psychiatry** **BMC series – open, inclusive and trusted**, 2016. Disponível em: <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-1060-x>>. Acesso em: 27 nov. 2019.

PLODERL, M. et al. Suicide Risk and Sexual Orientation: A Critical Review. **Arch Sex Behav**. n. 42, p. 715–727, 2013. DOI 10.1007/s10508-012-0056-y. Acesso em: 18 dez. 2019.

QUINET, A. Carta de Freud e resposta. In: IANNINI, G. (org.). **Caro Dr. Freud: respostas do século XXI a uma carta sobre homossexualidade**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, p. 153-158.

RIGO, S. C. Parte 1 -Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013, Capítulo III, p.30-42. ISBN: 978-85-89208-70-3.

ROSA, N. M. et al. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **Bras Psiquiatr**. v. 65, n. 3, p. 231-8, 2016. DOI: 10.1590/0047-2085000000129. Acesso em: 15 jan. 2020.

SANTIAGO, A. L. O saber do jovem. In: Uma Nova Juventude. **Revista Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n. 42, p.29-43, jul./dez. 2016.

STEVENS, A. Quando a adolescência se prolonga. **Opção Lacaniana Online Nova Série**. ano 4, n. 11, jun. 2013. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_11/Quando_adolescencia_prolonga.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 651-667, 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300011>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

VOLKMER, A. N. et al. **Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes**. Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Estado do Rio Grande do Sul. Comissão da Criança e do/a Adolescente, 2019.

WILLIAMS, A. J. et al. Examining risk factors for self-harm and suicide in LGBTQ+ young people: a systematic review protocol. **BMJ Open**. v. 9, n. 11, 2019. doi: 10.1136 / bmjopen-2019-031541. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6858144/>>. Acesso em: 13 dez. 2019.

4 CONCLUSÃO

A presente pesquisa procurou caracterizar a violência autoprovocada a partir do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes, com uma abordagem em torno das identidades de gênero e de orientação afetivo-sexual, para compreender a relação entre os casos de reincidência de violência autoprovocada entre adolescentes e a vivência de orientação afetivo-sexual e identidade de gênero não heterocisnormativo. Considerou-se que por ser a adolescência um período de maior vulnerabilidade em função das mudanças vivenciadas em vários aspectos, quais sejam, corporais, psíquicos e sociais, estariam em maior risco para a violência autoprovocada quando a definição da sexuação se dá fora da heterocisnormatividade, em função do estigma, preconceito e discriminação que está presente na sociedade atualmente.

Buscando responder aos objetivos foram produzidos dois artigos. No primeiro foi realizada a caracterização da violência autoprovocada, considerando o recorte do grupo LGBTI+, procurou-se comparar os dados encontrados e discutir sob a perspectiva do estigma e o impacto na saúde. No segundo artigo, o enfoque foi na reincidência do comportamento, contemplando o objetivo geral da pesquisa. Pode-se compreender a correlação entre os casos de reincidência da violência autoprovocada entre adolescentes e a vivência de orientação afetivo-sexual e identidade de gênero não heterocisnormativo. Identificou-se que no ano de 2016, para a maioria dos adolescentes dentro do recorte LGBTI+, a presença da violência autoprovocada se deu pela primeira vez, mas ao segregarem por subgrupos pode-se perceber que aqueles que se identificaram como bissexuais tiveram uma diferença significativa em que a maioria refere que a violência já ocorreu outras vezes. Surpreendeu os resultados para os adultos jovens, em que a disparidade foi ainda maior do que na adolescência, sendo que dentro do recorte LGBTI+, a maioria dos jovens adultos bissexuais afirmaram a presença da reincidência.

Quanto aos objetivos específicos, caracterizando segundo variáveis sociodemográficas, identificou-se que a maioria dos adolescentes tem escolaridade no nível fundamental completo, raça/cor referidos como brancos, da região sudeste e solteiros. Descrevendo os principais meios de violência autoprovocada utilizados e os encaminhamentos feitos após atendimento, pode ser visto que o meio principal foi envenenamento, o encaminhamento mais realizado foi para o conselho tutelar, não havendo encaminhamento para a saúde. Quanto aos transtornos mentais e comportamentais a maioria dos dados foi preenchido com ignorado.

Percebe-se que em relação a caracterização sócio demográfica e demais itens em torno da temática da violência, os adolescentes se apresentam da mesma forma que a população LGBTI+, o que se destaca, é a reincidência, no recorte associado à orientação afetivo-sexual, como bissexuais, destacando-se como a população mais vulnerável identificada neste estudo, o que coincide com achados internacionais ao estudarem a violência autoprovocada com esta variável.

Em relação às limitações deste estudo, pode-se identificar que a subnotificação é um os grandes desafios, uma vez que em função disso, considera-se que os dados estudados, não representam efetivamente toda a população em situação de violência autoprovocada, no ano de 2016. A subnotificação geralmente pode ser explicada, pela falta de treinamento e sensibilização dos profissionais para a importância do instrumento, pela dificuldade dos profissionais em abordar assuntos tabus, o que acarreta em fichas com os dados referentes as temáticas da sexualidade e da intencionalidade do ato e ainda dados sociodemográficos, em branco ou ignorado. Estima-se que o número de casos que não aparecem nos registros é em torno de vinte vezes maior que os dados conhecidos.

Além disso, identificou-se que poucos são os trabalhos nacionais que abordam a temática específica da violência autoprovocada dentro da população LGBTI+. E dentro do recorte da repetição da violência não se identificou trabalhos que pudessem ser utilizados de forma comparativa ao estudo aqui desenvolvido, mais especificamente.

Outra limitação, refere-se à metodologia escolhida, em função de ser um estudo ecológico, deve-se cuidar para que as conclusões não sejam utilizadas como forma de leitura do contexto individual, o que acarretaria em falácia ecológica, mas que as conclusões que podem ser inferidas através do estudo se referem especificamente à população estudada no ano de 2016.

Apesar da discussão sobre a temática presente neste trabalho, o assunto não se esgota, percebe-se a possibilidade de estudos futuros que possam acompanhar a série histórica para identificar o aumento ou a diminuição dos indicadores, tais como em quais regiões e faixas etárias, para poder adaptar os serviços, no contexto das Políticas Públicas, fomentando as ações de prevenção bem como maior preparação da Rede de Atenção para receber os casos e dar o adequado acompanhamento. Isso numa perspectiva de enfatizar a implementação da Política de Saúde Integral LGBTI+, uma vez que o estigma e preconceito impactam na saúde da população.

Considera-se ainda, a possibilidade de estudos em que se possa escutar a população referida, quanto às suas percepções e representações sobre o assunto.

Conclui-se que os dados encontrados apontam que tal população vive estigmas à partir do estabelecimento social de normas pautadas pela heterocisnormatividade, com impactos significativos em suas condições de saúde. Ressalta-se o cuidado necessário ao abordar tal temática de modo a não naturalizar a visão da violência autoprovocada associada ao grupo delimitado, numa perspectiva de não fomentar ainda mais a estigmatização.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artmed, 1981. 92p.
- APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARATANGY, E. W. et al (org). **Como lidar com a automutilação**: Guia prático para familiares, professores e jovens que lidam com o problema da automutilação.1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2017, 68 p.
- BAÉRE, F. A mortífera normatividade: o silenciamento das dissidências sexuais e de gênero suicidadas. **Rebeh - Revista Brasileira De Estudos Da Homocultura**, v. 2, n.01, p. 128-140, 2018. Disponível em: <<http://www.revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/225>>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- BAIOCCO, R. et al. Suicidal Ideation among Italian and Spanish Young Adults: The Role of Sexual Orientation. **Archives of Suicide Research**, v. 19, n. 1, p. 75-88, 2015. DOI: 10.1080/13811118.2013.833150. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24846715>>. Acesso em: 13 dez. 2019.
- BARRETO, R. C. V. Geografia da Diversidade: Breve Análise das territorialidades homossexuais no Rio de Janeiro. **Revista Latino-america de Geografia e Gênero**. Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p.14-20, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rllagg/article/view/1025>>. Acesso em: 17 dez. 2019.
- BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. de; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, supl. 2, p. S87-S95, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2019.
- BOTEAGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 18 de ago. 2019.
- BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 10.216, 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 15 já. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01**. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**.

2. ed. rev., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em <<http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/decreto/decreto-no-7-508-de-28-de-junho-de-2011>>. Acesso em 01 de fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 01 de fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1. ed., 1 reimp. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo Redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**: Ministério da Saúde. v. 48 n. 30, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017** - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014**. Brasília, DF, 2017. 218 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf>. Acesso em: 06 de mar. 2019.

BUTLER, J. R. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 236 p.

CAMILLOTO, B.; CAMILLOTO, L. Tolerância liberal e pluralismo: uma crítica a heteronormatividade. **RDFG – Revista de Direito da Faculdade Guanambi**. v. 4, n. 1, janeiro-junho 2017. Disponível em: <<http://revistas.faculdadeguanambi.edu.br/index.php/Revistadedireito/article/view/131>>. Acesso em 15 jul. 2019.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a Saúde Mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, VI, 1, 13-2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v6n1/1415-4714-rlpf-6-1-0013.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 236p.

COELHO, F. Bissexualidade. In: FERRÃO, D.; CARVALHO, L. H.; COACCI, T. (Org.) **Psicologia, gênero e diversidade sexual: saberes em diálogo**. Belo horizonte: CRP04, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP N° 001/99, de 22 de março de 1999**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf>. Acesso em: 12 dez 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018**. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 510 de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 22 de mar. 2019.

COSTA, B. P. Reflexões sobre Geografia e Homoerotismo: representações e territorialidades. In: SERPA, A., (Org.). **Espaços culturais: vivências, imaginações e representações** [online]. Salvador: EDUFBA, 2008, p.355- 392. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/bk/pdf/serpa-9788523211899.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2019.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Orgs.). **Atenção em Saúde Mental para Crianças e adolescentes no SUS**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2016, cap. 14, p.271-279.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-617, jul-set, 2000.

D'OLIVEIRA, C. F.; BOTEAGA, N. J. (org.) **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde – Estratégia Nacional

de Prevenção do Suicídio, 2006. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

DUNKER, C. I. L. Um desejo avarento de tê-lo só para nós. In: IANNINI, G. (org.). **Caro Dr. Freud: respostas do século XXI a uma carta sobre homossexualidade**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, p. 38-43.

EFREM FILHO, Roberto. Corpos brutalizados: conflitos e materializações nas mortes de LGBT. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 46, p. 311-340, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332016000100311&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2020.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Espaço Geográfico em Análise**. v.17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000109&pid=S1414-9893201300040001400020&lng=pt>. Acesso em: 24 de jun. de 2018

FERLATTE, O. et al. Suicide related ideation and behavior among Canadian gay and bisexual men: a syndemic analysis. **BMC public health**, 15, 597, 2015. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1961-5>

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio**: minidicionário da língua portuguesa. 7. ed., Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FREUD, S. Três Ensaios Sobre a teoria da sexualidade (1905). In: _____. **Um caso de Histeria, três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos**. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII. p. 119-217. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma** – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada Tradução: Mathias Lambert, Data da Digitalização: 2004, Data Publicação Original: 1891. Disponível em <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-114707-001.pdf>>. Acesso em 17 jul. 2019.

HALICKA, J.; KIEJNA, A. Differences between suicide and non-suicidal self-harm behaviours: A literary review. **Archives of Psychiatry and Psychotherapy**. v. 17, n. 3, p. 59-63, sep., 2015. Disponível em: <http://www.archivespp.pl/uploads/images/2015_17_3/59_Halicka_ArchivesPP_3_2015.pdf> doi: 10.12740/APP/58953. Acesso em: 11 nov. 2020.

JUCÁ, V. dos S.; VORCARO, A. M. R. Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. **Psicologia USP [on line]**, São Paulo, v. 29, n. 2, 2018. p. 246-252. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642018000200246&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 fev. 2019.

LANZ, L. Sempre preferi um vestido florido. In: IANNINI, G. (org.). **Caro Dr. Freud: respostas do século XXI a uma carta sobre homossexualidade**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, p. 66-75.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; ARRIGONI, R.; LEAL, B. M. M. L. A chegada ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi). In: **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (orgs.) 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2016, cap. 4, p.69-86.

LEIS, H. R. Especificidades e desafios da interdisciplinaridade nas ciências humanas. In: NETO, A. S.; PHILIPPI, A. Jr. (org) **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação**. Barueri: Manole, 2011, p.106-122.

LIMA, E. M. F. de A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate [online]**, v. 38, n.102, p. 593-606, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRET, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 12(4): 189 – 201, 2003 Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003> Acesso em: 13 mar. 2019.

LYKOUROPOULOS, C. B.; PÉCHY, S. H. S. O que é um Capsi? In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E., LYKOUROPOULOS, C. B. (orgs.) **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2016, cap. 5, p.87-99.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/violencia-e-saude>>. Acesso em 27 jan. 2020.

MISKOLCI, Richard. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n. 21, jan./jun. 2009, p. 150-182. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/08.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2019.

MONTEIRO, R. A. et al. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente-Brasil, 2002 a 2013. **Ciência e Saúde coletiva**. v. 20, n. 3, p. 689-699, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00689.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.

MUEHLENKAMP, J. J. et al. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**. 2012. doi: 10.1186/1753-2000-6-10. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3348041/>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

NETTO, N. B. Parte 1 – suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013, Cap. I, p.15-24. ISBN: 978-85-89208-70-3.

OLIVEIRA, H. M.; HANKE, B. C. Adolescer na contemporaneidade: uma crise dentro da crise. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. XX, n. 2, p. 295-310, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142017002001>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatoriomundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PIMENTEL, F. de A.; MOURA, B. R. Do caos a corresponsabilização: o espaço de ambiência no Capsi. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E., LYKOUROPOULOS, C. B. (orgs.) **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2016, cap. 8, p.116-129.

PLODERL, M. et al. Suicide Risk and Sexual Orientation: A Critical Review. **Arch Sex Behav**. n. 42, p. 715–727, 2013. DOI 10.1007/s10508-012-0056-y. Acesso em: 18 dez. 2019.

PLENER, P. L. et al. The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. **BMC Psychiatry BMC series**, 2016. Disponível em: <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-1060-x>>. Acesso em: 21 out. 2019.

PORCHAT, P. Psicanálise, gênero e singularidade. **Revista Faac Unesp**. Bauru, v. 2, n. 2, 2013, p. 195-202. Disponível em: <<https://www3.faac.unesp.br/revistafaac/index.php/revista/article/download/135/60>. > Acesso em 16 abr. 2019.

QUINET, A. Carta de Freud e resposta. In: IANNINI, G. (org.). **Caro Dr. Freud: respostas do século XXI a uma carta sobre homossexualidade**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, p. 153-158.

REIS, T., (Org). **Manual de Comunicação LGBTI+**. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018. Disponível: <<https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

RIGO, S. C. Parte 1 -Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013, Capítulo III, p.30-42. ISBN: 978-85-89208-70-3.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e Cidadania** – Uma Visão Histórica e Comparada do SUS. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011, 210 p.

SANTIAGO, A. L. O saber do jovem. In: Uma Nova Juventude. **Revista Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas, n. 42, p. 29-43, jul./dez. 2016.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed., 2. Reimpr., São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SENN, S. R. C.; DESSEN, M. A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicologia, saúde & doenças**, 2015, v. 16, n. 2, 2015, p. 217-229. Disponível em: <https://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/392>. Acesso em: 08 nov. 2019.

STEVENS, A. Adolescência, sintoma e puberdade. Clínica do Contemporâneo. **Revista Les Feuillettes Du Cortil**, Le désir et la faim, n.15, 1998. Disponível em: <https://groups.google.com/forum/#!topic/lem2017uemg/jhEvisP_0C0>. Acesso em: 06 jun. 2019.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 651-667, 2012. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300011>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

VOLKMER, A. N. et al. **Guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida em crianças e adolescentes**. Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Estado do Rio Grande do Sul. Comissão da Criança e do/a Adolescente. 2019. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2019.

WILD, C. J., SEBER, G. A. F. Dados de uma variável contínua. In: **Encontros Com o Acaso: Um Primeiro Curso de Análise de Dados e Inferência**. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora S. A. p.247-282.

WILLIAMS, A. J. et al. Examining risk factors for self-harm and suicide in LGBTQ+ young people: a systematic review protocol. **BMJ Open**. v. 9, n. 11, 2019. doi: 10.1136 / bmjopen-2019-031541. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6858144/>>. Acesso em: 13 dez. 2019.