ATUAÇÃO DO “PRAVIDA” COMO POLÍTICA PÚBLICA NA PREVENÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO COM PENSAMENTO SUICÍDA EM ADOLESCENTES LGBTQIA+ DE CANINDÉ/ CE

Cleanto Wilker Freire Vasconcelos¹

José Maclecio de Sousa²

RESUMO

Este artigo tem por finalidade apresentar a atuação do Programa de Apoio à Vida (PRAVIDA Canindé) como uma experiência de prevenção da automutilação com pensamento suicida de adolescentes LGBTQIA+ do município de Canindé, trazendo como metodologia a observação participante par a descrição e compreensão do seu funcionamento e de suas principais contribuições. Com a análise dos números de suicídio nas esfera global, a nível Brasil, Estado e município, como também os números de atendimentos a adolescentes e o percentual de atendimento ao público foi possível destacar a relevância de problematizar as relações entre suicídio, adolescência e diversidade de gênero tendo como base o contexto pesquisado. O trabalho do PRAVIDA, no decorrer de suas etapas de atuação até chegar na alta de seus pacientes, visa a diminuição ou até mesmo eliminação do pensamento de autodestruição, destacando-se como um relevante dispositivo de saúde mental, especialmente na vida de um/a adolescente LGBTQIA+, por conseguinte como importante contribuição para consolidar a política pública de prevenção do suicídio no município de Canindé.

Palavras-chave: Automutilação. Suicídio. Prevenção. Adolescentes LGBTQIA+.

ABSTRACT

This article aims to present the performance of the Life Support Program (PRAVIDA Canindé) as an experience of preventing self-mutilation with suicidal thoughts among LGBTQIA+ adolescents in the city of Canindé, using participant observation as a methodology to describe and understand its operation. and its main contributions. With the analysis of suicide numbers in the global sphere, at Brazil, State and municipal level, as well as the numbers of services to adolescents and the percentage of services to the public, it was possible to highlight the relevance of problematizing the relationships between suicide, adolescence and diversity of gender based on the researched context. PRAVIDA's work, throughout its stages of action until its patients are discharged, aims to reduce or even eliminate the thought of self-destruction, standing out as a relevant mental health device, especially in the life of a person. LGBTQIA+ teenager, therefore as an important contribution to consolidating the public suicide prevention policy in the municipality of Canindé.

Keywords: Self-harm. Suicide. Prevention. LGBTQIA+ teenagers

¹ Discente do curso de Especialização Gênero, diversidade e Direitos Humanos - Universidade... (Unilab).

² Orientador. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Data de submissão e aprovação: ___/___/___

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho tecemos considerações sobre a prevenção da automutilação com pensamento suicida em adolescentes LGBTQIA+ tendo como base de análise as experiências realizadas pelo Programa de Apoio à Vida (PRAVIDA) da Universidade Federal do Ceará (UFC) no município de Canindé-CE.

O PRAVIDA surgiu em 2004 por meio do Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da UFC devido a uma quantidade alarmante de demandas de ideações e tentativas de suicídio, tornando-se pioneiro a atender esses pacientes, pois até então não havia um trabalho especializado na área. O programa é orientado pelo Prof. Dr. Fabio Gomes de Souza e Matos, médico psiquiatra e demais componentes dos cursos de medicina e Psicologia da UFC (PRAVIDA, 2013).

Com a expansão dessa experiência, no ano de 2018 o PRAVIDA começou a ser realizado também no município de Canindé-CE, distante 120 km de onde surgiu, sendo realizado de forma voluntária por profissionais da psicologia, área em que estou atuando nele, como também da enfermagem, serviço social, massoterapia, médico clínico geral e pedagogos, funcionando no formato de plantão psicológico, realizado uma vez na semana, no horário de 17h as 20h, no Centro de Saúde Chico Campos.

Em Canindé, em levantamento realizado pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, o índice de suicídio no ano de 2013 foi de 5,01 óbito/100 mil pessoas, tendo a média próxima a nacional no mesmo período, como mostra o volume 52, Nº 33, do Boletim epidemiológico disponibilizado pelo Ministério da Saúde em setembro de 2021 (BRASIL, 2021).

Segundo os dados do relatório de linha de base para o Selo Unicef edição 2021-2024 (UNICEF, 2021), o município de Canindé tem em sua população um número expressivo de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, o total de munícipes nessa faixa etária é de 26.463, equivalente a 34,25% da população geral. Considerando esse contingente, o PRAVIDA Canindé atendeu de setembro a dezembro de 2018 e janeiro a agosto de 2019 um total de 164 pacientes nessa idade. Quando se fala em atendimento para a psicoterapia por questões de pensamentos e tentativas de suicídio, observa-se um total de 141 crianças e adolescentes sendo atendidas pelo plantão psicológico.

Com esses números tão expressivos, como acadêmico de pós-graduação em gênero, diversidade e direitos humanos, senti a necessidade de observar adolescentes LGBTQIA+ que usaram o PRAVIDA como dispositivo para saúde mental para evitar que o processo de

automutilação com pensamento suicida e o suicídio fossem efetivos em suas vidas, especialmente pelas vulnerabilidades que adolescentes LGBTQIA+ têm a tentativa de tirar sua vida por questões de preconceito.

Apesar disso, o suicídio ainda é visto como um tabu, pois as pessoas ainda têm o pensamento errôneo de que a falar sobre o tema, pode instigar mais pessoas a tentarem contra suas vidas.

Rigo (2013), aponta o contrário, uma abordagem adequada, dialogada, reflexiva e acolhedora, configura-se como uma ajuda aos sujeitos a refletirem sobre seus sofrimentos e angustias, contribuindo na prevenção. Ademais, no contexto de Canindé, um dos principais destinos de romarias e turismo religioso do Ceará, é possível observar que culturalmente as crenças religiosas, principalmente a cristã, o suicídio é concebido como não aceitável para os olhos de Deus. Semelhante ao que Cavalcante (2016, p. 278) afirma:[...] “a vida é sagrada ou mesmo uma dádiva, enquanto a morte voluntária constitui-se como um ato destituído de significado. Nessa direção, cria-se argumentos, racionalmente, no sentido de estigmatizar o suicídio”.

Por conta desse e de outros fatores em torno do assunto, a automutilação com ideação de suicídio prescinde de abordagens que socializem a problemática e suas formas de enfrentamento, principalmente por carregar estigmas que inviabilizam processos importantes para cuidados no campo da saúde mental, sobretudo de adolescentes.

Questões como essas conduziram os demais percursos descritivos e reflexivos deste artigo, oferecendo aspectos de contextualização de uma importante experiência de saúde mental que vem corroborando com os processos relativos a automutilação com ideação de suicídio que afetam adolescentes LGBTQIA+ em Canindé, de modo a: indicar como se deu a minha inserção como pesquisador nessa realidade, como forma de também contribuir com um delineamento das principais práticas do PRAVIDA; refletir sobre concepções e problemáticas que perfazem o problema do suicídio, assim como da automutilação a ele associado e suas interfaces com questões que afetam adolescentes LGBTQIA+; e a descrever a experiência e o contexto pesquisados, desvelando suas principais contribuições e desafios em termos de re-existência de adolescentes LGBTQIA+.

2 DA PARTICIPAÇÃO COMO MEMBRO DO PROVIDA À REALIZAÇÃO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A minha participação no PRAVIDA como parte da equipe é de total interação com os usuários daquele grupo, por isso através da pesquisa qualitativa com base na observação participante foi possível produzir as descrições e as análises aqui desenvolvidas. Então na condição de pesquisador fui desenvolvendo outros olhares sobre as experiências, além do que já detinha enquanto psicólogo do programa, percebendo que tecia um:

[...] processo no qual um investigador estabelece um relacionamento multilateral e de prazo relativamente longo com uma associação humana na sua situação natural com o propósito de desenvolver um entendimento científico daquele grupo (MAY, 2001, p. 177).

Dessa forma me coloquei a revisitar e analisar diferentes momentos e etapas de atendimento da realidade pesquisada a fim de produzir, organizar e refletir sobre os dados dessa experiência.

Os momentos envolveram desde a recepção e espera, que é quando ocorre a espera pela triagem, configurada como uma primeira escuta para perceber se aquele indivíduo possui o perfil do programa, até o processo de atendimento individual, que consiste no atendimento psicoterápico.

É oportuno mencionar alguns rituais, práticas, processos e nuances comumente vividas nas etapas observadas, evidenciando os cenários de onde foram elencadas as questões que resolvi apresentar em tela. Na recepção, no momento da espera, é nítido observar a relação e a vivência dos usuários, principalmente seus comportamentos na chegada, pois a cada atendimento as sensações e sentimentos vão mudando de forma livre e natural, as condutas vão se tornando mais soltas, sem tanta robotização e medo de serem julgados por estarem ali.

Foi justamente atento a esses processos e as etapas próprias do programa, bem como aos movimentos, gestos e sutilezas que vão se dando no plano do vivido nele, que trouxe como destaque e desafio algumas reflexões que foram possíveis apresentar a partir da minha inserção na forma de pesquisador, elegendo problematizações pertinentes a condição de adolescentes LGBTQIA+ no município de Canindé que passaram por estas experiências de atendimento no PRAVIDA.

3 SUICÍDIO E SUAS RELAÇÕES COM IDEACÕES SUICIDAS ENTRE ADOLESCENTES LGBTQIA+

Desde a antiguidade a palavra suicídio soa como um tabu, a título de exemplo, em 1661 o *Oxford English Dictionary* registrou em seu conteúdo o termo suicídio, contudo não se observando essa palavra em nenhum outro dicionário inglês. Porém evitar falar de suicídio não impede que o mesmo não aconteça (MELEIRO; BAHLS, 2004).

De acordo com Botega (2002) “pensar sobre Suicídio é além disso avaliar por que este acontecimento tem um significado emudecido ao perpassar dos anos pela coletividade, autarquias, profissionais de saúde e entes queridos, ocultar-se de tal modo uma grande problemática de saúde pública no Brasil e em todos os países”.

Desse modo percebe-se a necessidade de abordá-lo, bem como buscar soluções para este fenômeno, uma vez que não existe um país, grupo, cultura ou qualquer outra coisa específica associada diretamente ao suicídio, já que qualquer pessoa está suscetível para tal ato, sendo importante destacar que existem condições ou grupos que podem ter predisposições, como pessoas com transtornos mentais, transtorno de humor, pessoas que fazem o uso de álcool ou outras substâncias que gerem dependência química, ausência de apoio familiar, histórico familiar que tenha tentativa de suicídio, dentre outros fatores.

Pela psiquiatria, a morte voluntária é definida como um fenômeno individual, enquanto que as ciências sociais, a descreve como um comportamento coletivo (Meneghel *et al.*, 2004). Por seu turno, o Conselho Federal de Medicina – CFM (BRASIL, 2014), define o suicídio como:

[...] ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio” (BRASIL, 2014. p. 9).

Ainda segundo a cartilha do CFM (BRASIL, 2014), não existiria um fator único para o suicídio, ele é multifatorial, atingindo a todos os povos, sem distinção de país, classe econômica, identidade de gênero, credo ou raça. Sabe-se que existem fatores de risco determinantes, tais como: a esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno de personalidade, transtorno depressivo e o uso abusivo e prejudicial de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.

Por isso, tratar deste assunto ainda consiste em algo muito delicado, principalmente para os enlutados que tiveram algum ente querido que morreu por suicídio, onde a ausência de

conhecimento e explicação acarreta uma série de pontos de interrogação. Para Fontenelle (2008), os sobreviventes ficam tristes não só pelo fato de como a pessoa morreu, mas também porque não terá mais a presença dessa pessoa no cotidiano, e dessa forma ficam as diversas emoções e perguntas: “Porque fez isso?”. “Porque não veio até mim para conversar e se abrir?”, “Porque eu não prestei mais atenção?”.

Diante disso, Fukumitsu (2013), afirma que com a morte de alguém por suicídio, a vida do enlutado torna-se um caos, deixando essas pessoas fragilizadas e sendo suscetíveis a cometerem suicídio, é nesse momento que os sentimentos de ambivalência aparecem, o alívio, a culpa, o choque, o arrependimento tornando a pessoa propensa para o feito.

Nesse sentido é importante considerar que o suicídio é um acontecimento complexo e multidimensional, com a presença de elementos biológicos, psicológicos, conscientes, interpessoais, sociológicos, culturais e existenciais. E que requer um olhar diferenciado, se quisermos contribuir no sentido de detectar e tratar adequadamente este fenômeno na nossa sociedade. Porém o que se tem observado é que o panorama das políticas públicas e ações necessárias ainda é insuficiente para que a problemática seja mitigada, haja vista os números de mortes por suicídio crescerem.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a estimativa para o ano de 2020 era a de que mais de 1,5 milhões de pessoas morreriam de suicídio e esse número aumenta cerca de 10 a 20 vezes em relação a tentativa de suicídio que é a ação de tirar a própria vida, porém por algum motivo não conseguiu concluir o ato. Levando em números, a cada 40 segundos uma pessoa irá cometer suicídio, ou seja, efetuar sua morte, e a cada 3 ou 4 segundos uma pessoa tenta o ato sem sucesso.

A OMS (2002), chama a atenção de governos para o suicídio, considerado uma questão de saúde pública que não é tratado e prevenido de maneira eficaz. Segundo o estudo, 804 mil pessoas cometem suicídio todos os anos – taxa de 11,4 mortes para cada grupo de 100 mil habitantes. A OMS (2002) mostra que países da Europa Oriental lideram o ranking de suicídio, seguido de países como Estados Unidos, Japão, Austrália e países da Europa central que mostram um coeficiente de suicídio intermediário. Países da América central e América do Norte mostram taxas baixas, já países da África não se têm dados sobre.

O coeficiente do Brasil encontra-se entre os países com baixa taxa de suicídio, porém, posiciona-se no ranking mundial entre os dez países com maior índice de suicídio no mundo, por conta de ser um país populoso, fazendo com que tenha índices próximos ou iguais de países com grande número de suicídio.

Botega (2015), aponta que cerca de 9.852 pessoas morreram por suicídio em 2011, tendo um coeficiente entre 2004 a 2010 de 5,7%. O Ministério da Saúde no ano de 2019, informou que o suicídio em jovens de 15 a 29 é a segunda maior causa de morte entre essa faixa etária, perdendo apenas para acidentes de trânsito.

Conforme os dados do 10º Anuário de Segurança Pública, o Ceará ficou em 5º lugar no ranking de suicídio do Brasil. No Estado foram registrados 533 casos em 2015. Em média foram 6 casos por 100 mil habitantes - superior à média nacional que é de 4,2, perdendo apenas para Santa Catarina com 630 casos, Rio Grande do Sul com 938, Minas Gerais com 1.279 e São Paulo, primeiro colocado, com 2.058 (BRASIL, 2016, p. 33).

É importante ressaltar que os números podem ser bem maiores, pois deve-se olhá-los com cautela. Acredita-se que deva existir subnotificação dos casos, como também a variabilidade de taxas, segundo as regiões. Isso quer dizer que dependendo da região ela pode se sobressair a outras (BRASIL, 2014).

Um fator importante de subnotificação do número de suicídios é o fato de outros determinantes que fazem com que o suicídio se camufle, como por exemplo, acidente automobilístico onde o indivíduo que está pilotando o veículo joga-se na frente de outro veículo com o intuito de tirar sua própria vida, ou até mesmo jogar-se na frente de um carro em movimento, afogamentos, dentre outros, fazendo que esses acidentes não entrem na lista de pessoas que morreram por suicídio (GOTSSENS et al., 2011).

Nesse sentido, no ato de registrar a causa da morte, não se notifica como causa externa autoprovocada, indicada no CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), especificamente na classificação X60 a X84, que são lesões autoprovocadas intencionalmente, assim registrada como um outro fator que não evidencie o suicídio, apenas para encobrir o que poderia ser visto como algo errado para os sobreviventes. Portanto, para entendermos melhor este fenômeno se faz necessário ver além do que nos impõe os dados ou estatísticas e estudar o sujeito e o contexto em que ele está inserido na busca de identificar e ajudá-lo em meio a esta situação.

Por isso, é importante citar também a estima do cuidado que se deve ter com pessoas que se automutilam e mencionam pensamentos suicidas em suas falas, pois para Werlang *et al.* (2005, p. 259-266). “A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro “passo” para sua efetivação”. Portanto, não se deve negligenciar socorro a quem busca muitas vezes ajuda e não encontra, principalmente pelas dificuldades existentes de se abordar o assunto, seja por medo ou falta de esclarecimento por parte de quem escuta.

Ao associarmos essas problematizações com realidades LGBTfóbicas que adolescentes LGBTQIA+ enfrentam, podemos depreender uma potencialização das vulnerabilidades que recaem sobre esses grupos, já que, a fase da adolescência é marcada por muitas angústias e sofrimentos.

A incerteza do que o adolescente é, causa angústia e sofrimento. Para Aberastury e Knobel (1989), a fase da adolescência não pode ser vista somente como uma transição para a vida adulta. Nessa fase o indivíduo terá muitas incertezas, crises e descobertas e dessa forma, o mesmo precisa sair dela com maturidade para poder ter uma personalidade formada, um conhecimento de si.

No conjunto de questões, que de modo geral, atravessam a adolescência estão as diversas transformações advindas da mudança corporal, onde o indivíduo perde o corpo infantil para dar forma a um corpo até então desconhecido, no qual esse novo corpo perde noção de tamanho espaço. As batidas em móveis começam a ser frequentes, os hematomas começam a dar forma, apontando ali um espaço não mais habitual, esse espaço torna-se pequeno para esse novo corpo (ABERASTURY; KNOBEL, 2003).

Nas meninas o corpo infantil dá lugar ao corpo de uma adolescente onde seios, os quadris começam a crescer e a ficar largos, o aparecimento dos pelos, a menarca, mostrando uma dor, um luto, a perda do corpo inocente para uma estrutura ainda incógnita. Já nos meninos, o corpo infantil começa a estruturar-se para uma altura até então não compreendida, o engrossamento da voz, o aparecimento dos pelos e o crescimento do pênis (LEAL; SILVA, 2001).

Até então pode-se pensar que isso seja de fácil adaptação, entretanto a adolescência não termina na mudança física do corpo, o luto não encerra na nova estrutura corporal. A dor, o sofrimento ainda continua, pois, o adolescente tem que adaptar-se a uma nova realidade, existirão momentos que não poderá fazer determinada atividade por conta de ainda ser percebido como uma criança, e existirá situações que esse indivíduo o qual tinha um costume de realizar determinada ação estará impossibilitado de fazer por conta de ser visto como um adulto.

Nesse interim, é completamente indispensável incluir as considerações como as que se apresentam no livro “Problemas de gênero” de Judith Butler (2019), onde observa-se pontuações importantes, como a que se faz sobre a frase de Simone de Beauvoir: “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”. Butler corrobora no conhecimento e no enfrentamento de situações-limite sobre identidade e diversidade de gênero diante da hegemonia de uma sociedade heteronormativa, além de branca e patriarcal, endossando sobre o “que garanta que

o ‘ser’ que se torna mulher seja necessariamente uma fêmea” (2019, p.29). Dessa forma podemos perceber a compressão da busca de quando alguém se torna mulher ou homem e em qual período essa busca cessa.

Com esse viés, a teoria Queer não recusa o sistema de gênero. Enquanto o sexo é um processo socialmente construído, gênero e sexualidade não se origina de nenhuma propriedade biológica, não se origina de nenhum estado natural. Além disso, para Butler (2019), sexo e gênero são definidos por realização de atos que são ficcionais no momento de a ocorrência pessoal fazer de gênero. Nesse sentido, o processo nunca termina porque o indivíduo sempre estará em construção do gênero/sexo.

Questões como essas, incidem na sensação de incompreensão em um mundo diferente e estranho onde o adolescente resolve sair e buscar a nova identidade. Identidade essa muitas vezes incompreendida pelos familiares, pelos amigos e pela sociedade, podendo levar a um adoecimento psíquico, em alguns casos, associado com a busca de alguma forma para aliviar a sua dor, trazendo na automutilação um alívio, o conforto que até então não tinha encontrado em ninguém. Assumpção (2016), vem dizer que tal prática não é nova, entretanto, uma alta incidência de comportamento autodestrutivos em uma juventude contemporânea, venha a se perceber.

Diante dessas incertezas gerais, uma delas é quando não há aceitação de se conhecer como um/a LGBTQIA+ no meio familiar, agravando as opressões existentes pela LGBTfobia na sociedade. Para Balsam & Mohr (2007), Detrie & Lease (2007), Rosario, Schrimshaw, & Hunter (2011), a homoafetividade pode vir como um problema familiar, em que um local de acolhimento pode tornar-se um local agressivo, com a não aceitação, causando xingamentos e até agressões físicas.

Por exemplo, o Conselho Regional de Psicologia do Estado de Alagoas aponta que nos Estados Unidos, alunos LGBTQIA+ de escola pública são cinco vezes mais propensos a tentar o suicídio. Quando se fala em Brasil, a pesquisadora Daniela Ghorayeb mostra que 67% dos entrevistados de sua pesquisa, tem vergonha de sua orientação sexual, 35% desses tem depressão e 10% apresentam risco de suicídio.

Dessa maneira, Paul Gibson (1989) apresenta em seus relatórios que o suicídio em jovens gays é de duas a três vezes maiores que em jovens héteros, totalizando 30% das mortes de suicídio nos jovens. Assim como Paul Gibson, Tamam e colaboradores (2001) confirmam que os suicídios entre homoafetivos, em particular nos adolescentes e jovens, tem aumentado nos últimos 25 anos. D’Augelli e col., (2002) em seus estudos, confirma a possibilidade de jovens gays ter três vezes mais possibilidades de cometer suicídio que jovens héteros.

Destarte, Paulo Preciado (2019) em sua crônica sobre criança Queer, aborda justamente a questão sobre quem vai ajudar a proteger os direitos de adolescente LGBTQIA+, não só a perpendicular por ser diferente, mas toda a sua subjetividade. Em nosso estudo, podemos elencar o psicólogo como um dos profissionais que ajudará ao adolescente LGBTQIA+ a encontrar ferramentas para saber lidar com determinadas situações que incorram na automutilação com ideação suicida.

4 A EXPERIÊNCIA DO PRAVIDA NO MUNICÍPIO DE CANINDÉ-CE: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DE RE-EXISTÊNCIA DE ADOLESCENTES LGBTQIA+

O Programa de Apoio à Vida (PRAVIDA), Orientado pelo professor Fabio Gomes de Souza e Matos, médico psiquiatra, e demais componentes do curso de medicina e psicologia da UFC, surgiu como muitos programas de saúde mental no Brasil, a demanda aparece, não se tem um trabalho definido sobre a temática e de alguma forma precisa-se efetivar ações para diminuir a problemática emergente.

De Tal forma o PRAVIDA iniciou seus trabalhos em 2004 devido a uma quantidade alarmante de demandas de ideações suicidas ou tentativas de suicídio no Ambulatório de Saúde Mental do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) em Fortaleza-CE, sendo pioneiro a atender esses pacientes, pois até então não havia um trabalho especializado na área.

Através de um das ações realizados pelo programa, o “PRAVIDA Itinerante”, as contribuições de ensino, pesquisa e extensão realizadas nessa experiência, são socializadas por meio de visitas e palestras em diversas localidades e regiões do Estado do Ceará. Foi nesse processo que chegou a Canindé, cidade a 120 km de distância da capital, desdobrando-se como o PRAVIDA Canindé.

Sendo assim, o PRAVIDA Canindé iniciou suas atividades em setembro de 2018, como um programa no formato de plantão psicológico, realizado uma vez na semana, no horário de 17h as 20h, no Centro de Saúde Chico Campos, atendendo pessoas de todas as idades a partir de demanda livre, de onde o convite a participar dos atendimentos se desenvolve por meios de divulgação nos meios de comunicação do município e nas redes sociais, dessa forma é o usuário que recorre ao serviço.

O programa é realizado de forma voluntária por profissionais da enfermagem que fazem a triagem das demandas; do serviço social, que fazem orientações caso tenha demandas de vulnerabilidade social; um médico clínico geral, para possíveis prescrições de receitas

temporárias para crises, até que o paciente possa ser um usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); um massoterapeuta, responsável pelo momento de relaxamento enquanto a pessoa aguarda ser chamada para triagem ou para o atendimento psicoterápico; e da psicologia, onde sou um dos voluntários dessa área, realizando plantões ou atendimentos psicológicos.

O paciente não precisa de encaminhamento de serviços de saúde, educação ou assistência para ter atendimento no PRAVIDA Canindé. O indivíduo chega ao local portando um documento, marca a triagem, que é realizada por enfermeiro ou psicólogo, e após a triagem é informado se é paciente do PRAVIDA ou não. Caso o sujeito não seja paciente para o programa, o mesmo é encaminhado para um outro serviço especializado, dependendo da demanda que venha a aparecer.

Tendo o pensamento ou a ter passado pela a tentativa de suicídio, o mesmo será paciente do PRAVIDA por três meses, pois segundo Noal et al (2020), uma pessoa que tentou suicídio poderá tentar novamente efetivar o ato, aumentando as chances em cem vezes mais em relação a quem nunca tentou. No período de três meses é visto como estado crítico, onde se pode haver tentativas recorrentes, dessa forma o paciente poderá ficar três meses e postergar mais três meses, caso os pensamentos continuem.

Segundo Mahfoud (1987), a lógica do plantão psicológico surge como uma ferramenta de escuta empática para quem quer usar o serviço em momento de emergência, sem a necessidade de marcar atendimento. Dessa forma os atendimentos se constituem em formato de plantão psicológico com uma visão focal do problema, em torno dos pensamentos e tentativas de suicídio

Nesse sentido, observa-se no PRAVIDA Canindé, muitos dos pacientes aparecem de forma espontânea, sem a necessidade de encaminhamentos, e em muitas vezes só permanecem nos dois primeiros atendimentos. Os que mais necessitam é que utilizam doze ou mais sessões, comparando-se muito com o modelo americano, como também do Canadá e parte da Europa, conhecido como *walk-in clinics* (MOZENA, 2009).

Tassinari (2009, p. 176) vem apontar o plantão psicológico como algo que complete em si, o indivíduo o busca no momento exato ou quase exato da emergência para buscar entender o que se passa com seus sentimentos e pensamentos e caso haja a necessidade de uma intervenção maior, orienta-se para o encaminhamento para outros profissionais, caso exista a necessidade de um acompanhamento mais intensificado, caso não, o indivíduo consegue se perceber nas primeiras sessões e as outras se realizam como apoio para fortalecimento das percepções.

É possível identificar as principais ações, formas de abordagem e contribuições do PRAVIDA Canindé por meio da descrição das suas etapas de trabalho, que é iniciado a partir da chegada do usuário no local de atendimento, constituindo-se como primeira etapa. Nesse momento, por ser um equipamento clínico de saúde, os usuários chegam calados, sem muito movimento de cabeça, ficam em seus celulares, alguns do lado de fora do prédio à escuta de seu nome para iniciarem o atendimento. Enquanto os que já estão há algum tempo inseridos no programa encontram-se mais entrosados, conversam com outros pacientes, existindo um diálogo entre eles que não necessariamente é sobre os atendimentos, mas questões do dia a dia.

A segunda etapa ocorre quando o paciente é chamado a primeira vez para a realização da triagem. Bover e Lisboa (2005), conceituam como uma classificação de grupos, onde são identificados os pacientes que estão entre a vida e a morte. O PRAVIDA realiza a triagem para essa separação, dividindo quem são os usuários de risco que precisam do atendimento imediato, como os que podem esperar e serem encaminhados para a rede de saúde.

A triagem é basicamente uma escuta onde coleta-se os dados das pessoas e informações sobre o dia a dia, a vivência em família, na comunidade, em relacionamentos afetivos e dentre outros grupos e por fim o questionário situacional de perguntas sobre os pensamentos de automutilação e suicida. Caso o questionário aponte que o indivíduo seja paciente do programa, o mesmo é encaminhado para a psicoterapia, quando não, encaminha-se para algum dispositivo de saúde que atenda a sua necessidade naquele momento.

Por último e terceira etapa é de atendimentos psicoterápicos. Quando a folha de anamnese e questionário chegam à mão do psicólogo, o mesmo tem uma visão de como é a realidade daquele indivíduo, nessa etapa é que se observa com mais força o grau de sofrimento desse indivíduo.

Nessa fase, com os atendimentos em andamento desperta-se a confiança no programa, pois é onde ocorre o processo de transferência com o psicoterapeuta:

[...] processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica [...]. A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 514).

Nessa relação, é onde surgem os casos de pessoas que falam de sua orientação sexual e mostram que um dos seus sofrimentos se entrelaça na sua sexualidade. A partir daí vai se

trabalhando esse e outros temas para a resolução e diminuição da probabilidade de automutilação ou tentativa de suicídio, especialmente de adolescentes.

Com tais propósitos e dinâmicas institucionais, o plantão psicológico, entre os anos de 2018 a 2020, conseguiu acolher o total de 141 adolescentes de Canindé, de diversas idades, com pensamentos, práticas de automutilação e/ou tentativas de suicídio, o que manifesta a importância dessa experiência nessa realidade.

Além disso, 6% dos adolescentes atendidos, de forma espontânea, falaram sobre suas orientações sexuais pertencentes aos grupos LGBTQIA+. Vale ressaltar que esse número é de apenas adolescentes que assumiram sua orientação, podendo ter outros mais que não se sentem seguros falar sobre identidades de gênero percebidas como não-padrão, principalmente em comunidades e municípios bastante marcados pela influência e associação às religiões cristãs, como em Canindé, sobretudo quando encontram-se diante ou mesmo imersos em grupos sociais com posturas conversadoras e preconceituosas.

Em contextos como esse, insurge o desafio de elaboração de uma percepção e relação positiva com a diversidade de gênero, o que indica a necessidade do fortalecimento e da construção de experiências que possam representar acolhimento dessas questões, tal como vem ocorrendo no PRAVIDA.

Dessa maneira, o Programa de Apoio à Vida (PRAVIDA) Canindé tem fundamental importância na vida de adolescentes LGBTQIA+, proporcionando a esses usuários a libertação de muitos sofrimentos, corroborando com que os mesmos sejam vistos como sujeitos com direitos, como indivíduos, cuja sexualidade, que faz parte de sua construção como humano, não deve ser compreendida, nem tratada como objeto de promoção de exclusão, violência e opressão, facilitando processos de orgulhar-se de quem o sujeito é, por conseguinte, atuando na mitigação de parte de fenômenos que colaboram na geração de sofrimentos psíquicos que levam esses grupos a pensamentos e práticas de automutilação com ideação suicida. É com esse viés que podemos sinalizar que o PRAVIDA incide positivamente nesse contexto.

O Programa traz a esses adolescentes, horizontes que não sejam a automutilação ou suicídio como livramento para a dor e para o sofrimento. Vem apresentar caminhos saudáveis que fazem com que ele se perceba como sujeito em constante construção e que o problema de ser LGBTQIA+ não é dele, é do outro que o olha com julgamentos, por encontrar-se preso as restrições e limitações impostas pelas sociedades que se conduzem pelo valores culturais opressores da heteronormatividade, da branquitude e do machismo.

Conforme os atendimentos vão ocorrendo, o adolescente vai ganhando mais autonomia e conhecimento de si, compreendendo o que gosta, o que não gosta, como também estratégias

de (re)produzir para outras pessoas suas preferências em relação a determinados temas, como por exemplo a sua orientação sexual.

Por isso mesmo, trabalhar na construção da saúde mental de adolescentes LGBTQIA+ não é fácil, pois eles projetam dores que não são deles, são dores de outras pessoas que os mesmos pegam para si e os veem como problema e esse problema converge equivocadamente na busca de ser resolvido através da mutilação ou do suicídio. E o PRAVIDA, como política pública de enfrentamento a violência de causas externas vem trazer apoio e olhares importantes para a desconstrução errônea do indivíduo em frente a sua identidade de gênero, não como sofrimento, mas como libertação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PRAVIDA vem como um programa importante para o desenvolvimento de uma política pública de prevenção do suicídio da população em geral de Canindé, que ainda pautado no voluntariado tem importante contribuição na busca de uma agenda e prática de trabalho consolidados no município.

Por ser recente neste contexto, não é conhecido por toda a população, dessa forma muitos adolescentes LGBTQIA+ ainda não usam desse dispositivo de saúde mental. Sendo assim o projeto do PRAVIDA é sempre divulgar o serviço de atendimento em todos os aparelhos de comunicação para que mais adolescentes o conheçam e possam usá-lo como fator de proteção.

Não menos importante, os componentes do PRAVIDA realizam formações a respeito da temática gênero e diversidade, para que o grupo possa entender mais sobre a pauta em questão e saber como lidar com as problemáticas sofridas pelos adolescentes por serem LGBTQIA+.

Ao produzir percepções de re-existência LGBTQIA+ e colaborar para o reconhecimento da diversidade de gênero em Canindé, o PRAVIDA corrobora com a problemática de prevenção ao suicídio, por meio do acolhimento do indivíduo em sua dor, em seu sofrimento, e do fomento ao seu processo de resiliência, possibilitando maior compreensão e aceitação de si.

Por isso, em relação aos adolescentes LGBTQIA+ com pensamentos e tentativas de suicídio, faz com que eles sejam acolhidos em sua singularidade, sem preconceitos, sem julgamentos de orientação sexual, mostrando que são aceitos como são e dessa forma trabalha a sua aceitação.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY A, KNOBEL M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Editora Artmed, São Paulo, 2003.

ABERASTURY, A.; KNOBEL. M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Trad. S. M. G. Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.

_____, RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14 Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Brasília, 2014. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em 22/01/2021.

ASSUMPÇÃO, Ana Paula Vieira de Andrade. O Discurso da falta e do excesso: A Automutilação. Dissertação de Mestrado em Letras – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2016. 100p.

BALSAM, K. F., & MOHR, J. J. (2007). Adaptation to sexual orientation stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3),306-319.

Botega NJ. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002.

BOVER, P.; LISBOA, M.A.P.L.P. Triagem de enfermagem em pronto-socorro: proposta para implantação em hospital privado. *Tratados de Enfermagem*. São Paulo, v. 2, n.2, p. 75-87, jun. 2005.

BUTLER, Judith. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. 18. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2019a. p29.

CAVALCANTE, Ana Célia Sousa; SÉRVIO TEIXEIRA, Selena Mesquita, FRANCO AMORIM, Francisca Regina; CUNHA, Valquíria Pereira; e CAVALCANTE, Francisca Verônica; Estratégia de enfrentamento de idosos que tentaram suicídio no Nordeste Brasileiro; In.:Comportamento Suicida de idosos / Maria Cecília de Souza Minayo, Ana Elisa Bastos Figueiredo, Raimunda Magalhães da Silva [org.]. – Fortaleza: Edições UFC, 2016. P 278.

D'AUGELLI, A. R.; PILKINGTON, N. W.; HERSHBERGER, S. L. Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school. *School Psychology Quarterly*, Washington, DC, v. 17, n. 2, p. 148-67, 2002. (Traduzido para português). Disponível em: <http://revistagalileu.globo.com/Revista/Common/0,,ERT226806-17770,00.html>- acesso em 25/09/2021.

DETRIE, P. M., & Lease, S. H. (2007). The relation of social support, connectedness, and collective self-esteem to the psychological well-being of lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Homosexuality*, 53(4),173-199.

FONTENELLE, P. (2008). *Suicídio: O futuro interrompido*. São Paulo: Geração editorial.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública
http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf
 acessado dia 12/09/2021 as 22:30

FUKUMITSU, O. K. (2013). *Suicídio e luto: Histórias de filhos sobreviventes*. São Paulo: Digital Publish&Print.

GOTSENS, M, MARÍ-DELL'OLMO, M., RODRÍGUEZ-SANZ, M., MARTOS, D., ESPELT, A., PÉREZ, G., ... BORRELL, C. (2011). Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths. *Revista Espanhola de Salud Publica*, 85(2),163-74. *
http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf
 acessado dia 12/12/2021 as 22:30. Acesso em 20/12/2021

Pesquisa revela o risco de suicídio na comunidade LGBT
<https://www.crp15.org.br/artigos/pesquisa-revela-o-risco-de-suicidio-na-comunidade-lgbt/>
 acessado dia 12/09/2021 as 22:38

LAPLANCHE, J., & PONTALIS, J.-B. Vocabulário da psicanálise (4a ed., P. Tamen, Trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes. 2001

LEAL, M. M.; SILVA, L. E. V. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap. 5, p. 42.

MAHFOUD, M. A vivência de um desafio: plantão psicológico. In: ROSENBERG, R. L. Aconselhamento psicológico centrado na pessoa. São Paulo: EPU, 1987.

MAY, T. Pesquisa social. Questões, métodos e processos. 2001. Porto Alegre, Artemed.

MELEIRO, A. M. A. S & Bahls, S. C. (2004). O comportamento suicida. *Suicídio estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma.

MENEGHEL,S.N.; VICTORA, C.G.;FARIA, N.M.X.; CARVALHO, L.A.; FALK, J.W.2004. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de saúde pública*, 38(6): 804-810. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008>. Acesso em 20/01/2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016**. Boletim epidemiológico, n. 15, v.50, 2019;

MOZENA, H. Plantão psicológico: um estudo fenomenológico em um serviço de assistência judiciária. 2009. 169f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade de Campinas, Campinas.

NOAL. D. et al. Cartilha Suicídio na Pandemia Covid-19. Curso de Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz/Ministério da Saúde, 2020.

PAUL GIBSON, L. C. S. W. Gay male and lesbian youth suicide. In: REMAFEDI, G. Death by denial. Studies of suicide in gay and lesbian teenagers. Boston, Massachusetts: Alyson Publications, 1989. p. 15-68 (Traduzido para português)

PRECIADO, Paulo B. Um apartamento em Urano: crônicas da travessia. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2019.

RIGO, S. C. Capítulo 3. Parte 1. O Suicídio e os desafios para Psicologia. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/boletins-epidemiologicos/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view. Acesso em 20/01/2021

ROSARIO, M., Schrimshaw, E. W., & Hunter, J. (2011). Different patterns of sexual identity development over time: Implications for the psychological adjustment of lesbian, gay, and bisexual youths. *Journal of Sex Research*, 48(1),3-15

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM
<http://www.deepask.com.br/goes?page=Veja-ranking-de-municipios-do-Brasil-pelo-numero-de-suicidios> acessado dia 12/09/2021 as 21:51

TAMAM, L.; ÖZPOYRAZ, N.; DILER, R. S. Homosexuality and suicide: a case report. 2001. Disponível em: . Acesso em: 25 jun. 2021. (Traduzido para português)

TASSINARI, M. Plantão psicológico como promoção de saúde. In: BACELLAR, A. A psicologia humanista na prática: reflexões sobre a abordagem centrada na pessoa. Palhoça: Editora da UNISUL, 2009.

UFC- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Portfólio de apresentação do PRAVIDA , 2013. Disponível em: <https://pravidaufc.files.wordpress.com/2013/03/clipping-pravida.pdf>. Acesso em 20/01/2021

UNICEF, Relatório linha base Selo Unicef 2021-2024

WERLANG, B.S.G., Borges, V.R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 259-266.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. World report on violence and health. Dahlberg LL, Biroux B, Stouthamer-Loeber M, Van Kammen WB, editors. Geneva: World Health Organization; 2002.