

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE
EXISTENCIAL

Gabriel Fernandes Rodrigues

SUICÍDIO, GÊNERO E SEXUALIDADES:
UMA LEITURA GESTÁLTICA SOBRE O SUICÍDIO DA POPULAÇÃO LGBTI+

BELO HORIZONTE

2020

Gabriel Fernandes Rodrigues

**Suicídio, Gênero e Sexualidades:
Uma leitura Gestáltica sobre o suicídio da população LGBTI+**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicologia Clínica.

Orientadora. Profa. Dra. Claudia Lins Cardoso

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Belo Horizonte

2020

150 Rodrigues, Gabriel Fernandes.
R696s Suicídio, gênero e sexualidade [recurso eletrônico] : uma
2020 leitura gestáltica sobre o suicídio da população LGBTI+ /
Gabriel Fernandes Rodrigues. - 2020.
1 recurso online (66 f.) :pdf
Orientadora: Claudia Lins Cardoso.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial -
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia.

1.Gestalt-terapia. 2.Suicídio. 3.Relações de gênero.
4.Sexo. I.Cardoso, Claudia Lins. II..Universidade Federal de
Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
III.Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL

FOLHA DE APROVAÇÃO

“Suicídio, gênero e sexualidades: Uma leitura gestáltica sobre o suicídio da população LGBTI+”

GABRIEL FERNANDES RODRIGUES

monografia defendida e aprovada, no dia **vinte e oito de outubro de 2020**, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Claudia Lins Cardoso -Orientadora

FAFICH/UFMG

Monique Bertrand Cavalcante

Belo Horizonte, 24 de setembro de 2021.

Prof. Dr. Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista

Subcoordenador do Curso



Documento assinado eletronicamente por **Valteir Gonçalves Ribeiro, Chefe de seção**, em 24/09/2021, às 15:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista, Professor do Magistério Superior**, em 24/09/2021, às 18:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0985058** e o código CRC **E0E65922**.

Referência: Processo nº 23072.230660/2021-16

SEI nº 0985058

*Em memória de todos(as) desviados(as) que
partiram e todos(as) que seguem r(existindo).*

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho seria inviável sem a contribuição de muitos, que abriram caminhos para que eu pudesse hoje, escrever sobre essa temática.

Agradeço aos meus familiares por todo suporte oferecido para que eu pudesse estudar, mesmo quando isso era quase impossível. Em especial, à minha mãe Madalena e à minha avó Iolanda. Agradeço aos meus irmãos Hiury, Gláucia e Gabriela pelo cuidado, ao meu padrinho Mariano por me mostrar o mundo (e a internet), à minha prima Patrícia e à minha tia Maria Helena por me inspirarem curiosidade e acreditarem no meu potencial. Agradeço também aos meus tios e tias, Renata, Sandoval e Márcia por todo acolhimento.

Minha profunda gratidão aos meus grandes mestres professores(as), por ensinamentos que se tornam filosofias de vidas. Com vocês, meu mundo se expande infinitamente. Em especial, à Cláudia Lins por ter me apresentado a Gestalt-terapia.

A todos os meus amigos inconformados, que me fizeram questionar tudo desde sempre, em especial, Augusto, Cecília, Lorena, Felipe, Jonathan, Túlio, César, Leone e Gleyson.

Gratidão a todos os meus pacientes, que tanto me inspiram a continuar minha trajetória.

Agradeço sobretudo, a todos(as) que estão na luta para que possamos viver em uma sociedade mais justa e igualitária.

Por fim, gratidão ao meu companheiro, Luiz Paulo R. Vinhal, por ser uma fonte inesgotável de amor, que tanto me inspira. Ao seu lado, resistir é mais fácil.

*"Vem por aqui"
dizem-me alguns com os olhos doces
Estendendo-me os braços, e seguros
De que seria bom que eu os ouvisse
Quando me dizem: "vem por aqui!"
Eu olho-os com olhos lassos,
(Há, nos olhos meus, ironias e cansaços)
E cruzo os braços,
E nunca vou por ali...*

(José Régio)

RESUMO

Este trabalho visa tecer reflexões sobre o fenômeno do suicídio da população sexo-gênero diversa a partir da teoria gestáltica. Para isto, foi realizada uma revisão bibliográfica tendo como fundamentação a literatura da Gestalt-terapia, em especial a teoria de campo de Kurt Lewin, os estudos de gênero e sexualidade e a literatura da suicidologia. Como a teoria gestáltica pressupõe a indissociabilidade entre o sujeito e o meio, compreendemos que a análise do comportamento suicida nessa população não pode se restringir aos aspectos da individualidade, sendo necessário atentar-se para o campo. As taxas de suicídio são muito maiores na população sexo-gênero diversa, em comparação à população heterossexual, de modo que não ser cisgênero e/ou heterossexual é um fator de risco para o suicídio. Buscamos apontar os mecanismos que precarizam e vulnerabilizam essa população, influenciando a maior taxa de suicídios. A introjeção, enquanto mecanismo de bloqueio de contato, revelou-se central para análise desse fenômeno. A prevenção do suicídio foi articulada com a desconstrução de mitos e estereótipos tanto sobre o suicídio quanto sobre as sexualidades. A partir disso, tecemos aproximações entre essas temáticas para entender de que modo a Gestalt-terapia pode contribuir na compreensão e prevenção do fenômeno do suicídio nessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Gestalt-terapia; suicídio; gênero; sexualidade; LGBTI+.

ABSTRACT

This work aims to offer reflexions about the phenomenon of suicide in the diverse sex-gender population based on gestalt theory. For this, a bibliographic review was made based on the Gestalt-therapy literature, especially Kurt Lewin's field theory, gender and sexuality studies and the suicide literature. As the gestalt theory assumes the inseparability between the subject and the environment, we understand that the analysis of suicidal behavior in this population cannot be restricted to aspects of individuality, being necessary to pay attention to the field. Suicide rates are much higher in the diverse sex-gender population compared to the heterosexual population, so that not being cisgender and/or heterosexual is a risk factor for suicide. We seek to point out the mechanisms that make this population precarious and vulnerable, influencing the higher rates of suicides. Introjection as a contact block mechanism proved to be central to the analysis of this phenomenon. Suicide prevention was articulated with the deconstruction of myths and stereotypes about both suicide and sexuality. From that, we started to weave together these themes to understand how Gestalt therapy can contribute to the understanding and prevention of the suicide phenomenon in this population.

KEY-WORDS: Gestalt therapy; suicide; gender; sexuality; LGBTI+.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 - O conceito de pessoa e a teoria de campo na abordagem gestáltica	10
2 - GÊNERO E SEXUALIDADE	14
2.1 As sexualidades e suas vicissitudes	164
2.2 Diversidade sexual e de gênero	21
2.3 Uma população marcada pela violência	22
3 - INTERSECÇÕES ENTRE SUICÍDIO, GÊNERO E SEXUALIDADES	276
3.1 Suicídio, Gênero e Sexualidades	286
3.2 Família, Sexualidade e Suicídio	30
3.2.1 Uma gestalt aberta na família	365
3.3 Homofobia Introjetada e Suicídio	387
3.3.1 Homofobia Introjetada e “Cura gay”	442
4 - PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	Error! Bookmark not defined.6
4.1 A prevenção do suicídio da população LGBTI+	486
4.1.1 Desconstruindo mitos e crenças sobre o suicídio e as sexualidades... ..	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	564
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

INTRODUÇÃO

Lidar com a finitude não é tarefa fácil, a temática do suicídio em especial, desperta uma série de sentimentos como medo, estranhamento, tristeza, angústia e curiosidade. O suicídio surge em uma tenra idade em minha vida, ainda na adolescência. Infelizmente, muitos amigos se retiraram da vida, e o que todos tínhamos em comum era o fato de não correspondermos ao que de nós era esperado, em termos de sexualidade, de comportamento, de expressão e tantas outras coisas. Foi essa comunalidade que, inicialmente, me fez pensar a respeito da proximidade entre as questões de sexualidade e do suicídio. Nas conversas que eu tinha com eles, ficava claro o quanto a falta de aceitação, de confirmação, e de respeito por parte da família e da sociedade eram uma fonte interminável de sofrimento. Muito tempo se passou, e o interesse pela temática se aflorou na universidade, principalmente através das leituras de Karina Fukumitsu, gestalt-terapeuta referência em suicidologia.

A pergunta que fundamentou meu interesse em pesquisar sobre essa temática veio a partir da leitura de artigos que apontam uma maior taxa de suicídios em pessoas LGBTI+ (Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, intersexuais) comparados a pessoas cisgêneros e heterossexuais. Assim, buscamos compreender a partir do referencial teórico da gestalt-terapia, dos estudos de gênero e da literatura da suicidologia o fenômeno do suicídio nessa população.

No primeiro capítulo, apresentamos alguns conceitos gestálticos orientadores do nosso estudo, como a visão de pessoa e de mundo, e a teoria de campo de Kurt Lewin. Exploramos a indissociabilidade do organismo e do meio, e também a faceta existencialista da teoria.

No segundo capítulo, apresentamos um breve resumo a respeito dos conceitos de gênero e sexualidade, explorando as diversas transformações históricas pelas quais estes conceitos passaram até a atualidade. Além disso, apresentamos a população alvo deste estudo, e caracterizamos a diversidade sexual e de gênero.

No terceiro capítulo apresentamos os conceitos de suicídio e as intersecções

entre este fenômeno com as categorias de gênero, sexualidade e família buscando descrever de que formas estes eixos se relacionam. Também apresentamos alguns conceitos-chaves para a compreensão do fenômeno como a introjeção.

Por fim, no quarto capítulo, apresentamos possibilidades de intervenção a partir da Gestalt-terapia, pensando em formas de prevenção do suicídio nessa população.

1 - O conceito de pessoa e a teoria de campo na abordagem gestáltica

A obra de Perls enfatizou sistematicamente que o indivíduo só pode ser compreendido a partir da sua interação constante com o campo, sendo ambos mutuamente constituídos. Não há como pensar o sujeito fora de um campo: todo sujeito está inserido em um dado contexto, pois existe em um campo organismo/ambiente (Cardoso, 2019; PHG, 1997). Em Gestalt-terapia, o ser é sempre ser em relação, é um ser-no-mundo e, portanto, não pode ser entendido fora deste. Nascermos em um determinado local, em um determinado tempo, em uma cultura específica, que poderá nos impor limitações de ordem física, social, espacial e/ou temporal. Neste sentido, nossa condição existencial não está isenta de limitações, todavia, ainda somos livres e responsáveis, para escolher como lidar com essas facticidades.

Ainda assim, não somos meros agentes passivos da atividade do ambiente, pois vivemos em uma relação organismo-ambiente onde ao mesmo tempo em que somos afetados pelo ambiente, também o afetamos, em um constante intercâmbio. Nesse sentido, em gestalt-terapia, não há como falar de pessoa sem falar de mundo, sem falar de interrelação. Ribeiro (2011), aponta que:

Conceito de mundo e conceito de pessoa funcionam como uma Gestalt, como uma relação figura-fundo uma configuração a partir da qual, dependendo do aqui-agora do sujeito pensante, ele parte ou do mundo ou da pessoa para constituir a ideia sobre ele próprio e/ou sobre o mundo. O conceito de mundo portanto, não está pronto em si, como algo fixo, algo escrito, como algo em uma tela que lemos e relemos sem a possibilidade de modificar. O conceito de mundo é fluido, dinâmico, mutável e varia de acordo com a mente teórica de quem o observa e sente sua influência (p.45).

Da mesma forma, podemos pensar o conceito de homem. Quando explicitamos a historicidade desse conceito, podemos observar de que forma ele está em constante transformação. O termo “visão de homem”, usado para se referir ao conceito de pessoa em Gestalt-terapia, por exemplo, implica um entendimento de que a palavra homem, contém não somente o homem do sexo masculino, mas também a mulher. Nesse sentido, homem torna-se sinônimo de ser humano. Todavia, sabemos que por muito tempo, a mulher não era considerada um ser humano de fato, mas era vista

como um homem incompleto. O homem, e somente ele, era o representante da humanidade e da racionalidade (Laqueur, 1990). Assim, o próprio homem, por ser o “portador da racionalidade”, era quem dizia o que era o ser humano, e o que não era. Portanto, o termo “visão de homem” guarda relações com um histórico de androcentrismo e com um machismo de linguagem que reduz o ser humano ao gênero masculino, como fora outrora.

Optamos por usar aqui o termo visão de pessoa, na tentativa de romper com essa lógica. Ribeiro (2011), em seu livro “Conceito de mundo e de pessoa em Gestalt-terapia”, já apontava que:

“Embora seja práxis, quando se diz “homem” inclui-se a mulher, esse é um modo inadequado de lidar com a realidade, porque a complexidade do conceito de mulher não cabe, em definitivo, no conceito homem. Como seria se todas as vezes que dizemos: “a mulher” estivéssemos incluindo “o homem”? (p.105).

O ser humano, assim como as todas as ideias, conceitos e filosofias que tentam dar conta dele, representá-lo ou descrevê-lo, está em constante mudança e constante devir. Se o processo de subjetivação é sempre mutável, as teorias que tentam dar conta deste também o são. Ainda assim, nomear estes processos é essencial, pois ao lançar luz sobre eles, é possível refletir, desconstruir e alterá-los (Zanello, 2018). A partir do entendimento de que “nomear é objetivar, é re-presentar, é tornar possível falar disso, ao invés de simplesmente viver isso” (Zanello, 2018, pg.7), buscamos descrever alguns processos ligados ao suicídio e a diversidade sexual e de gênero. Ao nomear esses diversos processos de subjetivação podemos vivenciá-los de um modo mais *aware*¹.

A volatilidade do conhecimento e sua mutabilidade fazem parte do processo científico e da construção do saber, e representam magistralmente o constante devir do ser-no-mundo. Nesse sentido, uma tentativa de definição do que vem a ser uma pessoa, é sempre um esboço frente a totalidade do ser. A Gestalt-terapia postula o conceito de pessoa a partir dos referenciais da Psicologia da Gestalt, Teoria do Campo, Teoria Holística Organísmica, do Humanismo, da Fenomenologia e do Existencialismo. Essas teorias de base, apesar das suas diferenças, formam na

¹ “*Awareness* é a apreensão, com todas as possibilidades de nossos sentidos, da ocorrência do mundo dos fenômenos dentro e fora de nós” (Frazão, 1995, pg.146). “A pessoa que está consciente, *aware*, sabe o que faz, como faz, que tem alternativas e escolhe ser como é” (YONTEF, 1998, p. 31).

abordagem gestáltica um todo harmônico e funcional e da relação entre elas deriva a noção de pessoa e de mundo. Conforme aponta Ribeiro (2011), “pessoa é, portanto, um campo constituído pelas relações de pessoas com outras pessoas e destas com o mundo, enquanto tal, sendo constituída no mundo e pelo mundo” (Ribeiro, 2011 p.73).

A partir do existencialismo, a Gestalt-terapia concebe o ser humano como abertura, como um conjunto de possibilidades e de escolhas em constante atualização e relação, se construindo, desconstruindo e reconstruindo-se a partir das suas possibilidades. Sua constituição enquanto pessoa não está dada, não é pré-definida, mas construída no seu existir, nas suas relações e significações.

Apesar da subjetividade ser entendida enquanto *devir*, um constante vir-a-ser, culturalmente cristalizaram-se alguns aspectos da subjetividade, a saber: o gênero e a sexualidade. As contribuições existencialistas da teoria gestáltica possibilitam o entendimento do gênero e da sexualidade enquanto um devir, enquanto processos construídos na fronteira de contato, entre o organismo e o meio. Assim, enquanto elementos constitutivos das subjetividades, o gênero e a sexualidade não podem assumir nessa abordagem um caráter biológico e imutável, visto que são situados no campo das condições históricas de sua produção, e conforme aponta Foucault (2010), são reiteradamente produzidos por uma multiplicidade de elementos, sejam eles linguísticos, sociais, culturais, midiáticos, legais ou institucionais, dentre outros.

A partir do arcabouço gestáltico é possível pensar as intersecções entre os fenômenos do suicídio e das sexualidades como elementos que se articulam em um determinado campo. O conceito de campo ou espaço vital psicológico desenvolvido por Lewin (1973) indica a totalidade de fatos que determinam o comportamento do sujeito num certo momento. Yontef (1993) complementa esta discussão ao postular que o campo é “uma totalidade de forças que se influenciam mutuamente e juntas formam um todo unificado interativo” (p. 297). Desta forma, podemos constatar que o sentido das ações de uma pessoa sempre se relaciona com o meio, visto que o campo engloba o organismo com todas suas características e também o ambiente.

Assim, toda experiência que surge no campo tem algumas características: é única e irrepetível, sendo que por vezes nenhum conhecimento anterior pode substituir o que acontece agora. Por excelência é efêmera, pois está em constante mudança e não pode se fixar, mesmo que se repita, acontecerá em momentos distintos, e com algumas diferenças. Tais experiências são também co-criadas, fruto

tanto do organismo como do meio e estão situadas num tempo e espaço que impõem diversas facticidade. Além disso, é corporal, visto que é sempre experienciada por um corpo vivido. É sistêmica, pois há influência mútua entre todos os elementos que a compõem ocorrendo entre organismo e meio um constante intercâmbio e também é holística visto, que toda experiência afeta a totalidade (Francesetti, 2013 apud Cardoso, 2019).

A análise do campo é fundamental, portanto, para a compreensão desses fenômenos na população sexo-gênero diversa. Nesse ponto, faz-se necessário apresentar de que forma alguns conceitos-chaves para a compreensão dessa população foram se modificando até a atualidade.

2 - GÊNERO E SEXUALIDADE

2.1 As sexualidades e suas vicissitudes

Quando o homem atribuía um sexo a todas as coisas, não via nisso um jogo, mas acreditava ampliar seu entendimento: - só muito mais tarde descobriu, e nem mesmo inteiramente ainda hoje, a enormidade desse erro. De igual modo o homem atribuiu a tudo o que existe uma relação moral, jogando sobre os ombros do mundo o manto de uma significação ética. Um dia, tudo isso não terá nem mais nem menos valor do que possui hoje a crença no sexo masculino ou feminino do Sol (Nietzsche, 2008, p.27).

A compreensão sócio-histórica dos conceitos de gênero e sexualidade nos possibilita compreender as formas pelas quais estes conceitos foram se transformando e se adaptando ao longo do tempo, até assumirem os significados que vemos hoje. Tanto o gênero como a sexualidade são fenômenos presentes no cotidiano de todas as pessoas e, conforme aponta Ribeiro (2011), estas só podem ser compreendidas a partir da relação que estabelecem com o meio no qual se encontram.

As diversas sexualidades sempre estiveram presentes na história. Os comportamentos hoje considerados como homossexuais ou heterossexuais foram sendo descritos de diferentes formas ao longo do tempo, assumindo distintos significados de acordo com suas respectivas épocas e contextos. Como aponta Zanello (2018), o homoerotismo na Grécia antiga, por exemplo, era dentro de certas condições, desejável, aceito socialmente e praticado pelos homens gregos para a sua formação sexual e virilidade, ao passo que atualmente, uma das marcas de virilidade masculina hegemônica (heterossexual) é a negação e o distanciamento das práticas homoeróticas, é ser o penetrador, e jamais ser o penetrado (Sáez e Carrascosa, 2016 apud Zanello, 2018).

A sexualidade heterossexual também passou por grandes transformações após a colonização, a urbanização e industrialização. Até o século XII na Europa, os sentimentos de amor ou de afeto pelo outro não eram importantes para o casamento, que era entendido como uma ferramenta de distribuição de bens, e por isso deveria ocorrer entre iguais. A escolha do cônjuge para a mulher cabia ao pai, de modo que esta passava da tutela do pai para a tutela do marido. Com a sacralização do

matrimônio ainda nesse mesmo século, romper com o casamento passa a ser um dos maiores pecados. O sexo deveria ser exercido apenas com a finalidade da procriação e o prazer não era bem-visto devendo ser constante combatido (Zanello, 2018).

Anteriormente aos processos de colonização, as diversas cosmologias² nativas latino-americanas lidavam de maneira distinta das cosmologias europeias no que tange às relações de gênero e sexualidade. Em alguns casos, etnias da América central e do Sul “em termos políticos, poderiam ser caracterizadas como bem mais democráticas e igualitárias que aquelas encontradas na mesma época histórica no território europeu” (Lopez Hernandez e Rodríguez-Shadow, 2011 apud Santos et all, 2014 pg. 6). Todavia, com o avanço dos processos de colonização, houve a dizimação de diversas etnias, de seus conhecimentos, práticas e valores.

Laqueur (1990) aponta que, desde Aristóteles até o início do século XIX, as sociedades ocidentais se baseavam em um modelo de sexo único: o masculino. Entendia-se que os corpos dos homens diferiam dos corpos das mulheres em grau de perfeição. Laqueur (1990) destaca que se afirmava, com respaldo científico, que as mulheres eram essencialmente homens inferiores que não tiveram os órgãos sexuais exteriorizados. A substituição do modelo de um sexo pelo modelo de dois sexos - que é o que prevalece atualmente - envolveu também uma série de transformações de ordem política, cultural, social e econômica (Laqueur, 1990).

Zanello (2018) utiliza os conhecimentos da teoria da Gestalt para exemplificar essas mudanças, a partir do conceito de figura e fundo e da eleição de um foco. Nesse período de transformações sobre as concepções de sexo, houve uma mudança de foco que parte do interesse das semelhanças entre os órgãos genitais masculinos e femininos para o interesse das suas diferenças. A figura passa a ser as diferenças sexuais, e o fundo, a necessidade de justificar as desigualdades sociais, a dominação masculina, o acesso exclusivo dos homens ao espaço público, e a posições de poder, bem como a subalternização da mulher. Foi a partir das diferenças físicas dos corpos que as diferenças sociais puderam ser naturalizadas, justificando aí a permanência das mulheres no espaço privado e dos homens nos espaços públicos. Deste modo, a subalternização da mulher era naturalizada e atribuída à sua anatomia. Como exemplo, podemos ver as tentativas de associação de uma menor incapacidade

²“constructo cultural holístico composto por um conjunto de representações e saberes que orientam os indivíduos, moral e existencialmente, na sua interação com a natureza” (WAWZYNIAK, 2003, p. 41)

intelectual ao tamanho do crânio feminino bem como a naturalização do instinto materno pela presença de um útero, ou pelve maior, que as destinavam “naturalmente”, à maternagem e ao cuidado (Fernandes, 2009).

Ao final do século XIX, surge a sexologia, e a partir do conhecimento dela busca-se conhecer, descrever, explicar, identificar e classificar, os tipos sexuais, hierarquizando-os, e definindo o normal e o patológico. É neste contexto que surge o homossexual (Louro, 2009). Práticas afetivas e sexuais entre pessoas do mesmo sexo, que sempre existiram em todas as sociedades, passam a ser significadas de outro modo, sendo entendidas não mais como um comportamento, mas como um aspecto da personalidade da pessoa, dizendo agora de uma “verdade oculta” do sujeito (Louro, 2009). O que antes era apenas um aspecto do comportamento da pessoa, passa então a defini-la. Conforme aponta Weeks (2000), “Antes do século XIX, a "homossexualidade" existia, mas o/a "homossexual" não” (p.46). Isso significa dizer que comportamentos homossexuais sempre estiveram presentes ao longo da história, mas a noção de um sujeito definido a partir desses comportamentos não, sendo essa noção produzida a partir de um contexto específico.

Esta nova caça às sexualidades periféricas provoca a incorporação das perversões e nova especificação dos indivíduos. A sodomia — a dos antigos direitos civil ou canônico — era um tipo de ato interdito e o autor não passava de seu sujeito jurídico. O homossexual do século XIX torna-se uma personagem: um passado, uma história, uma infância, um caráter, uma forma de vida; também é morfologia, com uma anatomia indiscreta e, talvez, uma fisiologia misteriosa. Nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade (Foucault, 1988 p.42).

Foucault (1988) aponta que, a partir das ciências sexuais no século XIX, as práticas sexuais que visassem prazer e não somente procriação, como a sodomia, deixaram de ser classificadas como pecados ou má condutas para serem compreendidas a partir dessa própria ciência como o ponto principal de definição do sujeito desviante. A classificação do sexo bom e do sexo mal passa a ser respaldada não mais pela Bíblia, e sim pelas ciências que vão hierarquizar tais práticas, a partir de valores morais, tornando essa prática, um pecado pela lei da igreja, um crime contra a natureza pelas leis do estado e a partir das ciências sexuais, uma doença, um desvio psicológico e/ou biológico a ser curado (Pretes & Vianna, 2007).

Nesse sentido, é preciso levar em consideração que as sexualidades, longe de serem fatos dados e naturais, têm uma história que é perpassada por relações de poder-saber. Assim, conforme aponta Mikolsci (2009), estas sexualidades tornam-se

“objeto de sexólogos, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas e educadores, de forma a ser descrita e, ao mesmo tempo, regulada, saneada, normalizada por meio da delimitação de suas formas em aceitáveis e perversas” (p.153). A tríplice pecado-cura-doença, ao mesmo tempo que relega a homossexualidade ao campo do anormal, assegura à heterossexualidade o *status* de regra, de naturalidade, de normalidade e de norma.

A norma, ensina-nos Foucault, está inscrita entre as artes de julgar, ela é um princípio de comparação. Sabemos que tem relação com o poder, mas sua relação não se dá pelo uso da força, e sim por meio de uma espécie de lógica que se poderia quase dizer que é invisível, insidiosa (Ewald, 1993). A norma não emana de um único lugar, não é enunciada por um soberano, mas, em vez disso, está em toda parte. Expressa-se por meio de recomendações repetidas e observadas cotidianamente, que servem de referência a todos. Daí por que a norma se faz penetrante, daí por que ela é capaz de se naturalizar (Louro, 2008, p.22).

Petry & Meyer (2011) apontam que a heterossexualidade vem, desde o século XIX, com o discurso médico, sendo construída como a sexualidade normal/saudável a partir da qual todas as outras são questionadas, se tornando assim a norma invisível que nos rege. Michael Warner, em 1991 cunha o termo heteronormatividade para indicar um dispositivo³ que ratifica a norma e o normal como sendo a atração e/ou comportamento sexual entre indivíduos de sexo diferentes, conseqüentemente relegando ao anormal e doentio todas as outras possibilidades de vivência da sexualidade, das masculinidades e das feminilidades (Petry & Meyer, 2011). Assim, esse dispositivo, ao mesmo tempo em que naturaliza a heterossexualidade, a torna compulsória, expressando as expectativas, demandas e obrigações sociais que visam moldar a todos para serem heterossexuais.

A heterossexualidade é concebida como "natural" e também como universal e normal. Aparentemente supõe-se que todos os sujeitos tenham uma inclinação inata para eleger como objeto de seu desejo, como parceiro de seus afetos e de seus jogos sexuais alguém do sexo oposto.

³ Dispositivo é: “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos”. (Foucault, 2006, p.244). De forma complementar, Agamben (2005) destaca que podemos compreender os dispositivos como “qualquer coisa que tenha a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos” (Agamben, 2005 p.13).

Conseqüentemente, as outras formas de sexualidade são constituídas como antinaturais, peculiares e anormais. É curioso observar, no entanto, o quanto essa inclinação, tida como inata e natural, é alvo da mais meticulosa, continuada e intensa vigilância, bem como do mais diligente investimento (Louro, 2000, pg.10).

Todavia, quando falamos em cis-heteronormatividade, estamos apontando para a construção falaciosa de uma linearidade natural entre sexo, gênero e sexualidade, ou seja, à ideia de que há uma implicação causal entre o sexo biológico, que definiria um gênero e, conseqüentemente, uma sexualidade. Pessoas que nascem com pênis são consideradas do gênero masculino e sentirão atração pelo gênero feminino. Já pessoas nascidas com vagina são definidas como sendo do gênero feminino e sentirão atração pelo gênero masculino. Pessoas que nascem com genitália ambígua são submetidas a cirurgias de “correção”. Este é um dos fundamentos das sociedades baseada no modelo de dois sexos. Esse binarismo forja a cisgeneridade como a única identidade de gênero normal, natural e saudável e, dessa forma, relega todas as outras possibilidades - como a intersexualidade, a transexualidade e a não-binariedade - à condição de doença, desvio ou anormalidade.

A partir da década de 60, surgem diversos debates no campo acadêmico, político e social, contestando a suposta naturalidade das diferenças entre os sexos. A palavra “gênero” surge para designar as construções sociais sobre feminino e masculino (Zanello, 2018). Nesse momento, o biológico era ainda defendido como a base pelas quais os significados culturais seriam construídos. O sexo era entendido como uma entidade natural, um dado biológico, e o gênero seria derivado do sexo, um produto da cultura, da história, da linguagem e da política. Essa perspectiva ainda mantém as diferenças sexuais como verdade inquestionável, sendo o gênero, as representações sociais sobre elas.

As contribuições da filósofa Judith Butler (2003) desconstroem a ideia da qual o gênero é o elemento cultural que se assenta sobre um dado biológico. A autora questiona a ideia da biologia enquanto fato que antecedente a própria história, apontando que todo o acesso ao corpo é mediado pela cultura e, portanto, gendrado, conforme aponta Zanello (2018):

Gênero é, portanto, um conceito relacional e implica, sempre, relações de poder, de privilégios, de maior ou menor prestígio. O que Butler destaca então

é que a diferença sexual é uma construção de gênero. Não existe acesso direto e atemporal ao corpo: esse acesso é sempre mediado pela cultura. Esse acesso é gendrado, sendo esse gendramento compreendido de forma geral, como binário, e em oposição (p.44-45).

Zanello (2018) continua esta discussão, ao reafirmar os postulados de Butler (2012), nos quais o gênero assume caráter de identidade a partir de uma repetição estilizada de atos (Butler, 2012 apud Zanello, 2018). Isso significa que o gênero é constantemente produzido, a partir da repetição dos papéis sociais de gênero, ou seja, do conjunto de comportamentos, atitudes, pensamentos, crenças, do que é ser homem ou ser mulher. Como cada pessoa vai performar esse *script* incluindo algo novo nessa repetição, algo seu, visto que duas pessoas não performam gênero da mesma maneira, o gênero vai sendo alargado, construído, desconstruído e reconstruído, a partir das diversas formas de viver e expressá-lo. Se o gênero é performativo, ninguém pertence a um gênero desde sempre, ele vai sendo elaborado, a partir do modo de falar, andar, se vestir, se apresentar etc. A partir desse entendimento, apontamos que gênero não pode ser definido a partir de uma condição biológica, de uma genitália e nem reduzido apenas a masculino e feminino.

Zanello (2018) salienta que é através de processos culturais que definimos o que é o corpo, o que é a sexualidade, e o que é ou não natural. Contextualizar o saber biológico sobre o gênero e o sexo não significa negá-lo, mas revelar as bases sobre as quais se constrói esse pensamento. Desta forma, Zanello (2018) identifica que um mal-entendido constante é o de que esses questionamentos visam promover uma igualdade negando as diferenças sexuais. Entretanto, não se trata de negar as diferenças sexuais entre homens e mulheres, mas de apontar de que forma o saber sobre essas diferenças sexuais foram e ainda são usadas para legitimar papéis sociais de gênero e desigualdades sociais. Como exemplo, podemos retomar que historicamente o saber biológico foi usado para reservar ao masculino um lugar de prestígio e ao feminino um lugar de subordinação. A autora aponta ainda de que forma os saberes biológicos sobre o corpo, as sexualidades e as diferenças sexuais foram tomadas como verdades universais, a-históricas, neutras e imutáveis (Zanello, 2018).

A homossexualidade bem como a transexualidade estiveram durante muito tempo atreladas ao campo da doença. Somente em 1973, a *American Psychiatry Association* elimina a homossexualidade do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM). Em 1975, a Associação Americana de Psicologia também adota a mesma postura ao considerar que a homossexualidade não é uma

psicopatologia (Santos, 2013). Mas é somente em 1990 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou o “Homossexualismo” do rol de doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, o CID-10.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, em 1985, posiciona-se oficialmente sobre a despatologização da homossexualidade, e somente em 1999, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) se posiciona adotando a mesma postura (CFP, 1999). Essas mudanças, bem como as que se seguiram, foram frutos não só da atualização das ciências, mas também da resistência e embate pautados pelos movimentos sociais. Com relação à identidade de gênero, em 2018 foi publicada uma resolução (CFP, 2018) determinando que psicólogos/as não podem tratar as experiências transgêneras como patologias. Nesse mesmo ano, a OMS deixou de classificar a transexualidade como doença.

Entender a forma como as sexualidades vêm sendo representadas ao longo do tempo é fundamental, pois é a partir dessas representações que se constroem discursos e práticas do que é considerado saudável e doentio. Essas representações são também o referencial para todas as práticas terapêuticas que visam a adequação, a promoção da saúde, a prevenção, correção e cura do considerado doente. Neste sentido, ainda hoje, há um misto de representações sobre as sexualidades que foram herdadas desse contexto histórico, por vezes relacionadas ao pecado, ao crime e à doença. Essas diferentes representações se agrupam no conjunto de estigmas e estereótipos direcionados a população sexo-gênero diversa, nos serviços públicos de saúde, nos consultórios psicológicos, nas intervenções pedagógicas, na mídia, no judiciário, na política etc.

Podemos notar que as definições a respeito das sexualidades não são estanques, pelo contrário, são historicamente datadas, estando ligadas aos valores sociais de uma determinada época, e como apontam Perucchi e Brandão (2019) “as diversas formas de se pensar e trabalhar com Psicologia não estão isentas aos sistemas de representações e discursos, aos jogos de saber-poder que produzem os discursos, as verdades e as subjetividades” (p.43).

Cabe ressaltar que esse sistema de representação das sexualidades diversas provocaram e ainda provocam uma série de efeitos perversos na vida dessas pessoas que foram historicamente inferiorizadas, patologizadas, estigmatizadas e

desumanizadas. No próximo capítulo, buscamos descrever quem são as pessoas que constituem o guarda-chuva do termo diversidade sexual e de gênero.

2.2 Diversidade sexual e de gênero

“Onde há poder, há resistência”

(Michel Foucault)

A diversidade tem um papel fundamental em Gestalt-terapia, visto que é a partir do contato com esta, com a alteridade, que crescemos e nos desenvolvemos. O contato com o diverso, com a diferença, com o outro é sempre um convite para ser afetado, tocado e, principalmente, transformado. Quem é o diferente, quem é o igual? O outro é visto como o diferente, distinto de mim, é o que não sou, e conforme aponta Ribeiro (2007), “O diferente gera a alteridade, e a alteridade é o princípio ativo que move a evolução” (p.141).

A diversidade de formas com que expressamos afeto, bem como para onde o direcionamos, é gigantesca. Quando falamos sobre desejo afetivo-sexual, usualmente entendemos que ele pode ser direcionado para aqueles que consideramos de gêneros diferentes, e/ou também para aqueles do mesmo gênero. Diversidade sexual diz respeito, portanto, aos diferentes modos de vivenciar a sexualidade. Podemos citar como exemplo, as pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais e assexuais.

De modo análogo, as formas de vivenciar a identidade de gênero também são plurais. Usualmente, entendemos que as pessoas se dividem nas categorias de gênero: masculino e feminino, todavia, essa é uma redução binária que não abarca a multiplicidade de possibilidade de vivências que rompem com essa dualidade. Algumas pessoas transitam entre o masculino e o feminino, como as pessoas transgênero e as travestis. Estas recusam a categorização compulsória dada a elas no momento de seu nascimento, revelando que a genitália não determina o gênero. Outras pessoas não se identificam nem com o gênero masculino, nem com o feminino e recusam essa categorização vivenciando suas identidades para além delas, como as pessoas *Queer*. Além disso, algumas nascem com uma anatomia sexual e reprodutiva e/ou um padrão de cromossomos que não podem ser classificados como

tipicamente masculinos ou femininos. Antigamente, elas eram conhecidas como hermafroditas, atualmente usa-se o termo interssexual.

O sinal de + indica a pluralidade de possibilidades para além das listadas, visto que o ser humano está sempre em um processo de devir, de construção de si mesmo e que todo processo de subjetivação é mutável, as siglas que tentam dar conta desses processos também são. Nesse sentido, a sigla LGBTI+⁴ tem uma história de constantes transformações. Na medida em que novas possibilidades de identificação surgem, ela vai se transformando para abarcar aqueles que não estão em conformidade com as normas de gênero e de sexualidade vigentes.

Além disso, é preciso diferenciar orientação sexual de identidade de gênero, visto que são frequentemente confundidos. Identidade de gênero diz respeito ao gênero com o qual a pessoa se identifica, que pode ser diferente daquele atribuído no seu nascimento. Já orientação sexual diz respeito à atração afetivo-sexual. Assim, uma pessoa transgênero pode se identificar como heterossexual, bissexual, homossexual, dependendo do seu gênero e do gênero com relação ao qual se atrai afetivo-sexualmente (Jesus, 2012).

2.3 Uma população marcada pela violência

De forma geral, o mundo não é um local seguro para ser uma pessoa LGBTI+, visto que, em muitos países, não ser cis-heterossexual é considerado crime passível de punição. De acordo com o relatório da *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA)*, de 2016, relações homossexuais são consideradas crimes em 73 países, onde constam punições que variam de multas, a prisões e até mesmo a pena de morte. De fato, 13 países preveem pena de morte para atos sexuais consentidos entre pessoas adultas do mesmo sexo (ILGA, 2016).

O Brasil é um dos países com maior índice de violência notificado contra pessoas LGBTs no mundo todo (Tagliamento, 2019). Segundo dados do Relatório do Grupo Gay da Bahia (GGB, 2018), a cada 20 horas, uma pessoa LGBT morre de forma violenta, o que faz do Brasil o campeão mundial de crimes contra as minorias

⁴Em todo o estudo usaremos a sigla LGBTI+ , exceto nos casos em que autores citados optarem por outras. A sigla foi convencionada no Manual de Comunicação LGBTI+ 2018 (REIS, 2018)

sexuais. O Brasil também lidera o ranking de assassinatos de pessoas transgênero registrando mais que o triplo de assassinatos que o segundo colocado, o México (ILGA, 2016).

Apesar de todos os avanços em termos de direitos humanos para as minorias sexuais, no Brasil são assassinadas mais pessoas LGBTs que nos 13 países da África e do Oriente em que há pena de morte contra essas pessoas (ILGA, 2016).

Dentro do grupo LGBTI+, a população transgênero é ainda mais afetada pela violência. O risco de uma pessoa transgênero brasileira ser assassinada é 9 vezes maior do que uma pessoa transgênero americana (Relatório GGB, 2018). Neste sentido, “o preconceito, a discriminação e a violência que, de modos variados, atingem homossexuais masculinos ou femininos e lhes restringem direitos básicos de cidadania, se agravam significativamente, sobretudo em relação à transgêneros” (Junqueira, 2012 p.78).

O relatório “Transexualidades e Saúde Pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans/transmasculinos,” realizado pelo Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (Nuh) e pelo Departamento de Antropologia e Arqueologia da UFMG, revelou que 85,7% dos homens transgêneros/transmasculinos já pensaram em suicídio e/ou tentaram cometer o ato (Souza et al, 2015). Estes dados apontam para um cenário de extrema vulnerabilidade dessa população e, como veremos adiante, estão ligados a um processo de violência transfóbica que afeta consideravelmente a saúde dessas pessoas.

Retomando o Relatório do GGB de 2018, constata-se que das 420 mortes pessoas LGBTs, 76% são causadas por homicídios, enquanto 24% têm como causa o suicídio. Podemos perceber um aumento considerável no número de suicídios neste relatório, visto que, em 2016, foram registrados 26 suicídios, número que aumentou para 58 casos em 2017 e 100 casos em 2018. Isso significa que em 2018 as mortes por suicídio entre pessoas LGBTs aumentaram em 42% em relação a 2017 no Brasil.

Neste sentido, estes dados apontam para um processo de violência que pode ser caracterizado pela homofobia, aqui entendida enquanto um

fenômeno social relacionado a preconceitos, discriminação e violência voltados contra quaisquer sujeitos, expressões e estilos de vida que indiquem transgressão ou dissintonia em relação às normas de gênero, à matriz heterossexual, à heteronormatividade. E mais: seus dispositivos atuam capilarmente em processos heteronormalizadores de vigilância, controle, classificação, correção, ajustamento e marginalização com os quais todos/as

somos permanentemente levados/as a nos confrontar” (JUNQUEIRA, 2012 p.484)

Dessa forma, podemos perceber que a homofobia não é apenas um fenômeno reproduzido por indivíduos isolados, ela é consequência de uma (hetero)norma instituída compulsoriamente e reiterada constantemente por diversos dispositivos como a religião, a escola, a família, a mídia etc. Conforme aponta Borrillo (2019), este não é um problema que atinge apenas aos não-heterossexuais, mas afeta todas as pessoas ao enrijecer, cristalizar e determinar de forma estereotipada, como devemos nos comportar com relação ao nosso gênero ou sexualidade.

A homofobia se instaura na mesma lógica de intolerância que outrora legitimou uma série de violências, como a escravidão, a proibição dos casamentos inter-raciais, a submissão e tutela das mulheres, a dizimação de indígenas, e a criação de campos de concentração (Borrillo, 2019). Esta lógica pode ser entendida enquanto um mecanismo que cria e reproduz uma série de diferenças que visam justificar a dominação de um grupo sobre o outro, designado como inferior, anormal ou desviante. Assim, instaura-se uma lógica de hierarquia entre os binarismos homem/mulher, branco/negro, civilizado/selvagem, hetero/homo que privilegia o primeiro termo da relação.

A hierarquia de sexualidades guarda muitas semelhanças com as hierarquias de raça e com a hierarquia do gênero. Na hierarquia de raça, formou-se um sistema ideológico eugenista, que tinha como um dos seus dispositivos o racismo. Já na hierarquia de gênero, formou-se o sexismo, que tem como um dos seus dispositivos principais o machismo. Somente alguns anos depois, foi possível reconhecer os danos causados por essas hierarquias, sendo que atualmente ainda é necessário tornar visível a perversidade desses sistemas, que continuam operando em níveis estruturais em nossa sociedade.

Dessa forma, podemos perceber que as normas de gênero e sexualidade atribuem à prática sexual heterossexual o *status* de natural, produzindo a partir disso uma série de subjetividades que assumem um lugar de norma, e também uma série de subjetividades desviantes. A partir desta norma, as sexualidades passam a ser descritas, analisadas, classificadas e hierarquizadas, surgindo diversos dispositivos que objetivam vigiar a fronteira da norma, assegurando que aqueles que não a estejam cumprindo, sejam punidos. A homofobia é um desses dispositivos que visa manter a hierarquia de sexualidades e que tem impactos profundos na saúde mental

da população sexo-gênero diversa, influenciando inclusive os índices de suicídio nessa população.

3 - INTERSECÇÕES ENTRE SUICÍDIO, GÊNERO E SEXUALIDADES

3.1 Suicídio, Gênero e Sexualidades

Homem algum é uma ilha completa em si mesma, todo homem é um pedaço do continente, uma parte do todo; (...) a morte de qualquer homem me diminui, porque eu sou envolvido na humanidade. E, portanto, nunca perguntes por quem os sinos dobram, eles dobram por ti.
(Jhon Donne)

O suicídio é definido como o ato intencional de pôr fim à própria vida, é um fenômeno complexo e multicausal e, conforme aponta Karina Fukumitsu (2013), Gestalt-terapeuta referência em suicidologia no país, é um ato de desespero e ao mesmo tempo de esperança de que as coisas melhorem, de que o sofrimento finde. Nesse sentido, projeta-se na morte a resolução do sofrimento, acreditando ser impossível resolvê-lo em vida (Fukumitsu & Scavacini, 2013). Para Shneidman (2001), a palavra-chave no suicídio não é morte, mas dor psíquica, o que levou o autor a cunhar o neologismo *psychache* para se referir ao estado psíquico de alguém prestes a se matar. A *psychache* pode ser entendida como uma dor psíquica intolerável que urge pelo alívio, e pela interrupção da consciência dessa dor. Todavia, conforme sinaliza Fukumitsu (2014), podemos entender essa dor psíquica como dor existencial, visto que ela afeta toda a existência da pessoa.

Essa dor existencial insuportável afeta o raciocínio lógico causando uma restrição cognitiva e afetiva, que estreita a percepção da pessoa a respeito das possibilidades de lidar com essa dor, bem como com suas consequências. Esse estreitamento faz com que o suicídio seja percebido não como um problema a ser evitado, e sim como a solução para essa dor vivenciada como intolerável, inescapável e interminável (Scavacini, 2018).

O comportamento suicida pode ser compreendido como

todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independente do grau de intenção letal e do verdadeiro motivo desse ato. Uma definição tão abrangente possibilita conceber o comportamento suicida ao longo de um continuum: a partir de pensamentos de autodestruição, por meio de ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, por fim, suicídio (Botega, 2015 p.24).

A partir dessa definição, podemos entender o comportamento suicida de forma abrangente, abarcando não somente os atos com intencionalidade definida de pôr fim a própria vida, mas também todo um conjunto de ideias, crenças, afetos e comportamentos que visem destruir a si mesmo. Conforme aponta Scavacini (2018), todas as pessoas podem, em algum momento da sua vida, pensar a respeito da própria morte e do suicídio, sendo importante observar a frequência desses pensamentos, a intensidade, a existência de um plano, o acesso a meios letais, para avaliar os riscos.

De fato, o suicídio é um fenômeno complexo e a análise de suas causas envolve tanto fatores internos como externos, visto que existe uma interação entre os fatores sociais, biológicos, psicológicos, econômicos, culturais e religiosos que permeiam a vida do sujeito. Estes fatores também estão relacionados a categorias sociais como a raça/etnia, geração, classe, gênero e a sexualidade, pois cada uma destas tem fatores de risco específicos para o suicídio. Conforme sinaliza Botega (2015), “o suicídio é multideterminado por um conjunto de fatores de diferentes naturezas, externos e internos ao indivíduo, que se combinam de modo complexo e variável” (p. 88). Assim, a causa do suicídio não pode ser reduzida a um único fator ou acontecimento.

O suicídio já foi entendido enquanto um ato que guardava no interior da pessoa que o comete, todos os fatores envolvidos na causalidade do óbito. Apenas a partir do século XIX, com os estudos de Émile Durkheim, rompe-se com essa lógica centralizada no indivíduo. Este autor compreendia que este fenômeno precisava ser analisado a partir da sua relação com a coletividade, pois as causas que levavam ao suicídio seriam, primeiramente, de natureza social e estariam profundamente ligadas à moralidade e ao contexto social da qual o indivíduo faz parte (Silva, 2017).

A Gestalt-terapia rejeita o paradigma individualista e postula a correlação entre o meio e o organismo nos processos de subjetivação e na produção do sofrimento psíquico. Organismo e ambiente são partes de uma unidade em interação mútua e constante, sendo o sofrimento um ajustamento criativo⁵ que emerge em um campo, na fronteira de contato entre organismo e ambiente (Lobb, 2013 apud Cardoso, 2019).

⁵ “Trata-se de um ajuste necessário à sobrevivência psíquica da pessoa num determinado momento, mas na medida em que este ajustamento se mantém, deslocado no tempo e espaço, acaba se constituindo em um ajustamento disfuncional, embora seja importante compreender que em algum momento foi funcional e criativo” (Frazão, 1996 p.30)

Partimos do entendimento de que o sofrimento existencial que pode levar ao suicídio é produzido no campo e pelo campo, sendo necessário compreendê-lo. Nesse sentido, Baére (2018) ressalta:

É preciso ter em vista que o comportamento suicida, mesmo sendo um ato auto infligido, não está desassociado dos contextos adoecedores que fragilizam os indivíduos psicicamente. Nesse sentido, observa-se que o suicídio, em muitas ocasiões, trata-se de um homicídio social. Apontar os cenários que precarizam a vida dessas pessoas, portanto, é um dever ético (Baére, 2018, p.127).

Dessa forma, começamos por apontar no campo a dificuldade de se pesquisar a temática do suicídio de pessoas LGBTI+ no Brasil, devido à omissão de dados fundamentais nas tentativas de autoextermínio. As categorias “orientação sexual” e “identidade de gênero” não são elementos que constam nos obituários e nem nos registros do Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS, além de não estarem registrado, também, nos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde.

Assim, cabe à própria população LGBTI+ contar seus mortos. Organizações como o Grupo Gay da Bahia (GGB) e ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais) têm produzido relatórios sobre a morte de pessoas LGBTI+ no Brasil há alguns anos. A falta destes dados nos registros nacionais inviabiliza o levantamento de informações sobre mortes por suicídio e também por violência dessa população no Brasil, além de impossibilitar a construção de políticas públicas que dependem de dados estatísticos.

Considerando o exposto, nos perguntamos: qual a relação entre as sexualidades e o comportamento suicida? A literatura da suicidologia aponta taxas muito maiores de ideação e de tentativas de suicídio em pessoas não-heterossexuais, de modo que não ser heterossexual e/ou cisgênero é um fator de risco para o autoextermínio (Botega, 2015).

No Brasil, o suicídio é considerado um problema de saúde pública que afeta pessoas de todas as idades, e em especial os jovens. Em 2015, o suicídio foi a terceira principal causa de morte entre adultos jovens do sexo masculino de 20 a 39 anos (Ministério da Saúde, 2019). A juventude LGBTQIA+ se encontra muito mais vulnerável à morte por suicídio que as demais, visto que a propensão ao suicídio entre

jovens não-heterossexuais é 16% maior que a de jovens heterossexuais. (Hatzenbuehler, 2011 apud Baére & Zanello 2018).

Teixeira-Filho & Rondini (2012), a partir das pesquisas de Remafedi (1994) e Savin-Williams (1996), destaca que nos Estados Unidos, jovens gays e lésbicas representam um terço de todos os suicídios juvenis, uma taxa exorbitante visto que estes jovens constituem no máximo 5 ou 6% da população geral. O autor traz algumas estatísticas sobre o fenômeno:

“Nos EUA, 62,5% dos adolescentes que tentam suicídio são homossexuais. Ali e no Canadá, pessoas entre 15 e 34 anos homossexuais têm de 4 a 7 vezes mais riscos de se suicidarem do que seus coetâneos heterossexuais. Este risco é acrescido de 40% no caso das jovens lésbicas (BAGLEY e RAMSEY, 1997). Na França, onde o suicídio é a segunda causa de mortes entre pessoas de 15 a 34 anos, as possibilidades de um homossexual terminar com sua vida são 13 vezes maiores do que as de um seu coetâneo heterossexual de mesma condição social. De cada três indivíduos que cometem uma tentativa de suicídio, um é homossexual (Libération, 07/03/2005). Ali, já tentaram suicídio pelo menos uma vez 27% dos jovens menores de 20 anos que se declaram homossexuais. Esta cifra estabiliza-se em torno dos (de todo modo altos) 15% entre homossexuais com mais de 35 anos.” (p.26).

Assim, podemos perceber que o índice de suicídio é maior na população LGBTI+ jovem em comparação à juventude heterossexual, mesmo em diferentes contextos culturais e em diferentes países. Além disso, o autor também aponta que estas altas taxas estão relacionadas a uma forma específica de violência: a homofobia.

Com relação à identidade de gênero, o cenário é ainda pior. As tentativas de suicídio da população transgênero superam em mais de 39% as tentativas das pessoas cisgêneros (Grant et al., 2010 apud Baére & Zanello, 2018). Em uma pesquisa feita nos Estados Unidos com 179 mulheres transgênero e 92 homens transgênero, constatou-se ideação suicida em 83% dos homens e em 65% das mulheres. Com relação a tentativas de autoextermínio, 30% dos homens trans já haviam tentado, assim como 26% das mulheres trans. Em outros termos, na pesquisa com 179 mulheres trans, 116 demonstraram ideação suicida, e no conjunto de 92 homens, 76 demonstraram ideação suicida (Testa et al, 2012 apud Tagliamento, 2019). Nota-se uma enorme discrepância entre essas taxas que apontam a urgente necessidade de se pesquisar e compreender e reverter estes altos índices de suicídio na população transgênero.

As pesquisas nesse campo apontam para a importância da violência no maior número de suicídios dessa população, bem como para as diferentes formas pelas quais essa violência se instaura, na família, na educação, e na sociedade em geral.

3.2 Família, Sexualidade e Suicídio

Uma das especificidades da vivência de pessoas LGBTI+ é a revelação de sua sexualidade, popularmente conhecido como “sair do armário” ou “*coming out*” na literatura científica. Pessoas heterossexuais não necessitam revelar sua sexualidade, pois é esperado socialmente que todas as pessoas sejam heterossexuais (Miskolci, 2009).

Perceber que seu desejo afetivo-sexual não corresponde ao sexo oposto é de certa forma, perceber-se diferente, e isso pode ser angustiante visto que essa percepção está associada às representações sociais pejorativas que se tem de pessoas LGBTI+, ou seja, um erro, um desvio, um pecado, uma doença ou um crime. Não ser cisgênero e/ou heterossexual, é de certo modo, romper com o que era esperado pela sociedade, pelos pais, pela escola e até mesmo com o que era esperado pela própria pessoa (Castañeda, 2007). Romper com todas essas expectativas e prescrições é, sem dúvida, uma tarefa complicada.

O *coming out* à família está associado a diversas consequências negativas, como por exemplo bullying homofóbico (abusos verbais e violência física, tanto da parte da família como dos pares, após o *coming out*), negatividade, expulsão/exclusão da família, corte relacional e/ou decréscimo da qualidade das relações familiares, menor apoio familiar, rejeição e estigmatização social e cultural, pensamentos suicidas, culpa, e, claro, medo associado à antecipação destas consequências (Afonso, 2015, p.13).

Em um estudo com 291 pessoas autodeclaradas gays, lésbicas ou bissexuais, concluiu-se que o momento de maior risco de planejamento e tentativa de suicídio ocorre durante o processo de saída do armário para a família (Igartua et al, 2003; Weber-Gilmore et al., 2011 apud Antunes, 2016). Revelar a não cisgeneridade e/ou heterossexualidade é uma experiência que provoca muitos medos. Medo de decepcionar a todos, de ser descoberto; de não ser aceito pelos seus familiares e de

ser agredido por eles; de ser expulso de casa sem suporte para garantir sua própria subsistência; de ser agredido na rua; de sofrer bullying; de expressar afeto em público; de ser mal visto; de ser demitido; de ter medo constante; medo de ser, medo de existir. O conflito que sair do armário provoca parece demasiado sofrível em todas as suas possibilidades, pois implica a perda dos privilégios da “normalidade” e da heterossexualidade.

Assim, descobrir-se uma pessoa não-heterossexual e/ou não cisgênera demanda um processo de luto da heterossexualidade e/ou da cisgeneridade, que é lento, doloroso e pode levar uma vida inteira para se concluir. Castañeda (2007), pauta-se nos trabalhos de Elizabeth Kübler-Ross (1969) para apontar que:

[...] na pessoa que toma consciência de sua homossexualidade, encontrar-se-á a negação ("Talvez não seja verdade."), a raiva ("Por que eu?"), a barganha ("Farei de tudo para evitar isso. Vou compensar esse 'defeito', sendo o melhor..."), a depressão ("Nunca serei feliz."), e, enfim, se tudo der certo, a aceitação ("Sou o que sou e não preciso nem me esconder, nem tentar agradar ninguém para ser aceito."). (Castañeda, 2007 apud Teixeira-Filho & Rondini, 2012 p.661).

Não obstante, “sair do armário” não é um ato único que acontece apenas uma vez na vida da pessoa. A negociação sobre revelar a sexualidade é sempre levada em conta a partir das diversas situações e implica respostas distintas, pois, em cada lugar, ela terá um valor, uma representação, uma consequência.

O processo de sair do armário não afeta apenas o indivíduo, mas todo o núcleo familiar da pessoa, alterando consistentemente o suporte familiar. Independentemente de como é a formação da família, ela tem uma grande importância na vida dos sujeitos, servindo como referência ao longo de toda a vida. A família como uma entidade tem, então, suas obrigações e seus deveres, na figura dos cuidadores. Estes são responsáveis por dar o suporte necessário ao desenvolvimento dos que estão sendo cuidados, garantindo os direitos básicos deles. “Suporte refere-se ao conjunto de recursos desenvolvidos pela pessoa ao longo de sua existência que estão disponíveis a serviço de si mesmo e do outro” (Andrade 2014, p. 147). Ainda segundo esta autora, a Gestalt-terapia classifica o suporte em dois tipos: heterossuporte (apoio externo) e autossuporte (auto apoio).

Na medida em que a pessoa vai crescendo e amadurecendo, constrói-se um grau de autossuporte maior e conseqüentemente uma menor dependência do apoio externo. Nesse processo de crescimento, o suporte oferecido pelos cuidadores pode,

muitas vezes, tolher o desenvolvimento do autossuporte dos filhos, mantendo-os numa relação de dependência e controle. Essa relação pode se dar por medo dos filhos se afastarem, fisicamente e simbolicamente, do que fora esperado e projetado para eles. Assim, o suporte externo pode assumir um caráter disfuncional que mantém o outro preso em necessidades alheias.

Muitas vezes, os cuidadores vão destruindo a autenticidade e autonomia dos filhos na tentativa de que eles se enquadrem no projeto existencial que foi organizado para eles, determinando como e com quem a pessoa pode se relacionar, qual carreira deve seguir e quais caminhos deve trilhar.

A pesquisa de Pinto et al (2017) traça o perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no Brasil no período compreendido entre 2015 a 2017. Um dos dados apontados pela pesquisa diz respeito ao local em que a família ocupa na vida dessas pessoas. Muitas vezes entendida como fonte de amor, suporte incondicional, proteção e segurança, para pessoas não-cisheterossexuais, ela pode representar o lócus da violência.

Os familiares foram os autores mais frequentes de violências notificadas em adolescentes de 10 a 14 anos (29,4%) e em idosos (38,5%). Entre adolescentes de 15 a 19 anos, destacam-se os agressores de relação intrafamiliar (29,8%, considerando-se familiares e parceiros íntimos) e desconhecidos (19,5%) (Pinto et al, 2019).

A sexualidade pode servir como um elemento disruptor do apoio familiar quando vai na contramão das prescrições heteronormalizadoras. Podemos exemplificar essa situação com um relato presente no livro “Tentativas de aniquilamento de subjetividades LGBTIs” (CFP, 2019), no qual são apresentados, de forma anônima, uma série de relatos de violências contra pessoas sexo-gênero diversas. Estes relatos serão utilizados em outros momentos ao longo do texto. No relato apresentado a seguir é possível refletir a falta de suporte familiar

A família já não dava apoio, na época era aquela recusa toda. Então, a gente ficava de uma forma sem encontrar o apoio da família. Imagina a insegurança para enfrentar o mundo lá fora, entendeu? O medo, às vezes, comigo mesmo, eu sentia a rejeição das pessoas, a humilhação de não poder contar nada em casa, porque se fosse contar alguma coisa em casa eu ia ouvir muito mais ainda, porque eu já não tinha apoio. Foi terrível, era isso que me fazia perder o sono, a minha agitação, precisava de apoio. Foi terrível nessa época porque eu não tinha apoio de ninguém, só da minha mãe. Meus irmãos me recriminavam. Eram ameaças, ameaças terríveis que eu sofria, foi quando eu falei: “Eu vou enlouquecer.” (CFP, 2019, p. 47).

No estudo conduzido por Cramer, et al (2014), nos EUA, com 336 pessoas adultas, identificou-se que quanto menor o apoio social e familiar que as pessoas LGBTs possuem ao longo de sua vida, maiores são as tentativas de suicídio. A não aceitação da família e de si próprio caracterizou não apenas o suicídio dos mais jovens (19-30 anos) presentes em 9 dos 10 casos, mas também se destacou no suicídio dos mais velhos (31-61) anos, presente em 7 dos 14 casos. Os autores concluíram que o suicídio para os mais jovens pode estar relacionado ao processo de “sair do armário”. (Cramer et al, 2014 apud Tagliamento, 2019).

Além disso, o suporte familiar é um elemento central na prevenção do suicídio de pessoas LGBTI+ visto que o risco de tentativas de suicídio aumenta em 20% nos ambientes em que não há apoio à orientação sexual dos jovens, em comparação aos lugares onde se encontra suporte (Hatzenbuehler, 2011 apud Baére & Zanello, 2018).

Já a falta desse suporte é um elemento chave na predição de ideação e comportamento suicida na população LGBTQIA+, pois pode gerar sentimentos como desamparo e desesperança. Botega (2015) sinaliza que esses dois sentimentos estão entre os chamados afetos intoleráveis, reações emocionais críticas para a consolidação da morte voluntária. Esses dados revelam a importância do suporte familiar no processo de *coming out* de jovens e na prevenção do suicídio.

A experiência de sair do armário suscita muitos medos, principalmente o de ser rejeitado pelos familiares, perdendo assim o suporte familiar necessário para a sobrevivência em nível físico, mas também o suporte simbólico afetivo referente ao amor, orgulho e respeito dos pais. Se o jovem não recebeu suporte suficiente e nem confirmação positiva em sua história familiar, o seu fundo desenvolve-se de modo precário e sem os recursos necessários para sustentar o processo de revelar a sexualidade, impedindo uma subjetivação integrada e dinâmica. Nesse sentido, é exatamente por essa falta de suporte que a experiência de revelar a sexualidade aos familiares é altamente ansiogênica, estressante e ameaçadora, produzindo um sofrimento existencial que se manifesta em uma variedade de sintomas, que vão desde a ansiedade a quadros depressivos até ideação e comportamento suicida. Este cenário pode ser exemplificado no relato anônimo de um homem cisgênero gay presente no livro “Tentativas de aniquilamento de subjetividades LGBTIs”:

Eu sinto ansiedade acima do normal. Eu sei que é resultado de toda essa experiência ao longo da vida de tentar parecer uma coisa que eu não sou, ter

medo. Essa sensação de medo de alguém me recriminar em casa, mais em casa do que na rua, na verdade. Na rua, acontece com todo mundo esses tipos de preconceito, mas esperar isso das pessoas que mais deveriam te amar... Você fica em uma situação de resguardo, inclusive, quando você vai dormir. Você fica pensando: “Será que amanhã de manhã eu vou acordar e meus pais vão querer me expulsar de casa ou vão querer me bater, ou fazer alguma coisa desse tipo só porque eu sou gay?” (CFP, 2019, p.133).

Fukumitsu & Scavacini, (2013) apontam que o suicídio pode ser compreendido na sua relação com as dinâmicas familiares disfuncionais e, a partir da teoria de campo, podemos complementar essa discussão apontando que as dinâmicas familiares fazem parte de um sistema social mais amplo, regido pela heteronormatividade. Assim, buscamos compreender o suicídio não só na relação indivíduo-família, mas também na relação família-sociedade, pois, conforme aponta Cardoso (2019), uma relação não está nunca restrita ao indivíduo e ao outro, mas contém em si o fundo, que é responsável pela sustentação da figura. Este fundo pode ser a sociedade, a família, um grupo específico ou a humanidade. Se o fundo não oferece o suporte necessário para a emergência da figura na fronteira de contato, pode-se gerar experiências de ansiedade e sofrimento (Francesetti, 2013 apud Cardoso, 2019).

A família, enquanto um dos componentes desse fundo, precisa oferecer os instrumentos necessários para que o jovem consiga construir seu autossuporte, pois este é a base para a autenticidade. Andrade (2014), sobre este tópico, aponta que “ter autossuporte, é aceitar-se como se é” (p.155).

A experiência de revelar uma sexualidade, e de aceitar-se como é, pode ser facilitada ou dificultada a depender dos suportes que o sujeito recebe. Sair do armário é tarefa árdua: “se de um lado a pessoa quer se realizar, de outro está inserida em uma sociedade que faz exigências diferentes das suas, o que impede um crescimento espontâneo” (Andrade, 2014 p.152-153). Permanecer em um modelo existencial determinado pelo outro é fonte constante de sofrimento, pois assim, o sujeito não se realiza naquilo que ele é, mas sim, no que gostariam que fosse (Andrade, 2014).

3.2.1 Uma *gestalt* aberta na família

O processo de revelar uma identidade não-heterossexual afeta não somente a

pessoa, mas toda a família, visto que os familiares podem estar sujeitos a bullying homofóbico, stress profundo, sentimentos intensos de raiva para com o filho, alterações no próprio casamento, tensão e afastamento (Afonso, 2015). Desse modo, os pais também passam por uma série de processos quando seus filhos se desviam da cis-heteronorma.

Para os pais, a orientação do filho LGBTI+ pode ser encarada com sentimento de culpa e receio desse novo que lhes é desconhecido. Procuram saber “onde foi que erraram” e “como corrigir isso”. Nem sempre os familiares compreendem que o sofrimento que sentem pelo filho não ser heterossexual tem relação com a homofobia da sociedade. O reconhecimento de que o filho pode ser violentado pela sociedade por ser quem é somada com dúvidas acerca da orientação sexual e/ou identidade de gênero, transferem o problema da homofobia social para o sujeito que supostamente “escolheu/optou” por viver aquilo em vez de “optar” viver a heterossexualidade, sendo assim o culpado pela violência que ele poderá sofrer. Conforme podemos ver no exemplo anônimo de um homem cisgênero, gay:

[...]Tudo o que dava de errado eu falava assim “eu não consegui tal coisa”, aí, o meu padrasto sempre falava “é a sua escolha de vida”. Eu terminava um relacionamento: “É a sua escolha de vida, isso é o preço que você paga por gostar de homem. Arruma uma mulher, casa com uma mulher”. Ele sempre fala isso, até hoje. (CFP, 2019, pg.50)

Por vezes, há uma confusão entre opção sexual e orientação, como se as pessoas pudessem controlar conscientemente e racionalmente por quem elas vão se atrair fisicamente. Conforme aponta Castañeda (2007, p. 46): "quando uma pessoa se reconhece homossexual, não existem benefícios visíveis. Ao contrário: abre-se diante dela um futuro isolado e marginalizado que provavelmente trará conflitos com a família e a sociedade. Assumir-se homossexual não parece uma volta ao lar, mas, antes, um exílio". Portanto, quem escolheria algo que sabe, a priori, ocasionará em rejeição, temor, maus tratos, uma massiva perda de suporte? (Leone, 2012).

Mesmo que exista uma compreensão familiar de que atração afetivo/sexual não é uma opção, expressar a sexualidade é. A expressão sexual pode ser desencorajada pela família, que constantemente convida a pessoa a não demonstrar sua sexualidade. Essa lógica está presente nos discursos que podem ser relacionados a expressão popularmente conhecida “tudo bem que você seja assim, mas não precisa demonstrar”, como podemos ver no relato de um homem cis gay:

Eu tenho uma tia que entrou em depressão por descobrir que eu era gay e começou a entender. Mas era assim: “Você pode ser gay, mas você não precisa ser aquele gay que tem o cabelo grande, que corta o cabelo de lado. Eu quero que você seja comportado.” As desculpas eram sempre que “o preconceito é muito grande”. Só que o preconceito maior é o de dentro de casa. (CFP, 2019, pg. 50)

Assim, muitas vezes esses discursos que visam barrar a expressão sexual das sexualidades, se apoiam na ideia de que não há nada de bom ali para se mostrar, pelo contrário, é algo que deve ser escondido, para que se evite constrangimentos e violências. Além disso, tais discursos sinalizam que o sofrimento sofrido por estas pessoas é decorrente das suas “escolhas”, individualizando o problema e culpabilizando as vítimas.

A família pode ser um importante núcleo de processos de normatização dos sujeitos, visando constituir identidades fixas e rígidas centradas na premissa da cisheterossexualidade. A partir do reconhecimento da violência imbuída nesses processos de heteronormatização, é possível reelaborar a identidade familiar. Da mesma forma que a pessoa LGBTQIA+, os familiares precisam elaborar o luto da heterossexualidade e ressignificar a sexualidade heterocentrada, desconstruindo as introjeções a respeito dela. Isso significa, portanto, compreender que o projeto existencial do outro pertence ao outro, e que a educação não deve visar tornar o outro igual, conforme nos ensina Madre Tereza de Calcutá (1910-1977)

Ensinarás a voar, mas não voarão o teu voo.
 Ensinarás a sonhar, mas não sonharão o teu sonho.
 Ensinarás a viver, mas não viverão a tua vida.
 Ensinarás a cantar, mas não cantarão a tua canção.
 Ensinarás a pensar, mas não pensarão como tu.
 Porém, saberás que cada vez que
 voem, sonhem, vivam, cantem e pensem...
 Estará a semente do caminho ensinado e aprendido!

3.3 Homofobia Introjetada e Suicídio

*“Não podia continuar indo para a frente em um caminho que não era o meu, pois eu
 iria ficar cada vez mais longe de mim”*
 (Bilê Tatit Sapienza)

A retroflexão tem sido apontada como um importante mecanismo de bloqueio de contato nas experiências de autolesão e autoextermínio (Bernandes, 2015; Perls, Hefferline, & Goodman, 1997; Fukumitsu, 2017; Fukumitsu & Scavacini, 2013). Ela se caracteriza como o mecanismo no qual o sujeito volta a si mesmo, a energia que gostaria de direcionar ao ambiente. “Na impossibilidade de lidar com o meio ambiente, o sujeito investe sua energia em autoaniquilamento” (Fukumitsu & Scavacini, 2013, p.202).

Todavia, Polster & Polster (1979) discorrem brevemente sobre associações entre a retroflexão e a introjeção, pontuando que há introjetos básicos que impedem a pessoa de direcionar os impulsivos agressivos ao outro ou ao ambiente, indicando assim, que esse mecanismo pode guardar relações com a introjeção.

Perls (1981) utiliza-se da metáfora da digestão para falar a respeito do mecanismo da introjeção, que pode ser entendida como ato de “engolir tudo sem mastigar”. A introjeção é o mecanismo pelo qual os indivíduos incorporam padrões, valores, hábitos, normas, costumes, tradições, regras, modos de agir e de pensar, que não são deles próprios. Já o processo de “mastigação” implica decomposição e análise crítica das partes que estão sendo ingeridas (Perls, 1981, pg 48). Introjetar significa adotar para si, sem uma postura crítica e reflexiva, elementos diversos vigentes em uma cultura, de acordo com o autor:

A comida física, adequadamente digerida e assimilada, torna-se parte de nós – é convertida em ossos, músculos e sangue. Mas a comida que engolimos inteira, que deitamos garganta abaixo, não porque a queremos, mas porque temos que comer, permanece pesadamente no estômago. Faz com que nos sintamos mal, queiramos vomitá-la, expulsá-la de nossos sistemas. Se não o fazemos, se suprimos nosso mal-estar e náusea, e desejamos nos livrar dela, conseguimos, finalmente, uma digestão dolorosa ou que a comida nos envenene. O processo psicológico de assimilação é extremamente semelhante a seu correlato fisiológico (p. 46).

De forma geral, somos educados a nos comportar de determinada maneira, sendo recompensados ou punidos na medida em que nos alinhamos ou não às expectativas sociais. Menino deve brincar de carrinho, gostar da cor azul, sentar-se com as pernas abertas, falar grosso, ser forte, “pegador” etc. Já meninas, deve brincar de boneca, ser carinhosa, cuidadora, gentil, recatada etc. Em ambos os casos, aprendemos que ser homem ou ser mulher significa, sobretudo, ser heterossexual, pois ser homem significa sentir atração por mulher, e ser mulher significa sentir

atração por homem. Assim, somos educados a partir de uma série de prescrições que, se quebradas, produzem efeitos regulatórios.

Isso quer dizer que somos reforçados ao performar uma sexualidade heterossexual e punidos ao performar uma sexualidade não-heterossexual. Este processo pode ser entendido como a instituição de uma heterossexualidade compulsória. Todos precisam aprender a performar uma heterossexualidade, independente do custo, na medida em que qualquer comportamento que denota um “desvio” dessa sexualidade é duramente repreendido.

Os discursos que tendem a subalternizar as sexualidades distintas da heterossexual se proliferam em diversos contextos: no familiar, escolar, social, político. Os discursos de líderes políticos podem exemplificar a influência da heteronormatividade, uma vez que, vindo de representantes do povo, demonstram a representatividade social de tais enunciados. Como exemplo, podemos recorrer às falas proferidas por um representante político em diferentes entrevistas (Redação Lado A, 2016): “Seria incapaz de amar um filho homossexual. Não vou dar uma de hipócrita aqui: prefiro que um filho meu morra num acidente do que apareça com um bigodudo por aí. Para mim ele vai ter morrido mesmo”. “O filho começa a ficar assim, meio gayzinho, leva um couro e muda o comportamento dele.” “Não vou combater nem discriminar, mas, se eu vir dois homens se beijando na rua, vou bater”.

Estes enunciados dizem da dificuldade e incapacidade de amar um filho que não corresponda às expectativas sexuais e também dizem da forma como esses desvios deveriam ser punidos para serem evitados. Nessas frases, é possível perceber um entendimento de que essas posturas corretivas frente a não-heterossexualidade não são tratadas como uma violência, mas sim como comportamento esperado. Deste modo, podemos notar que “muitas expressões de preconceitos e discriminações em torno do sexual tendem a ser naturalizadas, até prestigiadas e não entendidas necessariamente como violência” (Castro et al, 2004 p. 277).

Se, desde pequeno, somos educados em uma lógica cis-heteronormativa que produz e reproduz as falas citadas acima tornando a heterossexualidade compulsória, a pessoa LGBTI+ não está isenta de introjetar os pressupostos dessa lógica que exclui e violenta ela própria. Como vimos ao longo do texto, as representações da sexualidade como pecado, desvio, crime, doença, são introjetadas pela sociedade em geral, incluindo as pessoas sexo-gênero diversas. Conforme aponta Castañeda

(2007), "pode parecer estranho o fato de que um homossexual possa ter preconceitos ou sentir certa rejeição à homossexualidade, mas é um fenômeno muito generalizado" (p. 148). Assim, os processos de subjetivação se darão a partir de uma série de representações negativas que as atravessam interna e externamente.

Tenório (2003) aponta que a introjeção também se caracteriza pelo caráter de imposição, carregando em si uma noção de dever. Nos casos da introjeção do preconceito sexual, a ideia central pode ser expressa no seguinte exemplo: deveria ser heterossexual e, portanto, não deveria ser homossexual, bissexual etc. Esse senso de dever e de imposição também é associado a um pensamento catastrófico, caso não seja cumprido. Com a interrupção do contato na introjeção, as necessidades pessoais não são satisfeitas e a figura não é completada, retornando ao fundo e sempre ressurgindo até que possa ser fechada (Tenório, 2003).

Perls (1981) ressalta alguns perigos da introjeção: um deles diz respeito ao fato de a pessoa não desenvolver sua própria personalidade, pois precisa corresponder aos ideais de um outro. Quanto mais fortes as introjeções, mais difícil é para a pessoa se expressar, ou mesmo descobrir quem realmente é de fato. Assim, a introjeção contribui para a desintegração da personalidade da pessoa.

Além disso, as introjeções da cisheteronorma e da homofobia geram sentimentos negativos internos e externos ligados à homossexualidade, como por exemplo: aversão, ódio, vergonha, repugnância, culpa, nojo e medo, todos voltados para o próprio sujeito e também para as minorias sexuais que apresentam as características introjetadas (Antunes, 2016). Desse modo, a autoimagem, a autoestima e a saúde da pessoa são prejudicadas.

Essas introjeções geram elementos para reprodução de violências auto-infligidas e contra outras pessoas que se afastam das normas de gênero e de sexualidade. Assim, ao introjetar os ideais heterossexistas, o introjetor passa a ser tanto vítima quanto algoz de si mesmo. O conteúdo desses introjetos se reúne em um núcleo que elege a heterossexualidade como a única sexualidade permitida, possível, valorizada e digna, gerando ideais de violência e morte a tudo o que fugir desse padrão.

Diversos ajustamentos criativos são produzidos como formas de evitar o sofrimento provocado pelo reconhecimento da não-heterossexualidade e podem manter o sujeito cindido. Antunes (2016) aponta que a possibilidade de sentir uma atração afetivo-sexual por pessoas do mesmo gênero é vivida como uma ameaça

perigosa gerando constante ansiedade. A negação dessa atração é uma saída psíquica para lidar com esses sentimentos e afetos inaceitáveis, intoleráveis (Antunes, 2016). Essa negação, se contínua, pode se cristalizar em uma dessensibilização afetivo-sexual, um anestesiamiento dos sentimentos, emoções e sensações. Conforme aponta Ribeiro (1997), a dessensibilização é o processo pelo qual há uma diminuição sensorial no corpo e a perda de interesse por sensações novas e mais intensas.

O fato de uma pessoa rejeitar sistematicamente seus próprios desejos ou sentimentos acabará, com o tempo, afetando suas relações com os outros e com ela mesma, sua vida sexual, e até mesmo sua saúde física (Castañeda, 2007, p. 148).

Dentro desse contínuum, algumas pessoas encontram seu refúgio para a negação da sexualidade nas religiões. Introjeções de cunho religioso e que dizem respeito ao entendimento das não-heterossexualidades como pecado podem gerar um movimento de abstinência sexual, de castidade, de celibato e/ou de serviço absoluto a Deus, como podemos perceber no relato anônimo de uma mulher, cis, bissexual:

Eu me usava dessa coisa meio religiosa e da castidade, para falar que eu não queria nenhum envolvimento sexual, mas era porque era o que eu acreditava. Na verdade, não era o que eu acreditava, mas era uma forma de tampar aquilo. (CFP, 2019, p.159)

A religiosidade pode ser uma esfera muito importante na vida das pessoas pois, além de fornecer um sistema de crenças, pode servir de ponte para a construção de uma rede de apoio social. Botega (2015) aponta que as taxas de suicídio são menores em grupos ou indivíduos mais religiosos. Todavia, conseguir conciliar religião e sexualidade é um desafio enfrentado por muitas pessoas LGBTI+, que têm suas vivências condenadas pelas grandes religiões e pelas escrituras sagradas que interpretam a não-cisheterossexualidade como pecado, influência demoníaca ou possessão (Mesquita & Perucchi, 2016). Se estar vinculado à esfera religiosa é entendido enquanto um fator de proteção, ser excluído e rejeitado dessa esfera pode ser um possível fator de risco para o suicídio. Este relato anônimo de uma mulher cis lésbica pode ilustrar essa relação.

(...) eu não podia contar para a minha mãe, eu não podia contar para a psicóloga e, por dedução, Deus não gostava de mim. Não podia nem contar com aquilo que eu mais acreditava, que era em um ser superior. O tempo de relógio, eu vou ser sincera, eu não lembro. Mas o tempo de sofrimento era uma eternidade. (...) Depois dessas sessões, eu lembro que eu tentei o suicídio.” (CFP, 2019, p.146)

Antunes (2016) aponta que esconder, omitir ou fingir a orientação sexual, assumir atitudes e comportamentos heterossexuais, escondendo tudo o que poderia indicar uma não-heterossexualidade, é uma das características principais da homofobia introjetada. Nesse sentido, para ser confirmada socialmente, amada e respeitada, a pessoa pode ter uma vida pública heterossexual, ter um relacionamento heterossexual, inclusive filhos, e viver secretamente seu desejo, levando uma vida dupla e perdendo, assim, a oportunidade de desenvolver sua própria personalidade frente ao simulacro.

Outra característica da homofobia introjetada é a atitude supercompensatória que é percebida como uma necessidade de ter que apresentar algo a mais para ser tratado como um “igual”. A supercompensação visa estabilizar o déficit gerado pela representação negativa da orientação sexual, ou seja, a pessoa se sente na necessidade de ser muito boa em tudo para minimizar os efeitos de uma revelação da sexualidade. Conforme aponta Castañeda (2007), a busca por uma compensação por ser LGBTI+ é fonte constante de ansiedade, autocobrança e perfeccionismo, pois ela não impede que qualquer falha, erro ou insucesso seja associado à orientação sexual. Este relato anônimo de uma mulher cis bissexual pode exemplificar esse ponto.

Eu sou a filha gay, artista plástica. Por maiores (que sejam) as coisas que eu posso conquistar, isso sempre vem de alguma forma na frente para a minha mãe, assim, como uma coisa ruim. “Ela fez isso e isso, ela expôs em Paris, no Louvre. Ah, mas ela é sapatão”. Isso é muito duro. Você tenta ser a melhor versão de si e parece que nunca, nada está bom o suficiente porque você não está dentro de um padrão. (CFP, 2019, pg.49)

Antunes (2016) aponta que a homofobia introjetada tem diversos efeitos perversos na vida das pessoas LGBTI+, podendo gerar uma confusão sentimental e dessensibilização, baixa autoestima, autodepreciação, atitude hipercrítica em relação a si mesmo e aos outros, isolamento social, supressão generalizada de sentimentos, ansiedade crônica, atitude supercompensatória, medo, vergonha e culpa. Além disso, há uma maior vulnerabilidade para o sofrimento psíquico como depressão e ansiedade (Antunes, 2016).

Com a paulatina introjeção da homofobia, o sujeito vai assimilando e rejeitando o que ele é ou não é, em termos das necessidades externas em vez das próprias necessidades. Desse modo, vai assumindo para si, um projeto existencial alheio, e esse caminho leva-o cada vez, para longe de si mesmo.

Por fim, é importante ressaltar que a introjeção da homofobia não é um fenômeno específico da população LGBTI+, ocorrendo em maior ou menor grau em todas as pessoas educadas em uma cultura cis-heteronormativa. Todavia, os efeitos dessa introjeção são mais marcantes para as pessoas que, em algum momento, se veem identificadas com estas.

Diante do exposto, entendemos que população sexo-gênero diversa é marcada por uma série de especificidades que geram diversos tipos de sofrimento, tornando a vivência da sexualidade uma verdadeira batalha interior e exterior.

3.3.1 Homofobia Introjetada e “Cura gay”

“A mudança ocorre quando uma pessoa se torna o que é, não quando tenta converter-se no que não é” (Beisser)

Fragilizadas pela introjeção do preconceito sexual algumas pessoas podem procurar, de forma voluntária ou compulsória, terapias de reorientação sexual, também conhecidas como terapias de conversão ou ainda, em um contexto popular, como “cura gay”. Estas práticas visam “adequar” o desejo da pessoa, “corrigir” esse desvio ou “curá-la” desse pecado. Tais terapias visam propor intervenções para viabilizar a mudança de orientação sexual da não-heterossexual para heterossexual “baseados muito mais em pressupostos oriundos das religiões do que da ciência psicológica” (Sposito, 2012 p.100). A defesa desse tipo de pseudoterapia parte do pressuposto de que é necessário oferecer tratamento para as pessoas que voluntariamente busquem abandonar a homossexualidade por causa do sofrimento advindo dela. Esse entendimento parte da lógica de que a vivência da homossexualidade traz um sofrimento em si mesma, ignorando todo o sofrimento produzido pela homofobia. A partir disso, trabalham para eliminar o desejo do sujeito, em vez de atuar na causa do sofrimento, a saber, o preconceito, a discriminação, a inferiorização, a rejeição, a negação de direitos, a violência física, psíquica e simbólica

a que essas pessoas estão constantemente sujeitas. Podemos perceber isso a partir do relato anônimo de um homem cis gay:

O que o psicólogo me dizia sobre as pessoas LGBTI é que, por exemplo, os homens gays eram promíscuos, incapazes de serem fiéis, que eram pessoas tristes, que eram pessoas com a sensação de serem incompletas, com vazio, pessoas solitárias. Ele sempre trazia dados, por exemplo, de que os gays têm mais distúrbios psicológicos, os gays têm mais depressão, os gays cometem mais suicídio e tudo mais. Não fazia uma leitura ampla, não fazia uma leitura sistemática do porquê disso, sabe? Falava: “Olha, a homossexualidade é errada e produz esses aspectos negativos nas pessoas”, sem analisar se aquelas pessoas estavam em um ambiente homofóbico, em um ambiente repressor pra elas.[...]” (CFP,2019, pg.166)

Esse trecho revela quão problemática é a naturalização dos sofrimentos das pessoas LGBTI+, como sendo fruto da vivência da orientação sexual ou da identidade de gênero. Essa compreensão ignora todo o contexto social de violência que promove o sofrimento, ao passo que internaliza no próprio sujeito, na sua sexualidade ou na sua identidade as causas do sofrimento, como podemos perceber nesse depoimento anônimo de um homem cis gay:

Eu não queria a homossexualidade, isso é muito importante, eu não queria a homossexualidade. Não é porque eu tinha medo de ir para o inferno. É porque eu tinha medo de ser descoberto e de perder toda a minha família, de perder a igreja, de ser assim, escorraçado, ser excluído da igreja, ser excluído da minha família e de não ter uma família. Eu tinha medo de não ter uma família, eu tinha medo de não pertencer e, aí, é isso que me motivava muito para deixar a homossexualidade. (CFP, 2019, pg. 136)

No campo da Psicologia, são reproduzidas uma série de prescrições cis-heteronormativas, na tentativa de corrigir, ajustar e curar os sujeitos desviantes. A pesquisa de Vezzosi et al (2019) investigou as crenças e atitudes corretivas da psicologia sobre a homossexualidade no contexto brasileiro. A investigação aponta para as altas taxas de ações corretivas sobre as orientações sexuais não heterossexuais. A pesquisa revelou que 29,48% dos(as) profissionais da Psicologia concordam que, se houver solicitação do(a) paciente, o psicólogo/psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual para heterossexual. Além disso, 12,43 % dos profissionais de Psicologia concordam com a afirmação de que o psicólogo/psicoterapeuta deve ajudar a mudar a orientação sexual de homossexual

(gay, lésbica ou bissexual) para heterossexual, mesmo que isso não seja demanda do paciente (Vezzosi et al, 2019). Esta pesquisa traz dados alarmantes, mostrando o quanto profissionais da psicologia no Brasil ainda reproduzem práticas defasadas, como as tentativas de heteronormatização, o que constitui falta ética. Assim, espaços que deveriam acolher e amparar essas pessoas, acabam reproduzindo discriminações, preconceitos e violências que vulnerabilizam ainda mais essas pessoas.

Em 2007, a Associação Norte-Americana de Psicologia (APA) elaborou o relatório “Relatório da Força Tarefa da Associação Americana de Psicologia sobre as Respostas Terapêuticas apropriadas para a Orientação Sexual” (APA, 2009), no qual foram revisados 83 artigos científicos em inglês, publicados entre 1960 e 2007, que tratavam da terapia de reorientação sexual. Eles sustentam a ineficácia desse tipo de tratamento, demonstrando que os resultados são catastróficos para essas pessoas, aumentando o risco de ansiedade, depressão e suicídio. Tais afirmações corroboram a teoria paradoxal da mudança, uma vez que “(...) a mudança ocorre quando uma pessoa se torna o que é, não quando tenta converter-se no que não é” (Beisser, 1980, p. 110).

A pessoa que procura voluntariamente uma terapia de reorientação sexual quer deixar de sofrer, mas confunde a necessidade de eliminar o sofrimento com a eliminação da sua própria sexualidade. Da mesma forma, “[...] a pessoa que pensa no suicídio deseja eliminar o sofrimento, parte da existência, mas confunde a necessidade de aniquilar seu sofrimento com auto aniquilar-se, matando o todo” (Fukumitsu & Scavacini, 2013 p.199).

Em Gestalt-terapia, não se trabalha com a perspectiva de correção e de adequação, não cabendo ao terapeuta portanto, promover tratamentos que visem a normatização, correção ou a reorientação da sexualidade da pessoa a um modelo padrão. Quando o terapeuta se dispõe a acolher o cliente e ouvi-lo, de forma genuína e autêntica, colocando em suspensão seus pré-conceitos e seus valores para compreender as significações da pessoa. Nesse encontro, cria-se um clima propício para a revelação autêntica do ser, que deve ser aceito e confirmado na sua diferença e na sua singularidade. Somente quando o terapeuta suspende suas diferenças e divergências para aceitar e respeitar o cliente na sua individualidade, a pessoa vai se sentir livre para expressar sua autenticidade, permitindo o surgimento dos aspectos

alienados e desintegrados da sua própria personalidade. Desse modo, podemos ampliar as possibilidades de ser-aí do sujeito, em vez de reduzi-las.

4 - PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

4.1 A prevenção do suicídio da população LGBTI+

Lidar com o fenômeno do suicídio envolve também lidar com questões existenciais que nos atravessam como, por exemplo, a finitude, a falta de sentido, a ambivalência entre o querer viver e o querer morrer, a falta de respostas, a desesperança, a culpa e o luto. Lidar com essas questões pode ser fonte de angústia, tanto para familiares quanto para profissionais. Nesse sentido, é necessário estar apto para promover tanto a prevenção quanto a posvenção desse fenômeno. É importante ressaltar que a prevenção do suicídio é possível, todavia “prevenção não significa previsão” (Fukumitsu, 2013, p.58)

Do mesmo modo que o sofrimento existencial que pode levar ao suicídio é um fenômeno relacional, por acontecer no campo, a promoção de saúde, o fortalecimento e o suporte também se originam nele. A relação entre cliente e psicoterapeuta, por exemplo, é de suma importância na prevenção do suicídio, pois ela possibilita criar as condições necessárias para a superação das dificuldades, além de promover o desenvolvimento humano e a realização das potencialidades. Nessa relação, se pode firmar uma aliança terapêutica que permite à pessoa sentir-se confiante para falar a respeito do seu desejo de morte e dos seus sentimentos inóspitos. A partir desse acolhimento, é possível, então, ressignificar todos esses sentidos.

Pelo fato do suicídio ser um fenômeno que abarca não só o individual, não é possível preveni-lo de maneira solitária e, por esse motivo, o trabalho deve ser multiprofissional, buscando incluir toda a rede de apoio possível (Fukumitsu, 2014). Como muitas vezes pessoas LGBTI+ são expulsas de casa ou não podem contar com o apoio dos pais, a referência de suporte delas pode estar em outra esfera. Por isso, é preciso mapear quem são as pessoas próximas, em quem elas confiam, com quem elas podem contar. É importante, na elaboração do contrato terapêutico, constar dados de pessoas próximas ao paciente, e não somente de familiares, para que, em casos de crise suicida, o psicoterapeuta possa apoiar-se nestes contatos. Além disso, é importante que fique claro que o sigilo será mantido, desde que não haja risco de vida.

O diagnóstico pode ser uma ferramenta essencial para a estruturação do tratamento, fornecendo ao profissional as informações, descrições e compreensão

sobre a pessoa no momento presente da experiência. É importante considerar o aspecto processual do diagnóstico em Gestalt-terapia. Conforme ressalta Frazão (2015), é preciso levar em conta as descrições dos sintomas e a comunalidade deles, oferecida pelos manuais diagnósticos, mas também, as singularidades próprias de cada pessoa no que tange aos seus processos criativos funcionais e disfuncionais. Isto significa atentar-se à forma como a pessoa lida com seus sintomas e seus sofrimentos, levando em consideração a descrição da experiência que ela faz no seu mundo próprio.

Sendo a desesperança um dos afetos intoleráveis mais ligados ao comportamento suicida (Botega, 2015), a instilação de esperança é, então, uma das principais ferramentas no manejo do suicídio. Ela pode ocorrer apoiada naquilo que dá um sentimento de pertença ao paciente, a partir de algum desejo como, por exemplo, o desejo de ser aceito pelos pais. Instaurar a possibilidade de que tal desejo pode se realizar, frente ao estreitamento cognitivo e afetivo do paciente, é instilar esperança.

Outros afetos que podem levar ao estado de *psychache* são a culpa, a vergonha e a falta de sentido (Shneidman,2001). Na vivência de uma sexualidade não-heterossexual, esses sentimentos se fazem presentes na vergonha, que dificulta a pessoa a vivenciar de forma plena e íntegra sua sexualidade, impedindo-a de revelar esse aspecto da sua vida. Há uma necessidade de medir cada palavra ou gesto para não ter sua sexualidade descoberta. Como ressalta Botega (2015), “O suicídio pode resultar da vergonha que se abate em quem teve um segredo descoberto, ou em quem falhou e frustrou a própria expectativa ou a de outra pessoa” (p.141). A vergonha da própria sexualidade é um elemento central na homofobia introjetada e, junto a ela, temos a frustração de não se adequar à cis-heteronorma. A combinação desses elementos pode, então, culminar na morte voluntária. Desse modo, salientamos que uma terapia afirmativa que viabilize a possibilidade de um orgulho LGBTQIA+, da pessoa se sentir aceita e confirmada em sua totalidade, torna-se uma estratégia de prevenção do suicídio.

Outro elemento que pode ajudar no manejo da crise é a elaboração de uma avaliação do risco de suicídio, que inclua a descrição dos fatores de risco a que a pessoa está exposta, a intencionalidade do seu ato e o grau de letalidade que dispõe. A combinação de um forte fator de risco, como tentativas anteriores, ou de vários fatores é sempre um alerta. A intenção da formulação do risco de suicídio não serve

para determinar ou prever qual paciente pode ou não suicidar, mas para priorizar as ações dirigidas aos pacientes, uma vez que um risco alto exige uma intervenção diferente de um risco baixo (Botega, 2015). Vários sinais precisam ser atentamente observados, como: expressão constante de falta de sentido, anedonia, desesperança de que a situação possa melhorar, a construção de um plano de suicídio, a presença de transtorno(s) psíquico(s), o aumento do consumo de álcool e/ou outras drogas, isolamento, insônia e alterações súbitas de humor (Fukumitsu & Scavacini, 2013). O maior preditor de risco, todavia, são tentativas anteriores (Fukumitsu & Scavacini, 2013).

Para além desses fatores, é necessário compreender o sentido da morte para a pessoa que almeja se matar. Estes sentidos podem estar relacionados a fantasias, a traumas, culpa, vingança etc. A partir da exploração fenomenológica dos sentidos atribuídos pela pessoa ao suicídio, é possível ressignificar o sofrimento e encontrar alternativas para ele. Para isso, é preciso conseguir tolerar a falta de sentido do cliente, a angústia, bem como a ambivalência entre o querer viver e o querer morrer. Se o suicídio pode ser entendido enquanto uma mensagem que se quer passar, é importante explorar que mensagem é essa.

No estado de *Psychache*, a pessoa pode apresentar uma constrição cognitiva e afetiva, que estreita suas possibilidades de ação frente ao seu sofrimento (Botega, 2015). Isto pode significar uma gestalt fixa e cristalizada, que empobrece o contato, tornando as opções dicotomizadas como, por exemplo, “ou eu me mato e resolvo o problema, ou eu continuo assim sofrendo”. Dessa forma, é necessário co-construir um fundo que ofereça o apoio, a confirmação e os recursos necessários para a emergência de novas figuras. É um trabalho de fortalecer o fundo a partir da própria relação psicoterapêutica para que novas *gestalten* possam emergir, fornecendo as condições necessárias para o desenvolvimento do auto-suporte, da auto-realização e da autorregulação orgânica. Esse processo é fundamental para que o sujeito que procura uma forma de cessar a dor psíquica e não encontra outras alternativas que não o suicídio, possa ampliar sua *awareness* sobre seu leque de possibilidades.

Cardoso (2017) aponta que a saúde não é um estado e sim um processo, que está relacionado à capacidade da pessoa de responder de forma criativa e autêntica as suas demandas sendo, portanto, muito mais que a ausência de doenças. Trata-se de estar presente na fronteira de contato incorporando e assimilando aquilo que lhe é nutritivo e eliminando o que lhe é tóxico num livre fluxo de *gestalten*.

De forma geral, é preciso reconhecer os fatores de risco, entendendo-os não como fatores fixos, mas mutáveis, explorar a intenção suicida e a existência de um plano suicida; buscar compreender quais significados a pessoa atribui ao suicídio, explorar os sentimentos ligados a esses significados, acolher o sofrimento e o sentimento de impotência e de solidão, além de explorar opções, estratégias e alternativas ao suicídio, envolvendo a família e a rede de apoio se necessário, potencializando, assim, os fatores de proteção (Fukumitsu & Scavacini, 2013 ; Botega, 2015). Dessa forma, conforme aponta Alvarez (1999, p.135), “em outras palavras, o argumento final contra o suicídio é a própria vida”.

A intenção suicida do cliente pode ser a figura para o psicoterapeuta, bem como a sua sexualidade, caso esteja ligada aos motivos da ideação e/ou comportamento suicida. Todavia, a pessoa precisa ser vista e compreendida como uma totalidade, não podendo ser reduzida a um diagnóstico, comportamento ou prática. Trata-se, então, de compreender o que é figura no momento, sem perder de vista o fundo que sustenta essa experiência e o campo na qual ela acontece. A pessoa não se resume à sua sexualidade, muito menos ao seu comportamento ou ideação suicida. É preciso oferecer um cuidado integral e, para isso, muitas vezes é necessário compartilhar o cuidado com uma rede de cuidadores que podem envolver outros profissionais, familiares e amigos.

A prevenção do suicídio é possível, e a clínica psicológica é um espaço privilegiado onde ela pode ocorrer. A relação terapêutica pode ser um fator de proteção contra o suicídio, mas é importante ressaltar que a prevenção não se resume a este espaço. O fortalecimento da rede de atenção psicossocial e do Sistema Único de Saúde (SUS), na defesa pela saúde integral e gratuita, são, em si, estratégias de prevenção do suicídio, pois promovem a ampliação do acesso à saúde para a população, a integralização do cuidado, e a equidade. Além disso, conforme aponta Fukumitsu (2018), a prevenção do suicídio deve ser uma prática diária.

4.1.1 Desconstruindo mitos e crenças sobre o suicídio e as sexualidades

Os significados que os psicoterapeutas atribuem à morte, à vida e ao suicídio embasam sua prática clínica, sua escuta e suas intervenções. Nesse sentido, a literatura da suicidologia aponta para uma série de mitos e de concepções errôneas

que podem produzir efeitos negativos no tratamento. Uma delas é o receio de perguntar sobre a ideação suicida e, assim, desencadear uma crise suicida. Há também a crença de que a pessoa que planeja se matar não fala sobre isso e age impulsivamente, de forma que aquela que fala sobre o desejo de se matar está, “na verdade”, tentando manipular os outros ou obter atenção. Também há crenças de que as pessoas suicidas, necessariamente, sofrem de algum transtorno mental. Há outras convicções de que o suicídio seja hereditário, ou mesmo de que crianças não o cometem por não entenderem o significado da morte.

Da mesma forma, há diversos mitos e julgamentos equivocados sobre as minorias sexuais, os quais formam um conjunto de estereótipos sobre essa população que podem influenciar negativamente no tratamento psicoterápico, ou impedi-las de acessar estes espaços, causando ainda mais sofrimento às pessoas já fragilizadas. Assim, é preciso estar *aware* dos sentidos atribuídos ao suicídio e à sexualidade, bem como dos sentimentos e emoções que a lida com tais paciente nos suscita.

Um receio comum, é de que falar sobre o suicídio possa ocasioná-lo. Perguntar sobre o suicídio não significa induzir o paciente a isso. Ao explorar de maneira acolhedora as ideias suicidas do paciente, pode-se fortalecer o vínculo terapêutico, o que abre espaço para a expressão de um sofrimento que muitas vezes não é comunicado socialmente devido ao tabu. “O terapeuta não deve ter receio de perguntar sobre o suicídio para um cliente; na dúvida, indica-se que sempre pergunte” (Fukumitsu e Scavacini, 2013 p.201). É essencial criar um espaço seguro e acolhedor onde a pessoa possa falar abertamente também sobre sentimentos inóspitos.

Uma outra concepção errônea é a de que a pessoa que fala sobre se matar, está querendo chamar atenção, ou manipular. Ao comunicar sobre o desejo de se matar, a pessoa pode estar emitindo um pedido de ajuda que não pode ser desconsiderado. Conforme sinaliza Botega (2015), grande parte das pessoas que suicidaram deram sinais verbais ou não-verbais sobre a intenção do suicídio. Mesmo que exista um conteúdo manipulativo, não se deve desconsiderar o risco (Botega, 2015). Além disso, quem planeja se matar não necessariamente está determinado a morrer. A ambivalência entre o querer viver e o querer morrer é uma experiência comum nas pessoas que almejam o suicídio sendo que, muitas vezes, a pessoa não deseja a própria morte, e sim uma saída para o seu sofrimento (Fukumitsu e Scavacini, 2013).

Um outro mito é a associação linear entre comportamento suicida e transtorno mental. O suicídio não acontece só quando há algum transtorno mental. Ainda que este esteja presente em grande parte dos casos de suicídio, nem todas as pessoas que apresentam algum tipo de adoecimento emocional grave apresentam comportamento suicida. Este indica um sofrimento psíquico muito acentuado, e não necessariamente um transtorno mental (Botega, 2015).

Há também o receio de que uma pessoa que tenha tentado suicídio, tentará sempre. O risco de suicídio não é constante, pois é influenciado por uma série de questões que podem mudar. A ideação suicida pode retornar em outros momentos, mas não é permanente. Diversas pessoas que já pensaram em se matar, ou que chegaram a tentar, conseguiram encontrar outras formas de lidar com o sofrimento psíquico que gerava essa necessidade (Botega, 2015).

Na lida com o sofrimento humano, podemos nos identificar com o sofrimento alheio. Frases como, “se eu estivesse no lugar dele, também me mataria” apontam para uma identificação com o sofrimento existencial que pode prejudicar a assistência à pessoa que almeja o suicídio (Botega, 2015). É sempre importante lembrar que, muitas vezes, a pessoa quer exterminar o sofrimento, e não a vida em si.

Da mesma forma que precisamos estar atentos aos entendimentos sobre o suicídio e aos afetos que nos despertam, é preciso atentar-se também aos mitos e crenças sobre a sexualidade não-heterossexual. A pesquisa de Moita (2006) objetivou analisar o discurso de psicólogos e psiquiatras portugueses a respeito da homossexualidade e constatou a presença de crenças que relacionam as sexualidades não-heterossexuais a déficits, patologias, falhas, parafilias, desvio sexual, disfunção, comportamento contra a natureza, ou como resultado de um desenvolvimento psicosssexual desadequado. Além disso, há nesses discursos uma série de etiologias para essas sexualidades na tentativa de explicá-las. Na pesquisa, foi evidenciado que essas sexualidades são entendidas como falhas no processo de identificação, e/ou no processo de desenvolvimento psicosssexual, um transtorno narcisista, uma aprendizagem inadequada a partir da vivência de traumas nas relações heterossexuais, e sobretudo, uma determinação biológica.

Segundo Vezzosi et al (2019), os psicólogos apresentaram crenças de que a homossexualidade e a bissexualidade são resultadas de dinâmicas familiares patológicas disfuncionais, causadas por traumas e que seriam produtos de uma falha de identificação com o próprio papel de gênero. Além disso, apresentam crenças de

que a homossexualidade é uma patologia; de que as crianças criadas por pais/mães homossexuais (gays ou lésbicas ou bissexuais) têm maiores chances de terem problemas no desenvolvimento; de que homossexualidade ou bissexualidade é produto de um sentimento de que se é inadequado(a) ou incompetente nas relações heterossexuais; de que existe uma causa para a homossexualidade ou bissexualidade dos(as) pacientes; e, finalmente, de que uma pessoa homossexual ou bissexual deve experimentar contato físico ou sexual com uma pessoa de outro gênero para ter certeza de sua homossexualidade ou bissexualidade.

O ponto em comum dessas crenças e pressupostos é que elas analisam as sexualidades elegendo a heterossexualidade como norma. Assim, entendem a não-heterossexualidade da pessoa como um problema, estabelecendo uma relação causal entre o sofrimento e a orientação sexual o que, como vimos ao longo do texto, reflete não o problema real da pessoa e sim um posicionamento preconceituoso por parte do terapeuta. Trabalhar a homofobia introjetada é essencial não só para os pacientes como também para os psicoterapeutas, de forma que a relação entre eles seja, de fato, terapêutica, e não uma ação corretiva heteronormatizante.

O trabalho psicoterapêutico embasado nessas crenças pode ser considerado uma falta ética visto que há resoluções que orientam o trabalho dos Psicólogos com a população sexo-gênero diversa no âmbito da Psicologia e que versam sobre a proibição da patologização dessas identidades. A Resolução CFP N° 01/99 de 22 de março de 1999, publicada pelo Conselho Federal de Psicologia, estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual (CFP, 1999). Esta resolução esclarece que a homossexualidade não é uma patologia, mas uma das possibilidades humanas de expressão da sexualidade. Aponta também para a necessidade do enfrentamento a homofobia.

Já a Resolução CFP N° 01, de 29 de janeiro de 2018, publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (Brasil), estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. O documento esclarece que transexualidades e travestilidades não são patologias, destacando que a transfobia precisa ser enfrentada e que as identidades de gênero são autodeclaratórias. Outro documento importante é o “Relatório da Força Tarefa da Associação Norte-americana de Psicologia sobre as Respostas Terapêuticas apropriadas para a Orientação Sexual” (APA, 2009). Este traz dados sistemáticos sobre a ineficácia de tratamentos que visam a mudança de orientação sexual.

Desse modo, vemos que há uma série de tentativas de explicações sobre as sexualidades não-heterossexuais que buscam uma causalidade entre a orientação sexual, a identidade de gênero e outros fatores, entendendo-as como patologias e/ou desvio. Além disso há uma série de intervenções corretivas e antiéticas visto que “não há evidências que apoiem a hipótese de que relações disfuncionais com os pais, abuso sexual ou qualquer outro evento adverso da vida influenciem na orientação sexual” (Perrin, 2002 apud Vezzosi et al,2019).

Portanto, o trabalho psicoterapêutico embasado nesses mitos, crenças e estereótipos fragiliza ainda os sujeitos, intensificando o sofrimento mental e até mesmo a ideação suicida. Desse modo, a desconstrução dessas crenças e preconceitos sobre a gênese da não-heterossexualidade é fundamental para o trabalho com a população LGBTI+, e também para a prevenção do suicídio nessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho parte de uma revisão teórica e de uma tentativa de aproximação entre a teoria gestáltica, os estudos de gênero e a literatura da suicidologia, para analisar o fenômeno do suicídio da população LGBTI+. A tentativa de aproximar autores e perspectivas teóricas díspares, encontra possibilidades na Gestalt-terapia, desde a sua fundamentação, visto que esta abordagem nasce de aproximações teóricas de diversos saberes. Apesar das diferenças de toda ordem que possam se encontrar nos autores aqui citados, podemos construir um todo harmônico, diferente da soma de suas partes.

A visão gestáltica de pessoa e de mundo vai na contramão das explicações essencialistas e normativas que postulam um determinismo biológico do ser humano. De forma semelhante, discorda das ideias que associam gênero e sexualidade a algo intrínseco, como uma natureza (essência) masculina ou feminina, heterossexual ou homossexual. Neste sentido, a partir da Gestalt-terapia, podemos compreender o gênero e a sexualidade, não como destinos pré-determinados pela fisiologia, biologia e anatomia, mas como possibilidades, como modos de ser-no-mundo, como devir. Postulando o primado da existência sobre a essência, rompe-se com as lógicas normalizantes (cis-heteronormativas) que tentam pré-determinar o sujeito a partir de uma essência binária, abrindo espaço para compreensão, escuta e acolhimento não patologizante das múltiplas vivências que não se adequam a esse sistema, como é o caso da diversidade sexual e de gênero.

A faceta existencialista da Gestalt-terapia, se aproxima das teorizações de Butler sobre a constituição da identidade. A autora postula a sexualidade e o gênero não como preexistentes ao sujeito, mas como fabricadas e construídas cotidianamente, no próprio ato de existir. Nesse sentido, o caráter de poder-ser da existência, desconstrói os pressupostos de que somos possuidores de uma identidade previamente dada, que não leva em conta o contexto histórico na qual emerge. O caráter de abertura do ser-aí revela, portanto, uma indeterminação ontológica.

Além disso, o caráter de ser-aí-no-mundo implica pensar a indissociabilidade entre sujeito e meio, de modo que se torna insustentável pensar o fenômeno do suicídio apenas na sua dimensão individual, sem considerar a relação do mesmo com as dinâmicas históricas, sociais, políticas, econômicas etc. Desse modo, é incoerente

pensar uma teoria em Gestalt-terapia que seja individualista, que se atenha apenas ao sujeito sem considerar o campo no qual este se constitui.

Buscamos evidenciar o campo no qual é produzido o estado de *psychache* da população LGBTI+. Ao destacarmos os cenários que precarizam a vida dessa população, podemos compreender, de forma mais ampla, como os sofrimentos ligados às sexualidades se inserem no campo relacional entre a pessoa e a cis-heteronorma. Portanto, o sofrimento que pode levar ao suicídio não se encontra exclusivamente no interior da pessoa, em seu gênero ou em sua sexualidade. Ser gay, lésbica, bissexual, transgênero, não é uma condição *per si* que faz com que a pessoa tenha um risco maior de suicídio. Como constatado através da revisão literária, o que torna os índices de suicídio maior nessa população são fatores de risco como a violência, o preconceito e a marginalização, ou seja, as constantes tentativas de aniquilamento físico, simbólico e existencial dessas subjetividades em todas as esferas da sociedade.

Conforme apontado no texto, a população sexo-gênero diversa é marcada pela violência em diferentes formas, o que causa uma série de impactos na saúde mental, incluindo altas taxas de suicídio. A ausência de dados nos obituários sobre orientação sexual e identidade de gênero demonstra que o reconhecimento da identidade e da sexualidade de pessoas não-cisheterossexuais é negado não só durante suas vidas, mas também em suas mortes. Esta ausência também se relaciona ao silenciamento e à invisibilidade a que a população LGBTI+ é cotidianamente submetida. Neste sentido, Foucault (1988) ressalta que “a repressão funciona, decerto, como condenação ao desaparecimento, mas também como injunção ao silêncio, afirmação de inexistência e, conseqüentemente, constatação de que, em tudo isso, não há nada para dizer, nem para ver, nem para saber” (Foucault, 1988, p.10).

Na literatura gestáltica, a retroflexão tem sido apontada como um importante mecanismo de bloqueio de contato nas experiências de autolesão e autoextermínio. Todavia, a partir da revisão bibliográfica, das reflexões realizadas e da minha experiência clínica com pessoas LGBTI+, surgiram alguns questionamentos a respeito da centralidade desse bloqueio nessa população. Dessa forma, consideramos que, nessa população, o comportamento suicida parece guardar maior relação com o mecanismo de introjeção do que com a retroflexão. Apesar desses dois mecanismos estarem presentes e relacionados nos ajustamentos criativos disfuncionais citados ao longo do texto, a introjeção parece ganhar maior centralidade. As reflexões propostas

até aqui indicam a possibilidade da introjeção da homofobia como um aspecto fundamental na origem do auto-ódio, autoaversão, baixa autoestima, hiper crítica, atitudes supercompensatórias, negação, ansiedade e depressão, que podem levar aos comportamentos autodestrutivos e ao suicídio.

A homofobia introjetada torna a percepção que a pessoa tem de si mesma insustentável e inaceitável, visto que há um misto de sentimentos de humilhação, vergonha e dor, em conjunto com uma falta de autonomia, apoio externo e reconhecimento. O sentimento de vergonha é um dos elementos centrais na homofobia introjetada, o que pode levar a pessoa a criar diferentes ajustamentos criativos para não ser descoberta. Nesse sentido, a possibilidade de ter esse segredo revelado pode associar-se à humilhação e à dor, principalmente se a pessoa não tem o suporte necessário para desconstruir essas introjeções e construir uma auto-imagem positiva.

Parece-nos, portanto, que a homofobia introjetada e a homofobia estrutural da sociedade podem produzir um sofrimento existencial vivenciado como intolerável, inescapável e interminável. Assim, o suicídio surge como alternativa para interrupção da dor e do sofrimento. Quando no horizonte subjetivo a possibilidade de ser quem realmente se é não existe, a morte de si surge como alternativa para essa existência que não se auto-realiza, que não é, que não pode e que não poderá ser ela mesma.

Do mesmo modo que o adoecimento e o sofrimento psíquico que podem levar ao suicídio são fenômenos relacionais e que acontecem no campo, de forma semelhante a saúde, o fortalecimento e o suporte também se originam nele. Por isso, é preciso estar atento não apenas às formas como o campo têm atravessado o sofrimento da pessoa, mas também em como ele pode propiciar saúde, qualidade de vida e *awareness*. A possibilidade de mudar aspectos do campo e, conseqüentemente, de si mesmo é imprescindível para desconstruir *gestalten* rígidas, cristalizadas e disfuncionais.

A constante atualização dos conhecimentos profissionais acerca dos conceitos de gênero e de sexualidade é de fundamental importância. Uma compreensão defasada dessas temáticas pode produzir intervenções que violentem o sujeito e promovam ainda mais sofrimento, podendo potencializar o risco do suicídio. A Gestalt-terapia não trabalha com a perspectiva de correção ou de adequação, portanto, é preciso estar atento para que as intervenções clínicas não visem a normatização do sujeito, a fim de que este se adeque aos pressupostos do psicoterapeuta. No contexto

da psicoterapia, o trabalho com a diferença é constante. Quando a aceitação da diferença não é regra, corremos o risco de atuar de forma diretiva, visando “corrigir” e “melhorar” a diferença no sujeito, buscando enquadrá-lo no “normal” dentro do que o psicoterapeuta julga melhor para ele. Convencer, dissuadir ou tentar impor perspectivas ideológicas ou o que quer seja, é exatamente o contrário do que se propõem a Gestalt-terapia.

O trabalho gestáltico não pode visar adequar a pessoa LGBTI+ à cisheteronorma vigente, no sentido de tentar fazê-lo assumir uma postura mais aceita e normalizada dentro dos padrões cis-heterossexuais. Ao contrário, ele precisa criar espaços e possibilidades que facilitem processos de subjetivação singulares e únicos, ajudando o paciente a produzir o seu próprio projeto existencial, ao invés de ajudá-lo a viver o dos outros. Em outras palavras, é necessário que a pessoa possa apreciar e se apropriar de suas diferenças, ressignificando-a como algo positivo, visto que a singularidade da diferença é o que torna cada pessoa única. Conforme aponta Santos (2006, p.462): “temos o direito a ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza; temos o direito a ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza”.

De forma geral, a Gestalt-terapia tem todo o potencial necessário para acolher a diversidade, visto que ela pensa o ser e a existência em seu caráter de fluidez e indeterminação, o que faz com que ela não seja uma abordagem diretiva, corretiva ou normatizante. Ao atuar de forma fenomenológica-existencial, podemos criar espaços que acolham o poder-ser, o devir, o estranho, o *queer*. Podemos criar espaços, seja na clínica particular, nas políticas públicas, nos grupos e/ou na saúde coletiva, que possibilitem a desconstrução dos introjetos disfuncionais promovendo, conseqüentemente, autonomia, liberdade e autenticidade. A partir disso, é possível criar brechas e fissuras no *establishment*, subvertendo as lógicas normativas que tentam reproduzir um modelo único de sujeito.

Essa relação pode ser exemplificada pelo depoimento de uma pessoa que acompanhei no processo terapêutico. Sua maior dificuldade era, inicialmente, a timidez e um medo de se expor, de se colocar frente às situações e ser notado. Aos poucos, essa pessoa foi percebendo que uma das coisas que mais temia, era ter sua sexualidade revelada, pois, por mais que sua família já soubesse da sua homossexualidade, havia um temor de ser socialmente julgado por isso. A partir desta reflexão, iniciou-se um processo de compreensão sobre o quanto se sentia envergonhado de ser como era e quais eram suas motivações para não se expor.

Depois de algum tempo, questionei de que modo a psicoterapia o estava ajudando nesse processo, e sua resposta foi que “aqui, eu vou percebendo que eu não tenho do que me envergonhar”.

A relação terapêutica pode surgir no horizonte existencial do cliente, como um espaço onde ele é acolhido em sua diferença. Quando é aceita, respeitada e confirmada neste espaço, nessa relação, suas introjeções sobre a não-aceitação social, por exemplo, podem perder força ou importância, visto que pelo menos em um lugar, há a possibilidade de ser quem se é sem que isso seja visto de forma negativa. Neste sentido, ressalto que é a própria postura de acolhimento da diferença, em sua radicalidade e em sua totalidade, que configuram uma importante ferramenta para a desconstrução de introjeções rígidas e cristalizadas, abrindo espaço para pensar outras formas de vir-a-ser.

O ciclo do contato, como vimos, pode ser um efetivo instrumento para a compreensão do sofrimento da diversidade sexual e de gênero, principalmente por se pautar em um caráter processual e não rígido, que não essencializa os sujeitos. A escuta fenomenológica também se revela como um importante instrumento nessa acolhida, pois suspendemos preconceitos e juízos para que o sujeito possa se desvelar.

Se como vimos, a identidade se faz na existência, é fabricada e criada no próprio ato performativo de existir, logo, ela pode ser desestabilizada, desconstruída e reinventada, possibilitando assim, constantes produções e reproduções de si mesmo em uma constante autotransformação crítica de si e do mundo. Para isto, apontamos que o trabalho terapêutico não pode se ancorar em preceitos morais, religiosos ou mesmo em preconceitos cisheteronormativos que indiquem, de antemão, um modelo de normalidade a ser seguido. Assim, ressaltamos a importância da Gestalt-terapia no diálogo com outros saberes, com os processos sociais, com os agenciamentos coletivos e, principalmente, com o campo.

É importante destacar que há uma escassez de estudos na abordagem gestáltica que se dediquem ao estudo do suicídio na população sexo-gênero diversa. Estudos complementares são necessários para que seja possível explorar aspectos mais amplos dessa população, levando em consideração, por exemplo, a interseccionalidade entre raça, etnia, classe social, geração entre outros marcadores sociais que articulam múltiplos sistemas de opressão. A partir disso, é possível

promover a ampliação da literatura gestáltica bem como a promoção de saúde e a prevenção do suicídio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Ana Carolina. **Rituais familiares e coming out em jovens adultos LGBT**: um estudo exploratório. Lisboa. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica. Lisboa, 2015.

AGAMBEN, Giorgio. **O que é um dispositivo?**. outra travessia, Florianópolis, n. 5, p. 9-16, jan. 2005. ISSN 2176-8552. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576>>. Acesso em: 28 abr. 2020.

ALVAREZ, Alfred. **O deus selvagem**: um estudo do suicídio. São Paulo: Companhia das Letras. 1999.

American Psychological Association. **Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation**. 2009.

ANDRADE, C. C. Autossuporte e heterossuporte. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.) **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. v. 2. São Paulo: Summus, 2014, p. 147-162.

ANTUNES, P. P. S. **Homofobia internalizada**: o preconceito do homossexual contra si mesmo. São Paulo: Tese de doutorado em Psicologia Social. Programa de estudos Pós-graduados em Psicologia Social; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.

BAÉRE, F. **O gênero no comportamento suicida**: o sofrimento psíquico em dissidências sexuais. 2018. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília. 2018.

BAÉRE, Felipe de; ZANELLO, Valeska. O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 23, n. 2, p. 168-178, jun. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 15 nov. 2019.

BEISSER, Arnold R. A teoria paradoxal da mudança. In J. Fagan & I. L. Shepherd (Orgs.), **Gestalt-terapia: teorias, técnicas e aplicações**. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1980. p. 110-114.

BERNARDES, Suela Maria. **Tornar-se (in)visível**: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2015.

BORRILLO, Daniel. A homofobia. In Lionço, T. Diniz, D. (Orgs.), **Homofobia e educação**: Um desafio ao silêncio. Brasília, 2019.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto?; Vargas M (trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2015.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam; SILVA, Lorena Bernadete da. **Juventudes e sexualidade**. Brasília, UNESCO, 2004.

CASTAÑEDA, Marina. **A experiência homossexual**: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas. São Paulo: A Girafa, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 0001/99**. Brasília, 1999. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf> Acesso em 29 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº01/2018**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/resolucao_cfp_01_2018.pdf> . Acesso em 29 abr. 2020.

CRUZ, Carolina Alves et al. O Suicídio na Perspectiva das Psicologias Humanista, Fenomenológica e Existencial: Revisão Sistemática e Metassíntese. **Contextos Clínicos**, v. 13, n. 1, jan./abr. 2020.

FERNANDES, Maria das Graças Melo. O corpo e a construção das desigualdades de gênero pela ciência. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1051-1065, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal. 1988.

_____ **Microfísica do Poder**. São Paulo, Graal, 2006.

_____ O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2. ed., rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FRAZÃO, Lilian Meyer. Pensamento diagnóstico processual: uma visão gestáltica de diagnóstico. **Revista do II Encontro Goiano de Gestalt-Terapia**, Goiânia, n. 2, p. 27-31, 1996.

_____ **Psicol. USP**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 144-149, 1995 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771995000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 ago. 2020.

_____ Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais. In: **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia** [S.l: s.n.], 2015.

FUKUMITSU, Karina Okajima. **O processo de luto do filho da pessoa que cometeu suicídio**. 2013. 237 f. [Tese de Doutorado], Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

_____. Facetas da autodestruição: suicídio, adoecimento autoimune e automutilação. In.: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima (Org.). **Quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus Editorial, 2017. pp. 75-92

_____. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 270-275, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300270&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 jul. 2020.

_____. A prevenção do suicídio deve ser prática diária. **Jornal da USP**. São Paulo. set. 2018. Disponível em <<https://jornal.usp.br/artigos/a-prevencao-do-suicidio-dever-ser-pratica-diaria/>> Acesso em 12 set. 2020

FUKUMITSU, Karina O.; SCAVACINI, Karen. Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 19, n. 2, p. 198-204, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 set. 2020.

GGB - GRUPO GAY DA BAHIA. **Mortes violentas de LGBT no Brasil**. Relatório 2018-2017. 2018 Disponível em: <<https://homofobiamata.wordpress.com/homicidios-de-lgbt-no-brasil-em-2018/>> . Acesso em 11 maio 2020.

ILGA - INTERNATIONAL LESBIAN, GAY, BISSEXUAL, TRANS AND INTERSEX ASSOCIATION. **Leyes sobre Orientación Sexual en el Mundo – Mapa General-Reconocimiento – Criminalización - Protección**. 2016. Disponível em: <<https://ilga.org/maps-sexual-orientation-laws>> Acesso em 16 ago 2020.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos** / Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília: Autor, 2012.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. **Bagoas. Natal**, v. 1, n. 1, p. 145-165, jul./dez. 2007.

_____. Homofobia nas escolas: um problema de todos. In **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília, 2009.

_____. A Pedagogia do Armário: heterossexismo e vigilância de gênero no cotidiano escolar. **Revista Educação On-line PUC-Rio** nº 10, p. 64-83, 2012.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Proposições**, v. 19, n. 2 (56) - maio/ago. 2008.

_____. Heteronormatividade e homofobia. In: **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília, 2009.

_____. Pedagogias da Sexualidade. In: **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Orgs. Louro, G.L. Belo Horizonte. Autêntica Editora. 2000.

MESQUITA, Daniele Trindade; PERUCCHI, Juliana. Não apenas em nome de Deus: Discursos religiosos sobre homossexualidade. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 105-114, Apr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000100105&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 08 Apr. 2020.

MOITA, Gabriela. A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. In **Revista Crítica de Ciências Sociais**, nº 76, p.53-72, 2006.

NIETZSCHE, Friedrich. **Aurora**. São Paulo: Escala, 2008.

PERLS, Fritz. **A Abordagem Gestáltica e Testemunho Ocular Da Terapia**. 2ª edição. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 1981.

PERLS, Frederick.; HEFFERLINE, Ralph.; GOODMAN, Paul. **Gestalt-Terapia**. 2 ed. São Paulo, Summus, 1997.

PETRY, Analídia Rodolpho; MEYER, Dagmar Estermann. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. **Textos & Contextos**, 10, 1, 193-198. 2011.

PRETES, Erika; VIANNA, Túlio. História da criminalização da homossexualidade no Brasil: da sodomia ao homossexualismo. IN: **Iniciação científica**: destaques 2007 Volume 1/Wolney Lobato, Cláudia de Vilhena Schayer Sabino, João Francisco de Abreu (Org.). - Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2008.

POLSTER, Erving., & POLSTER, Miriam. **Gestalt-Terapia Integrada**. Belo Horizonte: Interlivros. 1979.

REDAÇÃO LADO A. 100 frases homofóbicas de Jair Bolsonaro. **Revista Lado A**. Curitiba, 2016. Disponível em: <<https://revistaladoa.com.br/2014/09/noticias/leonardo-boff-critica-marina-silva-por-omissao-recuo-na-questao-lgbt/>>. Acesso em: 16 de Ago. de 2020.

REIS, Toni, Org. **Manual de Comunicação LGBTI+**. 2ª edição. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. Eu-tu-nós: a dimensão espiritual da alteridade nos ciclos de contato. In: **Revista da Abordagem Gestáltica** - XIII(1): 135-146, jan-jun, 2007.

_____. **Conceito de mundo e de pessoa em Gestalt-terapia**: Revisitando o caminho. Summus Editorial. São Paulo, 2011.

_____. **O ciclo do contato**: temas básicos na abordagem gestáltica. 2.ed. São Paulo: Summus, 1997.

SANTOS, Daniel Kerry dos. As produções discursivas sobre a homossexualidade e a construção da homofobia: problematizações necessárias à psicologia. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 1, jun. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2013000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 16 nov. 2019.

SANTOS, Gustavo Gomes; SILVA, Marcos. Gênero, sexualidade e pós-colonialidade: Apontamentos para uma agenda de pesquisa. **Revista Realis**. v. 4, n. 1. 2014.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006.

SCAVACINI, K. **O suicídio é um problema de todos**: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio. 742 f. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2018.

SHNEIDMAN, Edwin. **Comprehending suicide**: landmarks in 20th-century suicidology. Washington: APA; 2001.

SILVA, João Luiz da. **Suicídios invisibilizados**: Investigação dos óbitos de adolescentes com intencionalidade indeterminada. São Paulo. 2017.

TENÓRIO, Carlene Maria Dias. O conceito de neurose em Gestalt-terapia IN: **Universitas Ciências da Saúde** - vol.01 n.02 - pp.239-251. 2003.

TOLEDO, Livia Gonsalves; PINAFI, Tânia. **A clínica psicológica e o público LGBT**. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 137-163, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652012000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100010>.

SOUZA, Érica R. et al. **Transexualidades e saúde no Brasil**: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans. 2015, 199p. Relatório Técnico - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em <<http://www.nuhufmg.com.br/homens-trans-relatorio2.pdf>> . Acesso em 20.abril.2020

SPOSITO, Sandra Elena. Psicologia, Sexualidade e Religião: Ligações Perigosas. **Revista de Psicologia da UNESP** 11(1), 2012.

TAGLIAMENTO, Grazielle. Quando a dor de viver é a maior do que a de morrer . O suicídio de pessoas LGBTs. In: **Suicídio abordagens psicossociais para a prevenção**. Curitiba, 2019.

TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva; RONDINI, Carina Alexandra. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 651-667, Sept. 2012 .

WAWZYNIAK, João Valentin. “Engerar” uma categoria cosmológica sobre pessoa, saúde e corpo. Ilha, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 33-55, 2003. Disponível em: . Acesso em: 19 mar. 2012.

WARNER, Michael. (editor) **Fear of a Queer Planet: queer politics and social theory.** Minneapolis/London: University of Minnesota Press, 1993.

WEEKS, Jeffrey. **O CORPO E A SEXUALIDADE.** In: O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade. Belo Horizonte, 2000.

YONTEF, G. **Processo, Diálogo e Awareness: ensaios em Gestalt-Terapia.** São Paulo: Summus, 1998.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação.** Curitiba. Appris, 2018.