

# Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hetero e Homoeróticas<sup>1</sup>

## Suicide Thoughts and Attempts of Suicide in Adolescents with Hetero and Homoerotic Sexual Practices

### Fernando Silva Teixeira-Filho

Doutor em Psicologia Clínica. Professor do Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Ciências e Letras da Unesp/Assis.

Endereço: Av. Dom Antonio, 2100, Parque Universitário, CEP 19806-900, Assis, SP, Brasil.

E-mail: fteixeira@assis.unesp.br

### Carina Alexandra Rondini

Doutora em Engenharia Elétrica. Professora do Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho da Faculdade de Ciências e Letras da Unesp/Assis.

Endereço: Av. Dom Antonio, 2100, Parque Universitário, CEP 19806-900, Assis, SP, Brasil.

E-mail: carina@assis.unesp.br e/ou carondini@yahoo.com.br

<sup>1</sup> Trata-se de projeto de pesquisa aprovado em Edital lançado em 2007 financiado e apoiado pelo Programa Nacional de DST-HIV/Aids (Ministério da Saúde do Brasil) em parceria com a UNODC (Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes) e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça do Brasil. Tal projeto vem sendo desenvolvido em regime de parceria pelas seguintes instituições: ONG NEPS (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Sexualidades), na qualidade de mantenedora, pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre as Sexualidades (GEPS) vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica da UNESP de Assis.

### Resumo

Esta pesquisa, que teve como população-alvo adolescentes com idade entre 12 e 20 anos, residentes em três municípios do interior Paulista, buscou conhecer as associações entre orientação sexual e ideações e tentativas de suicídio. Corroborando com as pesquisas internacionais, evidenciou-se que os não heterossexuais têm mais chances de pensarem e tentarem suicídio, comparativamente aos heterossexuais. Todavia, encontrou-se que, dentre o grupo de adolescentes que se assumiram não heterossexuais, os que estão mais vulneráveis são aqueles que se autodefiniram bissexuais e “outros”, os quais constituem o grupo de pessoas menos assumidas, dentre os não heterossexuais. Do mesmo modo, constatou-se que os respondentes apresentam diversas opiniões e valores homofóbicos, sexistas e heterocentrados, o que revela ser o espaço escolar, onde se encontram esses jovens não heterossexuais, bastante carregado de posicionamentos discursivos discriminatórios. Conclui-se que a questão do suicídio é uma problemática de saúde pública e que a população de jovens não heterossexuais necessita de abordagens específicas para a prevenção e de atenção relativas a essa conduta.

**Palavras-chave:** Homofobia; Suicídio; Homossexualidade; Adolescência; Identidade sexual; Violência.

## Abstract

This survey, which had as the target population adolescents aged between 12 and 20 years living in three municipalities in São Paulo, sought to investigate the associations between sexual orientation and ideation and suicide attempts. Confirming international research findings, it is showed that non-heterosexuals are more likely to attempt and think about suicide, compared to heterosexuals. However, we found that among the group of teenagers who assumed to be non-heterosexuals, the most vulnerable are those who define themselves as bisexual and “other”, which constitute the group of people less assumed, among non-heterosexuals. Similarly, it was found that the respondents have different homophobic, sexist and heterocentric opinions and values, which turn out to be the school environment, where these young non-heterosexual study, loaded with enough discriminatory discursive positions. We conclude that the issue of suicide is a public health problem and that the population of young non-heterosexual needs specific approaches for prevention and care in respect to this conduct.

**Keywords:** Homophobia; Suicide; Homosexuality; Adolescence; Sexual Identity; Violence.

## Introdução

Atualmente, os estudos sobre as homossexualidades não desconsideram as implicações das normas sexuais na construção das identidades lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBTs), pois, ainda que o(a)s homossexuais constroam a sua identidade em um contexto onde haja leis que garantam os seus direitos civis e humanos, eles/elas serão estigmatizado(a)s, pois tal construção identitária, forçosamente, irá ser atravessada pelos crivos dos referentes heterossexuais (Seidman, 2003). Tais referentes também passaram por transformações significativas. Segundo Katz (1996) e Spencer (2004), a heterossexualidade passou a ser sinônimo de normalidade apenas em fins do século XIX, quando se construiu o discurso de que ela seria a forma ideal de felicidade amorosa e erótica, em oposição à homossexualidade.

Como nos fazem ver Eribon e Haboury (2003), a partir da difusão dos discursos médicos da sexologia e psiquiatria, a heterossexualidade tornou-se referência legítima dos desejos, ideais, princípios e valores (heteronormatividade), produzindo, assim, um sentimento de superioridade em relação a todas as outras manifestações plurais das sexualidades (heterossexismo). Seguindo os princípios desconstrucionistas das teorias pós-estruturalistas (Higgins, 1993), Cardoso (2003) assume que o heterossexismo é um mito e, como tal, uma inverdade que “explica o mundo do desejo e do amor e, principalmente, [ele] garante a estabilidade das coisas - o heterossexismo justifica uma ordem moral intocável; intocável porque não é questionada, não é avaliada; é aceita como um mito, uma verdade óbvia, natural e universal. E esta ordem moral heterossexista sustenta o edifício econômico e político que questionamos”.

Articulada a esse heterossexismo, encontrou-se a suposta superioridade dos homens (biologicamente falando) em relação às mulheres e, basicamente, sobre tudo o que diz respeito ao feminino (Louro, 1997; Moreno, 1999). Tal superioridade recebe o nome de sexismo, o qual pode se desdobrar, por exemplo, no machismo. Welzer-Lang (2001) nos dirá que o machismo se nutre do viriarcado, que concerne ao exercício do poder dos homens, sejam eles pais ou não, em sociedades patrilineares ou patrilocais ou

não, em relação a eles próprios e aos outros sexos (Mathieu, 1985; Cabral, 1995). É essa arbitrária superioridade que, segundo alguns autores, legitimaria a violência contra a mulher (Connell, 1995; Kimmel, 1998; Garcia, 2001; Cáceres e col., 2002; Cecchetto, 2004) e a homofobia (Borrillo, 2000).

Nesse contexto, entende-se a homofobia como o medo ou o descrédito quanto às pessoas homossexuais ou àqueles que são presumidos o serem, bem como a tudo que faça referência aos atributos, esperados para um sexo, encontrados em outro sexo (Welzer-Lang, 2001). Segundo Tin (2003), o psicólogo K. T. Smith, em 1971, em seu artigo “*Homophobia: A tentative personality profile*”, foi o primeiro acadêmico a utilizar o conceito, mas, naquele momento, usava-o para descrever uma situação em que alguém se sentisse “incomodado” de estar no mesmo espaço junto com uma pessoa homossexual. Desde então, o termo é empregado para significar um processo específico de violência física, simbólica e/ou social contra o(a)s homossexuais. Todavia, a homofobia pode igualmente se voltar à própria pessoa homossexual, já que imprime sobre o sujeito uma negatividade em relação à homossexualidade e às pessoas homossexuais (Eribon, 2008).

A homofobia é um dispositivo de controle, no sentido foucaultiano (Foucault, 1988), que busca afastar todo e qualquer questionamento ou desestabilização da naturalização da norma(lidade) da conduta heterossexual, fundando, dessa forma, bases para o reforço do binarismo dos gêneros, o qual se aprende (Clauzard, 2002) desde muito cedo e que está disseminado em todas as instituições sociais. Tal dispositivo gera discursos cuja finalidade é oprimir todo(a)s aquele(a)s que ousam sentir, experimentar ou dizer de suas orientações e/ou identidades sexuais diversas da heterossexualidade, de modo que essas pessoas passam a ser estigmatizadas (Goffman, 1988). Ressaltam Guimarães e Merchán-Hamann (2005, p. 531):

Nessa perspectiva, o estigma pode ser considerado como dispositivo de controle cujo objetivo é a manutenção, em alguns grupos que exibem uma diferença indesejável, do sentimento de menosvalia social imputado a eles. Essa percepção determina inexoravelmente a sua desqualificação como Sujeitos de Direito que ao mesmo tempo que vêm

negada a sua cidadania, negam-se a conquistá-la. O registro negativo imputado pelo estigma provoca o que Erving Goffman descreveu como identidade deteriorada. (1988).

De maneira equivalente ao estigma, a homofobia enquanto dispositivo de controle promove uma percepção negativa e homogeneizada da homossexualidade, no campo social, que resulta, no campo individual, em uma homofobia interiorizada. Borrillo (2000) aponta que as pessoas homossexuais são vitimizadas do seguinte modo: 1) Os homens homossexuais são vitimizados, pois, em sendo homo, se “igualam” às mulheres na posição de eventual receptor do pênis. Logo, são vistos como “efeminados”, deixando de fazer parte do universo viril. Por isso, o estereótipo de que todos os homossexuais masculinos são “mulherzinhas”, “desmunhecados” e/ou “maricas”. 2) De outro lado, as mulheres homossexuais são vitimizadas, já que, em sendo homo, supostamente deixam de cumprir sua função de “fêmea” reprodutora dos filhos “de um macho”, e não são aceitas no universo viril, ainda que emasculadas, pois não possuem o pênis. Em acréscimo, ao se identificarem enquanto lésbicas, assumem uma postura ativa em relação ao seu desejo sexual. Como tal atividade é exclusiva do universo masculino, elas são rechaçadas pelos homens e pelas outras mulheres, pois quebraram a barreira do silêncio em relação à suposta passividade feminina.

De modo semelhante, autores como Blumenfeld (1992), Isay (1998) e Hardin (2000) assinalam que tais efeitos englobam: 1) Negação da sua orientação sexual (do reconhecimento das suas atrações emocionais) para si mesmo e para os outros; 2) Tentativas de mudar a sua orientação sexual; 3) Sentimento de que nunca se é “suficientemente bom”, o qual conduz à instauração de mecanismos compensatórios, como, por exemplo, ser excessivamente bom na escola ou no trabalho (para ser aceito); 4) Baixa autoestima e imagem negativa do próprio corpo, depressão, vergonha, defensibilidade, raiva e/ou ressentimento - o que pode levar ao suicídio já em tenra juventude; 5) Desprezo pelos membros mais “assumidos” e “óbvios” da comunidade LGBT; 6) Negação de que a homofobia é um problema social sério; 7) Projeção de preconceitos em outro grupo-alvo (reforçados pelos preconceitos já existentes na

sociedade); 8) Tendência de tornar-se psicológica ou fisicamente abusivo, ou permanecer em um relacionamento abusivo; 9) Tentativas de se passar por heterossexual, casando-se, por vezes, com alguém do sexo oposto, para ganhar aprovação social ou na esperança de “se curar”; 10) Práticas sexuais não seguras e outros comportamentos autodestrutivos e de risco (incluindo a gravidez e o de ser infectado pelo vírus HIV); 11) Separação de sexo e amor e/ou medo de intimidade, capaz de gerar até mesmo um desejo de ser celibatário(a); 12) Abuso de substâncias (incluindo comida, álcool, drogas e outras).

No contexto deste artigo, propõe-se a problematizar os efeitos da homofobia no adolescente “não heterossexual”, ou seja, com práticas sexuais homoeróticas tendo ou não assumido uma identidade LGBT para si mesmo ou outras pessoas. Dentre essas consequências, destacamos a questão do suicídio.

## **Epidemiologia de Suicídio em Adolescentes Independentemente de Orientação e/ou Identidade Sexual**

A adolescência é um período do desenvolvimento humano que possui diferentes interpretações para cada cultura e momentos históricos (Santos, 1996). No Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Brasil, 1995), Art. 2º, considera-se “criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade”, enquanto a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986) entende como adolescente o indivíduo que possui entre 10 (dez) e 20 (vinte) anos de idade.

Assim, para este trabalho, tendo as definições do ECA como referência, o período da adolescência tem como característica biológica a puberdade, a qual traz consigo a maturação sexual ocorrente da mesma forma, universalmente, em meninos e meninas. Do mesmo modo, também nesse período, o(a) adolescente irá construir sua identidade tendo como medida os referentes coletivos e não apenas os de seu núcleo familiar de origem. Conforme a convivência com o meio social se vai estabelecendo, há uma busca do(a) adolescente em adotar valores

e comportamentos visando à aceitação pelo grupo ao qual pertence.

Em meio a esse período de maior desenvolvimento e amadurecimento biológico e psicológico, o(a) adolescente se torna mais susceptível a conflitos emocionais. À medida que se dá esse desenvolvimento, ele/ela depara-se com uma nova realidade: passa a entrar aos poucos no universo adulto, recebendo as primeiras pressões sociais, que, articuladas à realidade emocional dos envolvidos, podem contribuir para alterações de comportamento e surgimento de quadros depressivos, os quais, se não forem superados, correm risco de desembocar em ideações e tentativas de suicídio.

De acordo com os estudos de Marcus (1995) e Cassorla (1998a; 1998b), o suicídio - ato voluntário de pôr fim à própria vida -, para muitas pessoas, pode ser a última alternativa para lidar com a tensão resultante da não aceitação de desejos (sexuais ou não), no campo social. Trata-se, portanto, de um ato intimamente ligado ao contexto onde ele se produz (Barros, 1998).

No que se refere à adolescência, Arenales e colaboradores (2002) salientam a existência de uma tendência de aumento dos suicídios em adolescentes, a partir dos anos 1950, tendo as taxas de suicídio nesse grupo triplicado desse período até os anos 80, estabilizando-se posteriormente.

Segundo Zwahr-Castro (2005), apesar de as taxas de suicídio permanecerem relativamente estáticas, nos últimos sessenta anos, nos Estados Unidos, entre os adolescentes ocorre uma maior preocupação com essas taxas por dois motivos: a) a taxa de suicídio, nessa faixa etária, quadruplicou nos últimos cinquenta anos; e b) o suicídio contagioso ou os grupos de suicídio parecem ser mais comuns entre os jovens que entre outros segmentos da população. Entre os adolescentes, o suicídio é a terceira causa de morte, sendo que 4.000 jovens tiraram a própria vida, em 2001.

Somando-se a isso, destaca-se que os pensamentos sobre o suicídio são ainda mais comuns que as tentativas ou os suicídios efetivados. Além disso, a pesquisa demonstra que entre 19 e 54% dos jovens americanos já consideraram o suicídio, ao passo que de 3 a 4% pensaram em cometer suicídio, na semana anterior. Felizmente, menos de 25% dos

adolescentes que levaram em conta a possibilidade de se suicidarem, efetivamente o tentarão.

Assim como entre os adultos, as taxas de suicídio entre os adolescentes diferem nos vários segmentos da população. Na população adolescente, do número total de suicídios entre os indivíduos de 15 a 24 anos de idade, 86% eram homens. Além disso, o autor enfatiza que, embora estejam aumentando na população negra, as taxas de suicídio para os americanos de origem hispânica, negra, ou asiática, nas faixas de 15 a 24 anos de idade, continuam sendo significativamente mais baixas que o suicídio entre os jovens brancos, não hispânicos. Entre todos os grupos, o risco mais alto aparece entre os jovens nativos americanos (de origem indígena), que apesar de constituírem uma população relativamente pequena, têm taxas de suicídio duas vezes mais altas que a dos brancos não hispânicos. As estimativas sugerem que aproximadamente 30% dos nativos americanos entre 15 a 16 anos de idade já tenham tentado suicídio, comparados com 4 a 16% da população total.

No Brasil, os dados de DATASUS de 2002 apontam que, na faixa etária de 15 a 19 anos, a taxa de mortalidade por suicídio é de 4 para homens e 2 para mulheres em 100.000 habitantes e, no que tange à internação, a estimativa era de 583,3, para o ano de 2003. Para o Estado de São Paulo, a taxa é 7, enquanto, para a capital, é de 1,5 por 100.000 habitantes. Considerando o sexo do indivíduo independente da faixa etária, na capital paulista, tem-se 6,4 homens e 1,5 mulheres por 100.000 habitantes (D'Oliveira, 2005).

No que diz respeito ao percentual de óbitos por sexo e tipologia de suicídio, em 43,8% dos casos, para os homens, houve utilização de arma de fogo e, para as mulheres, em 41,0% dos casos, enforcamento ou estrangulamento. Todavia, quando esses dados são cotejados com as internações de tentativas de suicídio, em 48,0% das mulheres e 21,7% dos homens, há ingestão de medicamentos. No caso dos homens, o mesmo percentual se repete com a utilização de outros meios não especificados (D'Oliveira, 2005). Disso, infere-se que os homens, ao tentarem suicídio, têm mais “sucesso” comparativamente às mulheres, por conta da tipologia do suicídio, embora as mulheres tentem mais, como é também a tendên-

cia percebida em estudos internacionais.

Ainda sobre a realidade brasileira, a pesquisa de Souza e colaboradores (2002), desenvolvida nas capitais das nove regiões metropolitanas brasileiras, destaca o suicídio como ocupando a 6ª posição entre as principais causas de óbito entre jovens de 15 a 24 anos. Essa pesquisa utilizou os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, na faixa etária de 15 a 24 anos, no período de 1979 a 1998, indicando que a incidência varia em função dos diferentes espaços sociais, das faixas etárias específicas, do sexo e dos meios utilizados. Para o conjunto das capitais, observou-se certa elevação das taxas de suicídios, nos anos analisados, correspondendo a 3,5 (em 1979), 3,4 (1985), 4,0 (1990) e a 5,0 (em 1998) por 100.000 habitantes de 15 a 24 anos. Salvador e Rio de Janeiro tiveram as menores taxas de suicídio; em contrapartida, Porto Alegre e Curitiba apresentaram as maiores taxas. Os principais meios usados para praticar tais atos foram os enforcamentos e estrangulamentos, sobretudo em Porto Alegre, e o emprego de armas de fogo e explosivos, ressaltando-se sua utilização em Belo Horizonte.

## Suicídio de Adolescentes e Orientação Sexual Homossexual: epidemiologia e casuística

O ato de atentar contra a própria vida já foi entendido como pecado, crime, liberdade individual, efeitos das condições sociais (Durkheim, 1897[1969]; Ariès, 1977), chegando hoje à visão contemporânea de psicopatologia ou condicionamento genético. Neste último caso, tem a propriedade de fazer nascer um sujeito psicológico, de modo que a investigação do suicídio se dobre sobre a vida interior de uma pessoa, sem que se dê a devida relevância às dinâmicas sociais de produção das subjetividades. Porém, neste trabalho, entendem-se as ideações e tentativas de suicídio de adolescentes “não heterossexuais” como efeitos dos processos homofóbicos e não uma decorrência de processos patológicos individuais. Ou seja, procura-se compreender o quanto o estigma de se descobrir “não heterossexual”, para si mesmo e/ou para os outros, contribui para levar um(a) adolescente ao ato de pensar e/ou de atentar contra



a sua própria vida. A partir dessas consequências, pode-se perguntar: o adolescente homossexual está mais vulnerável que o adolescente heterossexual, em relação ao risco de suicídio?

Inúmeros estudos mostram que a taxa de suicídios é elevada, entre o(a)s adolescentes homossexuais. Nos Estados Unidos, os jovens homossexuais (de ambos os sexos) representam um terço de todos os suicídios juvenis (enquanto os homossexuais constituem, no máximo, 5 ou 6% da população) (Remafedi, 1994; Savin-Williams, 1996).

No relatório da Secretaria da Força-Tarefa do Governo dos Estados Unidos (Paul Gibson, 1989) sobre o suicídio juvenil, revelou-se que os jovens gays são de duas a três vezes mais propensos a tentar o suicídio comparativamente aos jovens heterossexuais, compreendendo o total de 30% anual de suicídios juvenis.

Alguns dos primeiros estudiosos a examinar a associação entre orientação sexual e comportamentos de risco em saúde entre adolescentes em idade escolar foram Garofalo e colaboradores (1998). Em amostra de 4.159 estudantes do 9º ao 12º ciclos, por amostragem ao acaso, no Estado de Massachusetts, encontraram-se 104 estudantes que se identificaram como gays, lésbicas ou bissexuais, representando, portanto, 2,5% da população. Havia uma diferença estatística significativa entre a porcentagem de tentativas de suicídio feitas pelos estudantes GLBT-TT: 35,3%, enquanto os estudantes heterossexuais, 9,9%. Este foi um estudo importante, porque foi um dos primeiros a usar uma grande e generalizável amostra de adolescentes, diferentemente das investigações anteriores, as quais usavam amostras oportunistas e não representativas, além de oferecer um grupo de comparação.

Tamam e colaboradores (2001) confirmam essa tendência, salientando que o suicídio entre homossexuais, particularmente entre adolescentes e jovens adultos, tem sido considerado alto, nos últimos 25 anos. Na mesma época, outra pesquisa (D'Augelli e col., 2002) conclui que gays têm duas a três vezes mais possibilidades de cometer o suicídio que outros jovens não homossexuais, o que pode representar, anualmente, 30% dos suicídios entre jovens.

Segundo Murphy (2004), um estudo conduzido

por Remafedi e colaboradores (1998), sobre a relação entre orientação sexual e risco de suicídio, examinou um corte transversal de uma amostra de estudantes da escola secundária júnior e sênior de Minnesota (EUA), combinou aqueles que se autoidentificaram como bissexuais/homossexuais com respondentes heterossexuais, em medidas de ideação suicida, intenção e tentativas comunicadas. Os autores descobriram que homossexuais ou homens bissexuais apresentaram 28,1% de significância estatística em relação às tentativas de suicídio, comparados a 4,2% dos homens heterossexuais. Saewyc e colaboradores (1998), utilizando-se dos dados da Enquete sobre Saúde do Adolescente de Minnesota (1987), na qual um em cada três jovens LGBT, com idade entre 15 (quinze) ou mais anos, relataram ao menos uma tentativa de suicídio.

Herrell e colaboradores (1999), contrapondo-se aos dados de pesquisas que usavam amostras por conveniência ou que não avaliaram fatores como depressão e uso de substâncias e suas associações com orientação sexual e suicídio, empreenderam uma pesquisa com uma amostra composta por 103 pares de irmãos gêmeos do sexo masculino, em que um já tinha tido relação sexual com alguém do mesmo sexo, após os 18 anos. Foram investigados quatro fatores de risco ao suicídio: pensamentos sobre a própria morte, desejo de morrer, pensamentos sobre cometer suicídio e tentativa de suicídio. O artigo conclui que a orientação homossexual está significativamente relacionada aos sintomas ligados ao suicídio, em comparação com os irmãos heterossexuais, constatando-se um aumento significativo do risco de suicídio entre os homossexuais masculinos, independentemente do uso abusivo de substâncias psicoativas e outros transtornos psiquiátricos. No entanto, os autores alertam que é preciso melhor compreender como pesquisar/definir orientação sexual e sua diferença quanto às práticas sexuais junto à população dita homossexual pesquisada.

Como se pode observar, urge a necessidade de se investigar o fenômeno na realidade brasileira, com fins de desenvolvimento de planos de ação específicos em Saúde Mental e Educação. Nesse sentido, empreendeu-se a pesquisa em questão, cujos dados apresentam-se a seguir.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal, realizado em 2009, junto a estudantes do ensino médio em três cidades do Oeste Paulista (Presidente Prudente, Assis e Ourinhos).

### Amostra

Os resultados são provenientes de uma amostra composta por 2.282 adolescentes de ambos os sexos, sendo: 714 (31,3%) de Presidente Prudente, 779 (34,1%) de Assis e 789 (34,6%) de Ourinhos, regularmente matriculados/as no Ensino Médio de escolas públicas desses municípios. Trata-se de jovens na sua maioria branca 1.320 (58,1%), com idade média de 17 anos ( $dp = 1$ ) e renda familiar de 1 a 5 s.m., 1.683 (74,7%). Dentre todas as escolas que aceitaram participar do estudo, em cada cidade, fez-se um sorteio aleatório de 50,0% das classes de primeiro a terceiro ano. O(a)s aluno(a)s pertencentes a essas classes foram esclarecido(a)s dos objetivos da pesquisa e convidado(a)s a participar da mesma. Aquele(a)s que desejaram contribuir com o trabalho preencheram o questionário, autoaplicado e anônimo, durante o período referente a uma aula.

Para fins de análise, agruparam-se o(a)s adolescentes que se autodefiniram Gays, 12 (0,5%), Lésbicas, 11 (0,5%), Bissexuais, 38 (1,7%), Transexuais, 1 (0,0%) e “Outros”, 47 (2,1%), em não heterossexuais, 109 (4,8%) e os demais, heterossexuais, 2.163 (95,2%).

### Instrumento e procedimento da coleta de dados

O instrumento empregado foi um questionário autoaplicável, adaptado daquele utilizado em pesquisa realizada em 2001, pelo *Centre Gai & Lesbien* de Paris, em colaboração com pesquisadores do CNRS (*Centre National de Recherche Scientifique*), sendo que, na versão brasileira, ficou com 131 questões, na sua maioria, fechadas. O questionário possui questões que abordam a identificação pessoal, trajetórias sexuais, homofobia, ideações e tentativas de suicídio e histórico de violência sexual e/ou física.

### Análise estatística

O teste estatístico utilizado foi o Qui-Quadrado de Pearson, com nível de significância de 5,0% e a razão de prevalência com intervalo de confiança de 95% (Pereira, 2008).

### Variáveis consideradas no estudo

Considerou-se como fator a orientação sexual dos estudantes. As variáveis de desfecho usadas foram: pensamentos e tentativas suicidas, histórico de violência sexual e física.

Como variável “histórico de violência sexual”, ponderaram-se os seguintes atos: a) uma pessoa deliberadamente mostrou os órgãos sexuais para você; b) foi abraçado(a) ou beijado(a) de uma forma sensual por um adulto; c) tentativa de relação sexual com o seu consentimento: relação vaginal; anal e/ou oral, para os participantes com até treze anos, na época da violência, e para todos que sofreram tentativa de relação sexual sem o seu consentimento.

Quanto à violência física, classificou-se como: a) com contato físico; para os casos de socos e/ou empurrões, pontapés, beliscão, tapas no bumbum, bofetadas e puxão de cabelo e/ou orelha; b) sem contato físico; para os casos de uso de cinta, chicote e/ou vara; uso de chinelo/tamanco e uso de cabo de vassoura ou guarda-chuva; c) com uso de objetos e/ou líquidos, para os casos de imersão em água quente, imersão de cabeça em vaso sanitário e pôr a mão em chapa quente de fogão e d) outros.

### Questões éticas

O projeto foi aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP (nº 547/2007), Campus de Assis, e está de acordo com as normas da resolução 196/96 do CONEP/MS.

## Resultados

Os dados aqui apresentados são oriundos de uma amostra composta por 2.282 estudantes do ensino Médio, com idade média de 17 anos ( $dp = 1$ ), sendo a maioria meninas, 1.310 (57,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1 - Distribuição dos estudantes por gênero, segundo a sexualidade declarada, Assis, 2009**

Orientação sexual	Sexo		Total** n (%)
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Heterossexual	914 (95,4)	1245 (95,0)	2159 (95,2)
Bissexual	15 (1,6)	23 (1,8)	38 (1,7)
Gay	12 (1,3)	0 (0,0)	12 (0,5)
Lésbica	0 (0,0)	11 (0,8)	11 (0,5)
Outros*	17 (1,8)	31(2,4)	48 (2,1)

\* (Transexual, recusou-se a definir e não sabe).

\*\* Quatro participantes não declararam seu sexo biológico.

Entre 2.256 (98,8%) respondentes, 484 estudantes declararam já terem pensado em suicidar-se, o que representa uma prevalência de 21,5%. Independentemente da orientação sexual dos respondentes, as meninas (359) apresentaram uma prevalência maior, com 74,2%, de pensamentos suicidas, que os meninos 25,8% (125) (correção de Yates = 67,831;  $p < 0,0001$ ). Não se verificou diferença estatística para o sexo, com relação à idade que esses adolescentes tinham, quando pensaram em suicídio. Para ambos sexos, independentemente da orientação sexual, esse fato se deu, na maioria das vezes, entre os 14 e os 16 anos, 312 (67,5%). Com relação às tentativas de suicídio, em 2.259 (99,0%) respondentes, 167 estudantes declararam já terem tentado suicidar-se, o que representa uma prevalência de 7,4%. Da mesma forma, independentemente da orientação sexual dos respondentes, as meninas (136) demonstraram uma prevalência maior, 81,4%, de tentativas suicidas que os meninos - 18,6% (31) (correção de Yates = 40,328;  $p < 0,0001$ ).

A prevalência de pensamentos suicidas entre os heterossexuais foi de 20,7%. Entre os não heterossexuais, essa prevalência foi de 38,6%, e a razão

de prevalência com relação aos heterossexuais foi de 1,87 (IC (95%): [1,44 a 2,42]) e  $p < 0,0001$  (Tabela 2). Assim, os não heterossexuais da amostra apresentaram “aproximadamente” o dobro de chances de pensar em suicídio, comparativamente aos heterossexuais.

Da mesma forma, verificou-se uma maior prevalência dos não heterossexuais com relação às tentativas suicidas. A razão de prevalência com relação aos heterossexuais foi de 2,74 (IC (95%): [1,81 a 4,14]) e  $p < 0,0001$ , ou seja, os não heterossexuais têm “aproximadamente” o triplo de chances de tentar suicídio, comparativamente aos heterossexuais.

Em 480 adolescentes que disseram ter pensado em se matar, 442 são heterossexuais. Dentre estes, 137 (31,0%) tentaram se matar. Todavia, a proporção dos não heterossexuais, 18 (47,4%), mostrou-se superior aos dos heterossexuais, nessas tentativas.

Entre os que já pensaram em se matar, 92 (19,3%) disseram ainda pensar, no momento da pesquisa, sendo que a prevalência dos heterossexuais foi de 85,7%, e dos não heterossexuais, 14,3% (correção de Yates = 4,124;  $p = 0,034$ ).



**Tabela 2 - Distribuição dos estudantes por variáveis de desfecho, segundo a sexualidade declarada, Assis, 2009**

	Orientação Sexual		P
	Heterossexuais n (%)	Não heterossexuais n (%)	
Alguma vez você já pensou em se matar?			0,000*
Sim	444 (20,7)	39 (38,6)	
Não	1.704 (79,3)	62 (61,4)	
Alguma vez você já tentou se matar?			0,000*
Sim	145 (6,8)	21 (19,8)	
Não	2.002 (93,2)	85 (80,2)	
Histórico de violência sexual			0,001*
Sim	214 (12,4)	21 (26,6)	
Não	1.513 (87,6)	58 (73,4)	
Histórico de violência física			0,044
Com contato físico	201 (26,9)	12 (35,3)	
Sem contato físico	495 (66,4)	16 (47,1)	
Com uso de objetos e/ou líquidos	17 (2,3)	2 (5,9)	
Outros	33 (4,4)	4 (11,8)	

\* Teste Exato de Fisher

O mesmo padrão observado para o sexo biológico, com relação à idade que esses adolescentes tinham, quando pensaram em suicídio, repetiu-se para a orientação sexual, quer dizer, não se verificou diferença estatística para esse caso. Para ambas as orientações sexuais, os pensamentos suicidas ocorrem com maior frequência, entre os 14 e os 16 anos, 312 (67,7%). Também não se observou diferença estatística com relação ao número de tentativas. Dos respondentes (146), 102 (69,9%), entre heterossexuais e não heterossexuais, declararam ter tentado o suicídio de uma a duas vezes, sendo a idade da última tentativa, também entre os 14 e os 16 anos, 72 (66,7%), entre heterossexuais e não heterossexuais.

Por conta de haver um número superior de heterossexuais do sexo feminino, em nossa amostra, encontrou-se a prevalência de ambas, em todas as tipologias de tentativas de suicídio aferidas no questionário. Por isso, destacam-se as variações encontradas nessas tipologias, tendo como referência as diversas orientações sexuais autodeclaradas. Portanto, do total de 21 não heteros que responderam ter tentado se matar, 9 (42,9%) são bissexuais, 2

(9,5%) são gays e 10 (47,6%) são “outras”. Logo, na amostra de não heteros, encontrou-se que a população de bissexuais e daqueles que se declararam “outros” descreveu similarmente terem tentado de diversas formas, à exceção das tentativas de asfixia e/ou envolvimento em briga, objetivando ferir-se ou morrer.

Na maioria dos casos, 106 (68,8%), em 154 respondentes, os adolescentes não foram hospitalizados. Embora sem diferença significativa, dentre 132 heterossexuais que responderam a essa questão, 45 (34,1%) já precisaram desse recurso, quando apenas 3 (14,3%) dos não heterossexuais o fizeram. Igualmente entre os heterossexuais, em 45 adolescentes que tentaram se matar, 35 (77,8%) são meninas que precisaram desse recurso.

Entre os participantes heteros e não heterossexuais, 434 (19,3%), declararam ter feito tratamento com psiquiatra e/ou psicólogo, sendo que apenas 49 (11,3%) ainda continuam o tratamento. Dentre esses que continuam o tratamento, apenas 10 (20,4%) já tentaram se matar.

Ainda com relação aos estudantes que tentaram se matar, 164 entre heteros e não heterossexuais,

a metade, 83 (50,6%), afirmou ter bom relacionamento tanto com o pai quanto com a mãe, ao passo que apenas 20 (12,2%) não possuem bom relacionamento com os pais. Um total de 109 (67,3%) que atentaram contra a própria vida também revelaram ter participação ativa e regular na sua comunidade e/ou escola.

No que diz respeito à vitimização sexual, os não heterossexuais têm “aproximadamente” duas vezes as chances de sofrer violência sexual (razão de prevalência = 2,15; IC (95%): [1,46 a 3,16] e  $p = 0,0002$ ), comparativamente aos heterossexuais (Tabela 2). Dentre 234 adolescentes com histórico de VS, 39 (16,7%) declararam ter tentado suicídio, sendo 35 (16,4%) heterossexuais.

Todavia, encontrou-se significância estatística entre histórico de VS e tentativa de suicídio para a população heterossexual (correção de Yates = 40,540;  $p < 0,0001$ ), isto é, em 108 (6,3%) que tentaram se matar, 35 (32,4%) sofreram VS.

Em um total de 86 respondentes não heterossexuais, 45 (52,3%) disseram ter sofrido algum tipo de agressão/constrangimento, devido à sua sexualidade.

Provavelmente, por conta da pequena frequência de respondentes às questões sobre homofobia entre os não heterossexuais (11 em 21), não foi possível verificar associação entre essa população que tentou suicídio e a circunstância de ter sofrido algum tipo de homofobia (na escola, na família ou interiorizada). Contudo, ao relacionar-se a questão que trata de piadas ofensivas contadas na escola, sobre as pessoas não heterossexuais, e as tentativas de suicídio, dentre 18 respondentes, encontraram-se 10 (55,6%) escolhendo alternativas que expressam homofobia interiorizada, a saber: fingir que se diverte, sair discretamente do grupo, para que não pensem que ele(a) seja homossexual ou se diverte por achar normal fazerem piadas sobre pessoas não heterossexuais.

A maioria das meninas 83 (65,4%) disse ter contado a alguém sobre ter tentado se matar; já para os meninos, 14 (48,3%) afirmaram que sim, enquanto 15 (51,7%) garantiram que não contaram a ninguém. A proporção de heterossexuais que contaram a alguém sobre ter tentado se matar (86,6%) foi maior do que a dos não heterossexuais (13,4%).

## Discussão

Os adolescentes tomados por desejos eróticos em relação a pessoas de mesmo sexo biológico – neste estudo, denominados “não heterossexuais” –, sentem medo da exclusão e da injúria (Verdier e Firdion, 2003; Eríbon, 2008), se afastam da sociedade, tornando-se vulneráveis à depressão e, em alguns casos, a pensamentos e tentativas de suicídio (Savin-Williams, 1990, 1998; Taquette e col., 2005).

Neste estudo, corroborando as pesquisas internacionais apresentadas (Bontempo, 2002), evidenciou-se que os não heterossexuais têm mais chances de pensar e tentar suicídio, comparativamente aos heterossexuais. Todavia, aqui, como na pesquisa empreendida por Saving-Williams (1994, 2001b, 2003), observa-se que, dentre o grupo de adolescentes que se assumiram não heterossexuais, os que estão mais vulneráveis são aqueles que se autodefiniram bissexuais e “outros”, constituindo o grupo de pessoas menos assumidas, dentre os não heterossexuais. A que isso se deve?

Santos (2004), em sua investigação com adolescentes homossexuais masculinos, observou que, aos dez anos, os mesmos já tinham claro para si mesmos o desejo por um parceiro do mesmo sexo, enquanto alguns já mantinham práticas homoeróticas com parceiros mais velhos. Por volta dos treze anos, quando compreendiam que sua afetividade e sexualidade eram rejeitadas por seus familiares e grupos de amigos, através da desqualificação moral e física sofrida por eles, esses jovens não tinham dúvidas sobre seus desejos homoeróticos, mas tentavam de algum modo negá-los, escondê-los ou mesmo transformá-los através da busca de uma parceria de sexo oposto (namorada), entrada no seminário ou mesmo desenvolvendo depressões graves.

Como enfatiza Castañeda (2007, p. 91), todas as crianças são criadas por seus pais a partir de um modelo heterossexista, que as faz crer que um dia irão se casar e formar uma família: “[...] é o que lhes repetem incansavelmente seus pais, a escola, a cultura e a sociedade em geral”. Dar-se conta que isso, provavelmente, não acontecerá e que será necessário renunciar a um projeto de vida longamente preparado, é um processo extremamente lento e doloroso. Trata-se de uma perda importante; e,

como em qualquer perda, há um trabalho a ser feito. Desse modo, vê-se que o suicídio em adolescentes não heterossexuais não é um fato desarticulado do contexto em que se inserem. Como isso irá afetá-los, psicologicamente?

Pautados nos trabalhos sobre a morte, desenvolvidos por Elizabeth Kübler-Ross (1969), o(a)s psicólogo(a)s envolvido(a)s nos Estudos de Gênero e LGBT (Castañeda, 2007), dirão 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.”). Assim, pode-se supor que não existem crises identitárias no tocante à sexualidade, mas, sim, tentativas de resolução de um conflito instalado pela homofobia, no campo social.

O suicídio em adolescentes não heterossexuais está acompanhado de certa desesperança e negação interna da sexualidade, que costumam ser reforçadas pela sociedade heteronormativa em que vivemos (Oliveira, 1998). Tal pressão social vem, portanto, acentuar um estado de melancolia no sujeito, que dificultará que ele faça o luto da heterossexualidade, que é um passo fundamental para a construção de uma identidade sexual na qual a pessoa se reconheça e se sinta autorizada a expressar seus desejos, ainda que o contexto em que viva não seja propício.

Qual é a duração desse processo de luto? Segundo Castañeda (2007), para certas pessoas, ele nunca tem fim - e talvez seja a diferença mais importante entre os homossexuais “felizes” e aqueles que nunca terminam de fazer o luto da heterossexualidade, que é imposta como ideal de comportamento sexual. É evidente que, entre esses dois extremos, há muitos homossexuais para os quais essas coisas não são importantes, e que não têm nenhum arrependimento em relação à vida heterossexual - aparentemente. Todavia, a maioria dos homossexuais passa por um luto da heterossexualidade, mesmo que não seja totalmente inconsciente. Por conseguinte, é importante tomar consciência desse luto, que pode

durar indefinidamente ou ressurgir sob formas diferentes.

Sabe-se que a adolescência é o período de descobertas e experimentações e, em muitos casos, esses desejos já sentidos antes dos 10 anos podem se transformar. Sabe-se também que, embora presencie-se na atualidade uma maior e positiva flexibilização quanto aos papéis de gênero (o que se espera para homens e mulheres), isso torna mais difícil a passagem pela adolescência, especialmente para aqueles que não correspondem ao alinhamento naturalizado entre sexo-gênero-sexualidade, que sustenta a heteronormatividade (Louro, 2009, p. 30). Assim, o(a) adolescente não heterossexual sabe que, além de sua sexualidade ser diferente da de seus colegas, ele(a) não é aceito(a) por seu grupo de amigos, familiares e sociedade em geral, pois ele/ela percebe o modo como é negativamente tratada, em programas humorísticos, novelas, filmes e na escola (Louro, 1997; Cluzard, 2002; Nascimento, 2004). Tais posturas e sentimentos negativos a respeito de si mesmo, que, como estudou Hardin (2000, p. 91), nascem das mensagens negativas amplamente divulgadas pela sociedade em torno da homossexualidade, acabam por gerar uma introjeção dessa homofobia, aqui denominada homofobia interiorizada. Por conta disso, a pessoa não heterossexual é mais vulnerável a apresentar determinados comportamentos de risco, que, em geral, são comuns na adolescência, mas que, no caso do(a)s adolescentes em não conformidade com a heteronormatividade, assumem um peso maior. Os resultados desses estudos foram parcialmente corroborados por nossa pesquisa, haja vista que aquele(a)s que tentaram e pensaram em se matar declararam ter de lidar com o ambiente homofóbico em que se situam, mais especificamente o da escola.

Em estudo preparatório para a realização desta pesquisa (Teixeira-Filho e Marretto, 2008), observou-se significativa prevalência de tentativas e ideações suicidas, em jovens heterossexuais. Na ocasião, interrgou-se sobre os fatores associados a esse dado e decidiu-se inserir, no questionário de coleta de dados da pesquisa, questões relacionadas à vitimização sexual. Corroborando com outros estudos, também encontrou-se uma relação entre suicídio e vitimização sexual junto aos respondentes

heterossexuais, bem como uma maior vulnerabilidade das pessoas não heterossexuais no que concerne a esse tipo de violência (Savin-Williams, 1994; Rouyer, 1997; Martin e col., 2004).

## Conclusão

Esta pesquisa, que teve como população-alvo adolescentes com idade entre 12 e 20 anos de ambos os sexos, sem distinção de cor, raça, credo ou orientação sexual, residentes nos municípios de Assis, Ourinhos e Presidente Prudente, no interior do Estado de São Paulo, buscou conhecer as associações entre orientação sexual e ideações e tentativas de suicídio (ITS).

De fato, encontrou-se significância estatística entre orientação sexual e ITS. Mas, uma vez que o(a)s jovens da amostra não responderam às questões que nos permitiriam precisar a relação entre vitimização homofóbica na família e/ou escola, orientação sexual e ITS, tal hipótese não poderá ser respondida aqui.

Dos que responderam e afirmaram-se gays e/ou lésbicas assumidos, na família e na escola, paradoxalmente, a vida nesses contextos foi descrita como boa e foram eles, dentre os LGBT, os que menos pensaram ou tentaram se matar. Diferentemente, o(a)s jovens bissexuais e/ou os que ainda não se definiram estão em maior risco. Isso faz supor que, em uma sociedade onde a organização das relações entre os gêneros se dá a partir de uma lógica binária de formatação da sexualidade, de fato, aquele(a)s que se sentem atraído(a)s por ambos os sexos podem mesmo encontrar maior dificuldade de compreensão e estabelecimento de parcerias amorosas, já que tal sujeito é visto ou como “indeciso”, “oportunista” ou “imaturado” (Castañeda, 2007). Dessa maneira, crê-se que a negociação do “sair do armário”, isto é, revelar-se LGBT para si, familiares, amigos/as e escola, passa por situações diversas e implica respostas distintas, uma vez que, em cada lugar, a homossexualidade terá um valor, uma representação, uma consequência. E muito também dependerá de fatores como: 1) idade da pessoa; 2) relações familiares que precedem a “revelação” (Laird, 1998; Savin-Williams, 1998; 2001a); 3) religiosidade; 4) raça e etnia (Oliveira, 2007). Assim, até que ponto a pessoa bissexual

pode, sem medo de constrangimento, lidar com sua sexualidade e ser aceita em um grupo comparativamente às pessoas hetero ou homossexuais?

As mulheres, assim como as pessoas não heterossexuais, são vitimizadas pela violência de gênero que se dá em todos os níveis discursivos. Sabe-se que a heteronormatividade e o machismo impregnam negativamente os valores sociais que julgam as práticas sexuais e as relações entre os gêneros. Nesse sentido, não surpreendeu que, também aqui, as ideações e tentativas de suicídio tenham sido mais frequentes junto ao sexo feminino, independentemente da orientação sexual.

Antes de finalizar, porém, é preciso chamar a atenção para a dificuldade em se investigar o tema proposto, no que diz respeito à definição de homossexualidade. Sabe-se que as relações entre iguais nem sempre sofreram sanções ao longo da história (Spencer, 2004) ou em todas as culturas (Williams, 1998). Savin-Williams (2005, 2006), um dos autores utilizados como suporte teórico ao estudo, recentemente vem lançando dúvidas sobre como se define a homossexualidade, o que acarretaria diretamente em como chegar a um consenso sobre a definição objetiva de uma amostra. Segundo o autor, frequentemente as pesquisas definem a homossexualidade, tomando como referência de um a três componentes ou expressões da orientação sexual: atração sexual/romântica, comportamento sexual e identidade sexual. Conforme a perspectiva desse estudioso, esses três componentes não são articulados naturalmente e não se desenvolvem em um *continuum*, logo, não garantem consistência nos dados. Isto é, dependendo do componente que se investiga, a taxa de prevalência de pessoas homossexuais, na população geral, varia de 1 a 21%, ao passo que, quando se define a população homossexual baseada na prática ou identidade sexual, aumenta-se a possibilidade de se encontrar bases biológicas para a homossexualidade, bem como comprometimentos da saúde mental, tais como as questões ligadas ao suicídio.

Gostar-se-ia de concluir, salientando que a expressão sexual é um direito do cidadão, portanto, é dever do Estado assegurar as condições para que as pessoas não se sintam constrangidas, em função de sua orientação sexual. Embora os *Parâmetros Curriculares Nacionais* (Brasil, 1998) apontem para

o trabalho transversal em orientação sexual<sup>2</sup>, nas escolas, e ainda que a homossexualidade, há mais de 30 anos, já não seja mais classificada como doença mental pela Sociedade Americana de Psiquiatria, pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria (em 1985) e pelo Conselho Regional de Psicologia (em 1999)<sup>3</sup>, o que se vê é que as instituições onde o(a)s adolescentes transitam, sobretudo as escolas, estão despreparadas para abordar o assunto ou não querem se comprometer, pois ainda sofrem a pressão dos discursos heteronormativizados. O efeito dessa morosidade, descaso e preconceito é que nossos jovens continuam sofrendo, no corpo e psicologicamente, os efeitos dessa homofobia endêmica e constitutiva das relações de gênero. A saúde sexual é concomitante à saúde mental, como os dados das pesquisas apresentadas puderam revelar.

Ao que parece, a bissexualidade é bem mais incompreendida do que as identidades: gay e lésbica, que há tempos são publicitadas pelos movimentos sociais LGBT. Se ainda têm-se questões não respondidas em relação às orientações sexuais homossexuais, muito menos se sabe sobre a bissexualidade, a não ser o que se diz no senso comum. Tal fato evidencia a necessidade de ampliação dos estudos empreendidos nesse campo, seja pelo seu desconhecimento, seja pela sua implicação social, já que, como se viu, trata-se de adolescentes que sofrem e atentam contra a própria vida, o que demanda dos profissionais da saúde, da educação e afins (Ryan e Futterman, 1998; Rust, 2003) uma nova compreensão sobre a sexualidade, já que a atual é pautada em valores há muito desnecessários para a contemporaneidade, em que vale mais o respeito à diferença, à cidadania e aos direitos humanos e sexuais de livre expressão, do que as normativas epistemologicamente centradas em modelos ideologicamente burgueses e/ou religiosos de família e subjetividade.

Sabe-se que, no contexto brasileiro, são poucos os estudos nesse campo. Logo, é preciso dar continuidade ao que aqui foi apresentado, empreendendo pesquisas qualitativas e quantitativas, com amostras maiores e diversas de adolescentes que se autodefinem LGBT. Todavia, será fundamental conhecer novos referentes de atribuição da sexualidade (Ferreira, 2004), a partir, por exemplo, da categoria nômica de autoatribuição da sexualidade. Que referentes utilizam? Por quê? Do mesmo modo, se já se sabe que o(a)s jovens não heterossexuais estão mais vulneráveis, mais pesquisas que investiguem os fatores de risco, os protetivos e as estratégias de prevenção, minimização e erradicação da homofobia necessitam ser realizadas.

## Referências

- ARENALES, L.; ARENALES, N. H. B.; CRUZ, J. Autópsia psicológica em adolescente suicida - Relato de caso. *Psychiatry on line Brasil*, São Paulo, v. 7, n. 5, 2002. Disponível em: <[http://www.polbr.med.br/ano02/artigo0502\\_b.php](http://www.polbr.med.br/ano02/artigo0502_b.php)>. Acesso em: 10 out. 2010.
- ARIÈS, P. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- BARROS, M. B. A. As mortes por suicídio no Brasil. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). *Do suicídio*. Estudos brasileiros. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1998. p.41-59.
- BLUMENFELD, W. J. Internalized homophobia: from denial to action - an interactive workshop. In: BLUMENFELD, W. J. (Ed.). *Homophobia: how we all pay the price*. Boston: Beacon Press, 1992. Tradução R. P. Silva. Disponível em: <<http://homofobia.com.sapo.pt/internalizada.html>>. Acesso em: 06 jul. 2005.

2 Nos PCNs, a expressão *orientação sexual* é utilizada como correlato de Educação Sexual para explicitar as ações desenvolvidas pela escola, família e/ou serviços de saúde, visando à preparação de crianças e jovens para uma vida sexual prazerosa, sadia, segura e responsável (BRASIL, 1998, p. 295).

3 A American Psychiatric Association eliminou a homossexualidade de seu Código Internacional de Doenças (CID), ou Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, em 1973. Ela conservou apenas a categoria de uma homossexualidade mal-assumida, isto é, vivida na vergonha ou na culpabilidade; por sua vez, a Associação Brasileira de Psiquiatria, em 1985, endossou essa retirada. Além disso, em 1999, o Conselho Federal de Psicologia do Brasil baixou uma resolução normativa (01/99) expressando que é antiético conceber a homossexualidade uma doença ou desvio, regulamentando, a partir disso, a punição aos profissionais psicólogos que assim a considerarem.



- BONTEMPO, D. E.; D'AUGELLI, A. R. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, New York, v. 30, n. 5, p. 364-74, 2002.
- BORRILLO, D. *L'homophobie*. 12 ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2000. (Coleção Que sais-je?)
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de setembro de 1990. *ECA Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente do DF, 1995.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais*. Brasília, DF, 1998.
- CABRAL, J. T. *A sexualidade no mundo ocidental*. São Paulo: Papirus, 1995.
- CÁCERES, C. F. et al. *Ser hombre en el Perú de hoy: una mirada a la salud sexual desde la infidelidad, la violencia y a la homofobia*. Lima: Redess Jóvenes, 2002.
- CARDOSO, F. N. Filhos & Dildos: subvertendo a ordem moral (Intervenção na Conferência Plenária LGBT do Fórum Social Europeu 2003: "A luta de lésbicas, gays, trans e bis, reivindicar o direito às suas identidades: por uma outra globalização livre da ordem moral e do determinismo de gênero"). Paris, 2003. Disponível em: <<http://portugalgay.pt/politica/safo04.asp>>. Acesso em: 03 dez. 2009.
- CASSORLA, R. M. S. Considerações sobre o suicídio. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. 2. ed. Campinas: Papirus, 1998a. p. 17-26.
- CASSORLA, R. M. S. Comportamentos suicidas na infância e na adolescência. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. 2. ed. Campinas: Papirus, 1998b. p. 61-87.
- CASTAÑEDA, M. *A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas*. São Paulo: A Girafa, 2007.
- CECCHETTO, F. R. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- CLAUZARD, P. *Conversations sur l'homo(phobie)*. L'éducation comme rempart contre l'exclusion. Paris: L'Harmattan, 2002.
- CONNELL, R. W. "Políticas da Masculinidade". *Revista Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.185-206, 1995.
- 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.
- D'OLIVEIRA, C. F. A. *Perfil epidemiológico dos suicídios. Brasil e Regiões, 1996 a 2002*. Tentativa suicídio - Brasil 2003. 2005. Brasília, DF, mar. 2005. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.
- DURKHEIM, É. *Le suicide*. Etude de sociologie. Paris: Presses Universitaires de France, (1897[1969]).
- ERIBON, D.; HABOURY, F. (Org.). *Dictionnaire des cultures gay et lesbiennes*. Paris: Editions Larousse, 2003.
- ERIBON, D. *Reflexões sobre a questão gay*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.
- FERREIRA, M. S. Experiência homossexual e juventude: perspectivas novas para uma análise. In: RIOS, L. F. et al. *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. p. 44-49.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. A vontade de saber, v.1. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; UNBEHAUM, S. G.; MEDRADO, B. (Org.). *Homens e masculinidades*. Outras palavras. São Paulo: ECOS; Editora 34, 2001. p. 31-50.
- GAROFALO, R. et al. The Association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, Elk Grove Village, Illinois, US, v. 101, p. 895-902, 1998.



- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- GUIMARÃES, K.; MERCHÁN-HAMANN, E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 525-44, 2005.
- HARDIN, K. N. *Autoestima para homossexuais - um guia para o amor-próprio*. Tradução de D. Kleve. São Paulo: GLS, 2000.
- HERRELL, R. et al. Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Archives of Genetic Psychiatry*, Washington, DC, v. 56, n. 10, p. 867-74, 1999.
- HIGGINS, P. (Ed.). *A queer reader, 2500 years of male homosexuality*. New York: The New Press, 1993.
- ISAY, R. A. *Tornar-se gay, o caminho da auto-aceitação*. São Paulo: GLS, 1998.
- KATZ, J. N. *A invenção da heterossexualidade*. Tradução de C. Fernandes. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.
- KIMMEL, M. S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 4, n. 9, p. 103-17, 1998.
- KÜBLER-ROSS, E. *On death and dying*. New York: Macmillan, 1969.
- LAIRD, J. Invisible ties: lesbians and their families of origin. In: PATTERSON, C. J.; D'AUGELLI, A. R. *Lesbian, gay, and bisexual identities in families*. Psychological perspectives. New York: Oxford University Press, 1998. p. 197-228.
- LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LOURO, G. L. Heteronormatividade e homofobia. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). *Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: MS; UNESCO, 2009. V. 32. (Coleção Educação para Todos).
- MARCUS, E. *Why suicide? Answers to 200 of the most frequently asked questions about suicide, attempted suicide, and assisted suicide*. San Francisco: Harper San Francisco, 1995.
- MARTIN, G. et al. Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child abuse & neglect*, Amsterdam, the Netherlands, v. 28, n. 5, p. 491-509, 2004.
- MATHIEU, N. C. Quand ceder n'est pas consentir, des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes, et des quelques-unes de leurs interprétations em ethnologie. In: \_\_\_\_\_. *L'arraisonnement des femmes, essais en anthropologie des sexes*. Paris: EHESS, 1985. p. 169-245.
- MORENO, M. M. *Como se ensina a ser menina: o sexismo na escola*. São Paulo: Moderna, 1999. (Coleção Educação em Pauta).
- MURPHY, H. E. Suicide among gay/lesbian/bisexual youth. *Safe Schools Coalition*, Seattle, 2004. Disponível em: <http://www.safeschoolscoalition.org/SuicideamongGLBYouth.html>. Acesso em: 25 jun. 2005.
- NASCIMENTO, W. F. do. Identidades - notas para uma discussão. In: LOPES, D. et al. (Org.). *Imagem & diversidade sexual*. Estudos da homocultura. São Paulo: Nojosa Edições, 2004. p. 447-52.
- OLIVEIRA, E. A. Modelos de risco na psicologia do desenvolvimento. *Psicologia: Teoria e Crítica*, São Paulo, v. 14, n. 1, 1998, p. 19-26.
- OLIVEIRA, V. M. de. Identidades interseccionadas e militâncias políticas. In: GROSSI, M.; UZIEL, A. P.; MELLO, L. *Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. p.385-403.
- 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.
- PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

- REMAFEDI, G. (Ed.). *Death by denial*. Studies of suicide in gay and lesbian teenagers. Boston: Alyson, 1994.
- REMAFEDI, G. et al. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, Birmingham, AL, v. 88, n. 1, p. 57-60, 1998.
- ROUYER, M. As crianças vítimas, consequências a curto e médio prazo. In: GABEL, M. (Org.). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus, 1997. p. 62-71.
- RUST, P. C. Finding a sexual identity and community: Therapeutic implications and cultural assumptions in Scientific models of coming out. In: GARNETS, L. D; KIMMEL, D. C. (Org.). *Psychological perspectives on lesbian, gay, and bisexual experiences*. New York: Columbia University Press, 2003. p. 227-269.
- RYAN, C.; FUTTERMAN, D. *Lesbian & gay youth*. Care & counseling. The first comprehensive guide to health & mental health care. New York: Columbia University Press, 1998.
- SAEWYC, E. M. et al. Gender differences in health and risk behaviors among bisexual and homosexual adolescents. *Journal of Adolescent Health*, San Francisco, California, v. 23, n. 3, p. 181-88, 1998.
- SANTOS, B. R. dos. *A emergência da concepção moderna de infância e adolescência - mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias*. 1996. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- SANTOS, E. N. "Conto ou não conto?": Os significados e os sentidos de tornar pública a orientação sexual homossexual para adolescentes masculinos da cidade de São Paulo. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- SAVIN-WILLIAMS, R. C. *Gay and lesbian youth: expressions of identity*. New York: Hemisphere, 1990.
- SAVIN-WILLIAMS, R. C. "Verbal and physical abuse as stressors in the lives of sexual minority youth: Associations with school problems, running away, substance abuse, prostitution, and suicide". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington, DC, v. 62, n. 2, p. 261-69, 1994.
- SAVIN-WILLIAMS, R. C.; COHEN, K. *The lives of lesbians, gays and bisexuals: children to adults*. Fort Worth: Harcourt Brace, 1996.
- SAVIN-WILLIAMS, R. C. "...And then I became gay": young men's stories. New York: Routledge, 1998.
- SAVIN-WILLIAMS, R. C. *Mom, Dad. I'm Gay*. How families negotiate coming out. Washington, DC: American Psychological Association, 2001a.
- SAVIN-WILLIAMS, R. C. Suicide attempts among sexual-minority youth: population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, London, v. 69, n. 6, 2001b, p. 983-91.
- SAVIN-WILLIAMS, R. C.; REAM, G. L. Suicide attempts among sexual-minority male youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, London, v. 32, n. 4, 2003, p. 509-22.
- SAVIN-WILLIAMS, R. C. *The new gay teenager*. Cambridge: Harvard University Press, 2005.
- SAVIN-WILLIAMS, R. C. Who's Gay? Does it matter? *Association for Psychological Science*, Washington, DC, v. 15, n. 1, 2006, p. 40-44.
- SEIDMAN, S. *The social construction of sexuality*. New York: W. W. Norton & Company, 2003.
- SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. S.; MALAQUIAS, J. V. Suicídio de jovens nas principais capitais do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2002, p.673-83. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2002000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2002000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 07 jul. 2005.
- SPENCER, C. *Homossexualidade: uma história*. Tradução de R. M. Machado. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

- TAMAM, L.; ÖZPOYRAZ, N.; DILER, R. S. Homosexuality and suicide: a case report. 2001. Disponível em: <[http://www.turktel.net/cgi-bin/medshow.pl?makale\\_no=32324](http://www.turktel.net/cgi-bin/medshow.pl?makale_no=32324)>. Acesso em: 25 jun. 2005.
- TAQUETTE, S. R. et al. “Relatos de experiência homossexual em adolescentes masculinos”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2005, p.399-407.
- TEIXEIRA-FILHO, F. S.; MARRETTO, C. A. R. “Apontamentos sobre o atentar contra a própria vida, homofobia e adolescências”. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis, SP, v. 7, n. 1, 2008, p. 133-51.
- TIN, L. G. (Org.). *Dictionnaire de l’homophobie*. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.
- VERDIER, É.; FIRDION, J. M. *Homosexualités et suicide*. Etudes, témoignages et analyse. Les jeunes face à l’homophobie. Paris: H&O Éditions, 2003.
- WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, n. 2, 2001. p. 460-82.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Young people’s health - a challenge for society*. Report of a WHO Study Group on Young People and “Health for All by the Year 2000”. Genebra: WHO, 1986. (Technical Report Series, 731).
- WILLIAMS, W. L. Social acceptance of same-sex relationships in families: models from other cultures. In: PATTERSON, C. J.; D’AUGELLI, A. R. *Lesbian, gay, and bisexual identities in families*. Psychological perspectives. New York: Oxford University Press, 1998. p. 53-71.
- ZWAHR-CASTRO, J. “O suicídio entre adolescentes americanos”. *Revista espaço acadêmico*, Maringá, PR, v. 4, n. 44, jan. 2005. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/044/44ecastro.htm>>. Acesso em: 25 set. 2005.

Recebido em: 22/10/2010

Reapresentado em: 09/05/2011

Aprovado em: 13/07/2011