

Bárbara de Fátima Depole

**PROCESSOS DE VIDA E  
DE LUTA COTIDIANA:  
A Terapia Ocupacional no  
Cuidado em Saúde Mental  
à população LGBTQIA+**



Processos de vida e de luta cotidiana: A Terapia Ocupacional no Cuidado em Saúde Mental à população LGBTQIA+. DEPOLE, Bárbara de Fátima. Gradus Editora, 2024. 169p.. : il. (algumas color.).

978-65-88496-58-9

CDD 360.00

Palavras-chave: 1. Contém bibliografia



A Gradus Editora adota a licença da Creative Commons CC BY: Atribuição-Não Comercial-Sem Derivados - CC BY-NC-ND: Esta licença é a mais restritiva das seis licenças principais, permitindo que os outros façam o download de suas obras e compartilhem-nas desde que deem crédito a você, não as alterem ou façam uso comercial delas.

Direitos reservados à



**GRADUS**  
EDITORA

Rua Luiz Gama, 237, 17054-300 - Vila Independência - Bauru/SP  
Contato (14) 98216-6549 / (14) 3245-7675 graduseditora@gmail.com.br  
www.graduseditora.com

Publicado no Brasil

FICHA TÉCNICA

**Editor-chefe** — Lucas Almeida Dias

**Diagramação e Projeto gráfico** — Natália Huang Azevedo Hypólito

**Capa** — Natália Huang Azevedo Hypólito

**Revisão** — Lucas Almeida Dias

#### COMITÊ EDITORIAL

Prof. Dr. Douglas M. A. de A. P. dos Santos

Profa. Dra. Ana Cláudia Bortolozzi

Profa. Dra. Manuela Costa Melo

Profa. Dra. Ana Beatriz D. Vieira

Dr. Yan Corrêa Rodrigues

Prof. Dr. Luís Rafael Araújo Corrêa

Prof. Dr. Leandro A. dos Santos

Prof. Dra. Renata Cristina L. Andrade

Profa. Dra. Gladys del C. M. Morales

Profa. Dra. Cintya de Oliveira Souza

Profa. Dra. Andreia de B. Machado

Prof. Dr. Carlos Gomes de Castro

Profa. Dra. Janaína Muniz Picolo

Prof. Dr. Thiago Henrique Omena

Prof. Dr. Fábio Roger Vasconcelos

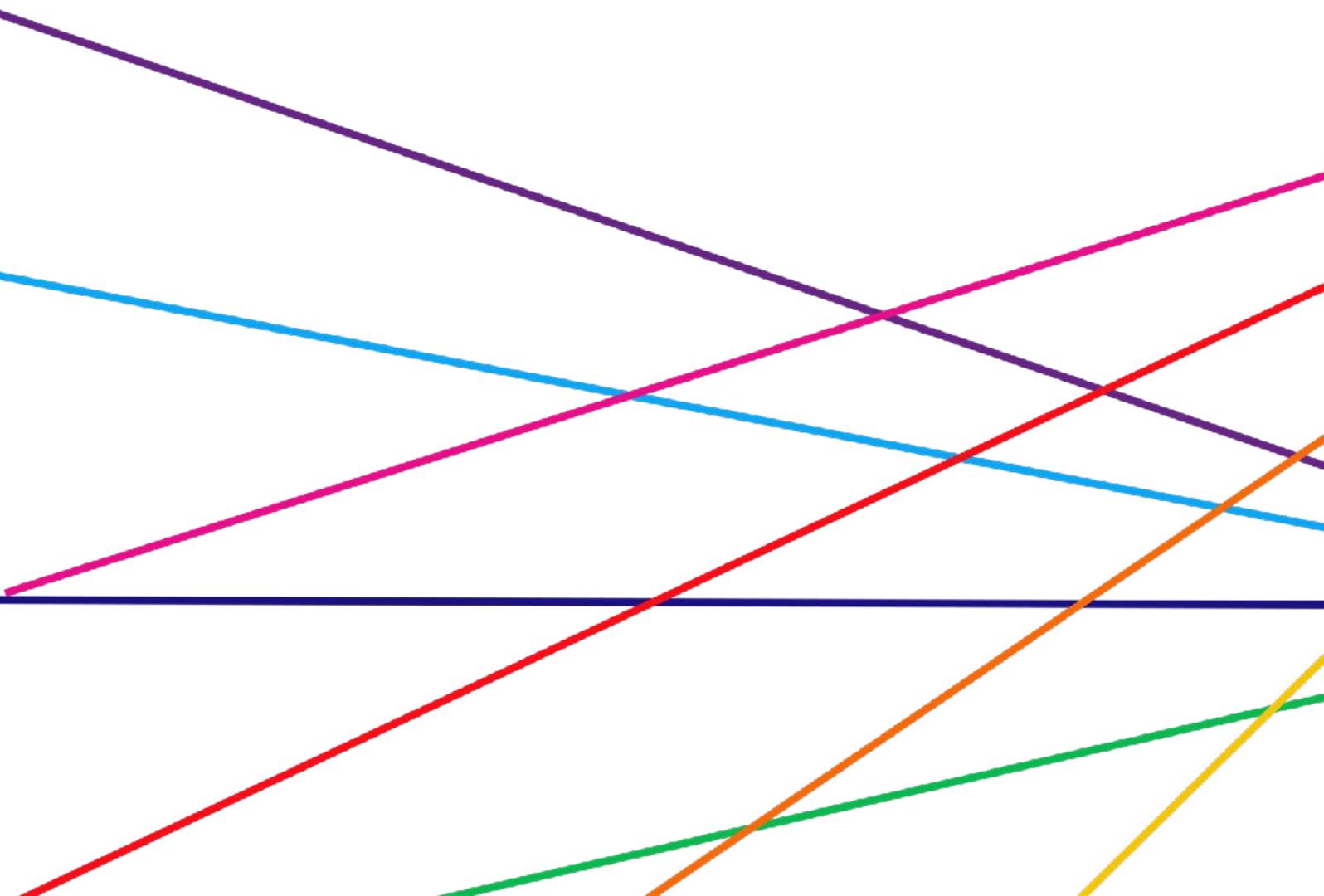
Prof. Dr. Gustavo Schmitt

Profa. Dra. Daniela Marques Saccaro

Profa. Dra. Márcia Lopes Reis

# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO</b> .....	<b>5</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>11</b>
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>ESCRITA DE SI</b> .....	<b>15</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>SER LGBTQIA+: QUEM SOMOS? COMO ESTAMOS?</b> <b>AONDE VAMOS? PROCESSOS EM COMPOSIÇÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>63</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>71</b>
<b>RESSONÂNCIAS DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: AFETAR-SE</b> .....	<b>141</b>
<b>E NOS ALIMENTA COM SEUS FRUTOS: CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>149</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>157</b>





# PREFÁCIO

“Onde há poder, há resistência”.  
(Michel Foucault)

É com grande satisfação que aceito o convite de escrever o prefácio deste livro. Primeiro, porque acompanhei de perto seu processo de construção na qualidade de orientadora da Bárbara Depole; segundo, pela admiração e carinho infinito que nutro por ela, e finalmente, porque considero que essa obra é um marco político-técnico e pedagógico para a Terapia Ocupacional e para a Saúde Mental.

Me refiro à esse texto como um marco, por seu pioneirismo em abordar de forma tão aprofundada o tema da saúde mental da população LGBTQIAPN+ na perspectiva da Terapia Ocupacional, desvelando uma lacuna importante deste núcleo neste campo profissional; lacuna que não poderia continuar em expansão no presente contexto, em que as interseccionalidades de classe, gênero, raça e etnia, cada vez mais, se colocam como substância central da produção dos nossos valores, da nossa subjetividade e da nossa cotidianidade.

Como técnica de análise de implicação e ao mesmo tempo como estética de escrita de si, que aproxima a autora do leitor, Bárbara inicia o texto com uma corajosa e delicada exposição da sua trajetória pessoal como mulher lésbica, terapeuta ocupacional e profissional de saúde mental. Essa etapa do texto, explicita para os leitores que, definitivamente, não estamos diante de um texto meramente técnico, escrito por um pesquisador neutro que coleta dados sobre um objeto estranho a ele, sobre o qual a pesquisa “lança luz”. Estamos diante de um texto, produzido por uma pesquisadora profundamente implicada com seu objeto de pesquisa, desde muito antes de formalizar-se como pesquisadora. Neste texto, a neutralidade dá lugar à intensidade e à propriedade de quem fala *com* um objeto de pesquisa e não *sobre* ele.

Bárbara consegue com rigor acadêmico e científico, abordar um tema complexo, delicado e incontornável de forma peculiar: acompanhada pela musicalidade e alegria que lhe são inerentes e sem desviar-se das durezas e violências que se presentificam ao abordarmos a saúde mental de LGBTQIAPN+, ela aponta pistas importantes sobre os caminhos já percorridos e ainda por percorrer por profissionais da saúde mental que querem atuar eticamente com essa população.

Destaco também que, para estar à altura do desafio de investigar tema tão amplo e polissêmico, a autora diversificou também seu processo metodológico. Lançando mão de uma pesquisa-intervenção cartográfica, a pesquisa utiliza múltiplas técnicas de produção de dados: (1) Revisão de escopo para mapear a produção conceitual da Terapia Ocupacional junto desta população, (2) questionário *online* para mapear as ações profissionais, garantindo extensividade e alcance nacional de profissionais da saúde mental diversos regional e tecnicamente e (3) entrevistas grupais com terapeutas ocupacionais LGBTQIAPN+ para proporcionar a qualificação dos dados a partir do mapeamento, compartilhamento e trocas entre experiências concretas de pessoas duplamente implicadas com o tema investigado: seja como profissionais do cuidado, seja como pessoas LGBTQIAPN+.

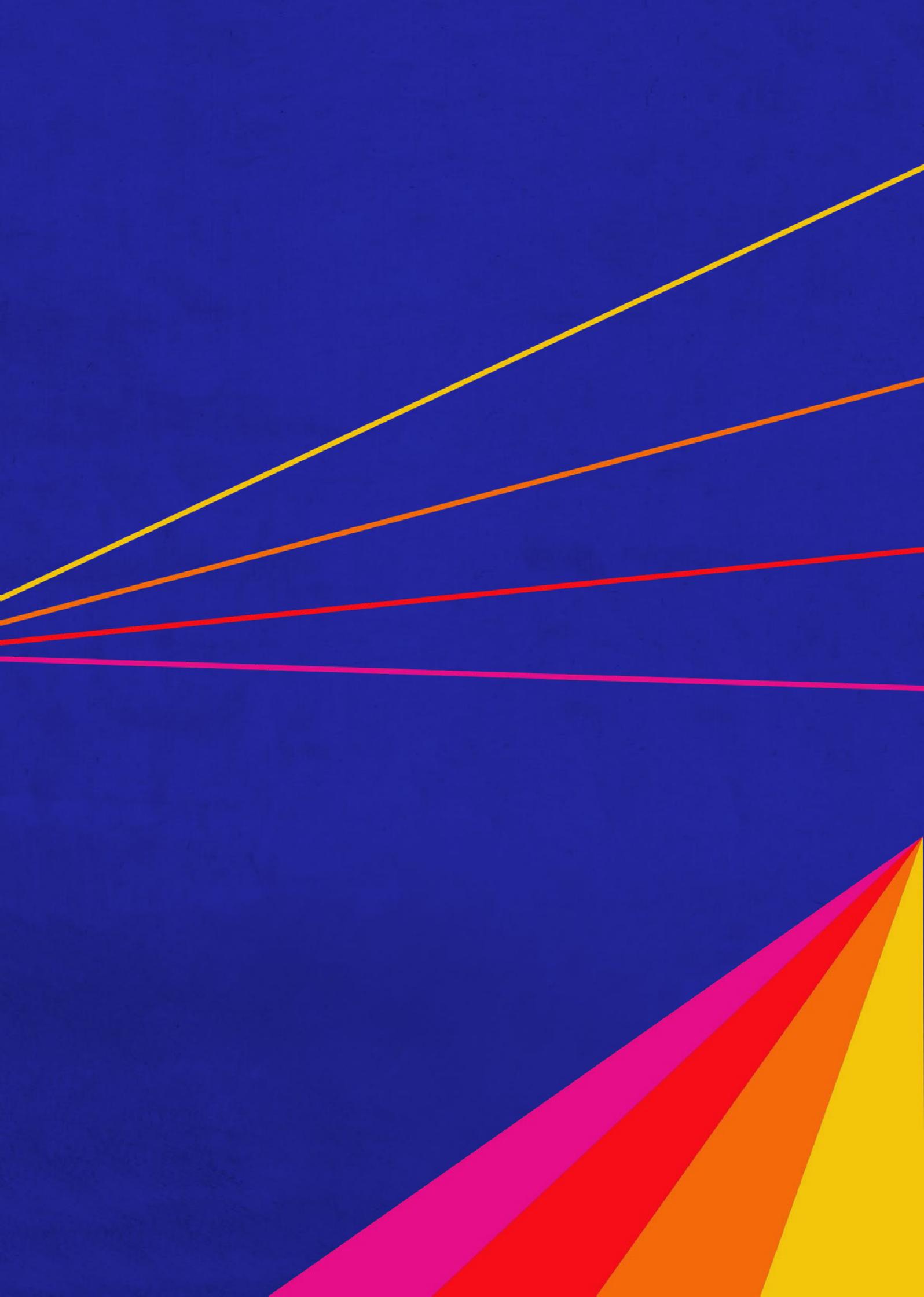
Como companhia, Bárbara aciona grandes pensadores e pensadoras das Ciências Humanas e Sociais, assim como da Saúde Mental e da Terapia Ocupacional, criando uma potente constelação teórico-prática com os/as/es participantes da pesquisa. Essa constelação nos leva a compreender a sexualidade como dispositivo de saber-poder-produção de subjetividades, e por tanto, determinante na produção de processos de participação social e/ou exclusão, condicionante na produção de modos de vida.

Orientar a construção deste texto, mais do que uma oportunidade de co-construir pistas para um projeto de pesquisa, foi uma oportunidade para acompanhar processos: processos de formação de uma pesquisadora, processos de cuidado (de si e do outro), processos de luta, de resistência e sobretudo uma oportunidade para aprender. Como mulher cis-hétero-branca e não especialista na temática de gênero, Bárbara me lança ao desafio de encarar lacunas profissionais, limites conceituais e pessoais. Por sorte, tudo isso se deu acompanhada de uma mulher leve, inteligente, persistente, gentil e sempre muito alegre como a Bárbara. Que sorte a minha, poder me deslocar e crescer com pesquisadoras como ela. Que sorte a minha hoje ter a Bárbara como amiga e colega de profissão.

Desejo profundamente que, quem se dispôr a ler esse livro, possa também se permitir aprender e se deslocar. E para quem é esse livro? Sobretudo para terapeutas ocupacionais e profissionais da saúde mental, formados ou em formação, que queiram se aprofundar na temática da saúde das pessoas LGBTQIAPN+. Mas é também para todas as pessoas que queiram conhecer mais sobre a interface saúde mental e gênero, especialmente, desde a perspectiva das atividades humanas e da terapia ocupacional.

Uma ótima leitura à todas, todes e todos!

*Sabrina Helena Ferigato*



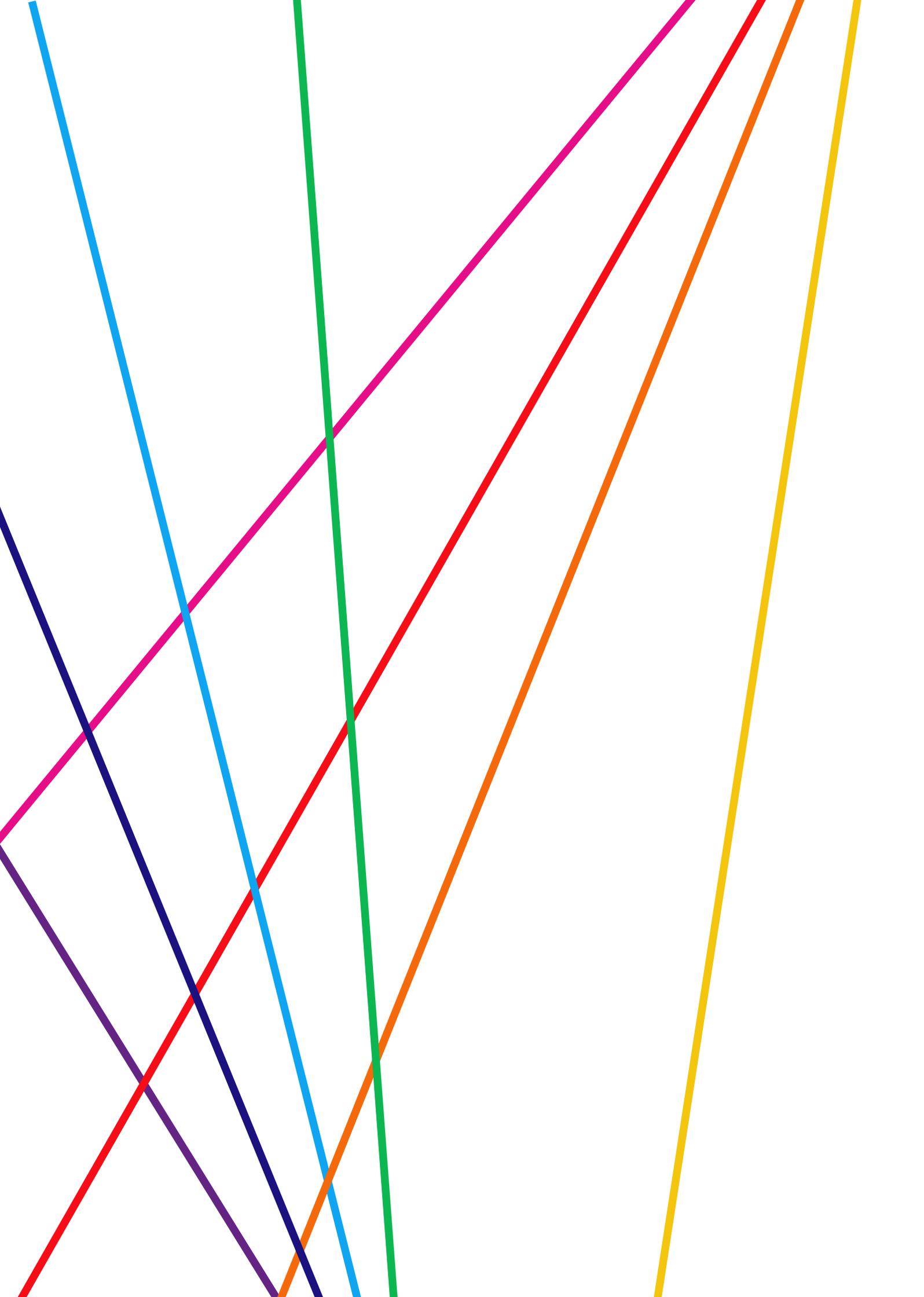




*À nossa profissão - Terapia Ocupacional e seus profissionais, por criar cotidianamente possibilidades para TRANSformação de vidas, por meio do cuidado, do ensino e da pesquisa.*

*À população LGBTQIA + que nos possibilitou habitar esse território plural de produção de sentidos, afetos e lutas, (re)sistências.*

*À todas as pessoas que persistem e afirmam a potência de amar, em suas múltiplas formas de expressão.*



## AGRADECIMENTOS

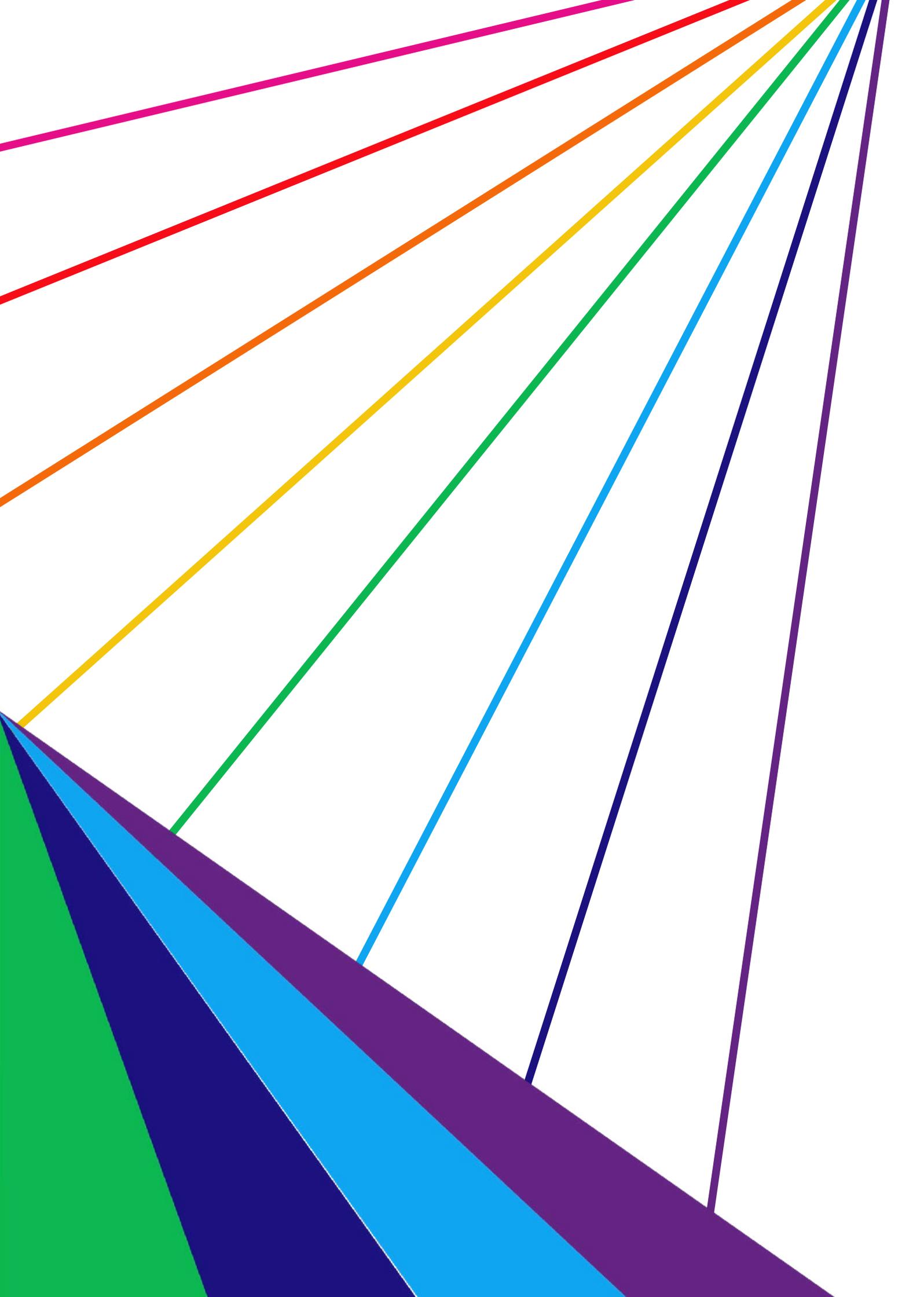
Ao Universo e todos os Seres de Luz, por me proporcionarem sabedoria para realizar essa produção com acima de tudo, respeito e cuidado à todos da população LGBTQIA+;

A minha família, que entendeu as minhas ausências e suportaram juntos os processos de lágrimas e alegrias ao escrever um material tão sensível e profundo;

Aos colegas do Laboratório de Saúde Mental- *Lafollia* - UFSCar- SP, aos participantes da pesquisa, aos alunos que fui encontrando pelo caminho com o interesse de ouvir um pouco mais sobre esse tema dentro do cuidado da Terapia Ocupacional, Gratidão pelas trocas e por todo apoio durante a escrita reflexiva, discutir esse tema na Saúde Mental é sempre um tabu, e juntos, foi possível (des)Construir.

Afinal, pensar em Saúde Mental é pensar no cuidado integral, na vida, na infinitude do (flor)eSER.

À Unesp- Campus Marília por me proporcionar através da docência- extensão e pesquisa, continuar com o meu propósito de vida, levar a Terapia Ocupacional com ciência, leveza, técnica e amor à todos que necessitam do nosso cuidado.



## APRESENTAÇÃO

Sou Bárbara, terapeuta ocupacional, especialista, mestra e doutora em Terapia Ocupacional, por grandes universidades, com renomados títulos. Passei em vários campos de atuação, tendo experiência vasta com diversas faixas etárias, diagnósticos e demandas para cuidado e acompanhamento terapêutico ocupacional, mas nada disso importa se não nos afetarmos pelas histórias de vida que cruzam a nossa clínica de afeto, pesquisa, extensão e ensino. Todos esses títulos e experiências foram me servindo apenas para proporcionar um cuidado mais único e integral a todos que foram, ao longo de 10 anos de formada, cruzando meu caminho e pouco a pouco, retomando seus desejos, sonhos, vida e ocupações significativas.

Sigo nessa busca constante de ser melhor pessoa e terapeuta ocupacional, por mim, por eles (sujeitos, pacientes, usuários, clientes e alunos) mas principalmente pela profissão de Terapia Ocupacional, a qual essa respiro e sou completamente apaixonada, pois através dela, nossa querida T.O, podemos POSSIBILITAR oportunidades à todas as pessoas que cruzamos nessa jornada do Devir a Ser.

Hoje sou professora da Universidade Estadual Paulista-UNESP, retornando a morar no meu estado do coração, SP, realizando meu sonho de levar a formação em Terapia Ocupacional de maneira leve, científica, potente, mas com cuidado e afeto.

Espero que essa leitura toque a vocês em um campo que não seja possível dimensionar, mas que vocês sejam diferentes a partir dela...



## ESCRITA DE SI

*“Tudo é uma questão de manter  
A mente quieta  
A espinha ereta*

*E o coração tranquilo.”*

*Walter Franco  
Canção: Serra do Luar*

Começo esta reflexão sobre a minha análise de implicação a partir da exposição da minha própria trajetória de vida, como pertencente a população LGBTQIA+, inspirada pela leitura do texto **Escritas de si, Parrésia e Feminismos** de Margareth Rago (2011), onde ela cita Foucault (2009), sobre o exercício da “escrita de si”, como sendo uma prática da militância revolucionária, aquela que busca construir um estilo de existência, assegurando o testemunho pela própria vida.

Então, por que trazer a minha história - Bárbara - no primeiro capítulo do meu primeiro livro? Primeiramente, porque acredito na importância de estender a bandeira colorida, pois aqueles que estão distantes, sofrendo como eu já sofri, podem encontrar um caminho através do meu exemplo, na força e na luz emanadas das cores, mesmo que ainda estejam turvas e distantes. A luta para sair do armário começa em nós, sendo talvez a mais desafiadora.

Em segundo lugar, acredito na sincronicidade do tempo certo para cada acontecimento. Escolhi este momento como uma expressão de tudo o que vivenciei ao longo dos anos, especialmente com a potência e luz dos encontros que experimentei durante o doutoramento e a minha inserção na docência do ensino superior.

Meu maior desejo é que minha história inspire outras, abraçando e consolando corações que ainda choram, desacreditando no sucesso e enfrentando dúvidas. Acredite, tudo vai dar certo! O que você procura também está em busca de você e encontrará o seu caminho, apenas continue caminhando.

Nesse primeiro contato com vocês trago detalhadamente a minha história e trajetória de autoaceitação, processo revivido intensamente na escrita durante os 4 anos de doutoramento<sup>1</sup> e revisitado agora ao organizar esse livro.

Margareth Rago destaca a importância de lembrar o passado para processar experiências. Desde os 12 anos, enfrentei batalhas internas sobre religião, espiritualidade e minha sexualidade. Foram anos de paixão intensa por uma “amiga” do colégio, mas era inaceitável esse pensamento sobre um afeto que fosse além de amizade por uma menina. Porém, na festa de 15 anos dessa “amiga” o primeiro pedaço do bolo resultou em um quase beijo, um selinho, que desencadeou conflitos intensos religiosos e sentimentais. O afastamento da pessoa envolvida trouxe alívio temporário, mas a busca por aceitação continuou. A solidão aos meus 15, 16 anos, sem apoio para compartilhar minha verdade, reflete a falta de diálogo sobre sexualidade na época.

Por anos, me senti uma “ET,” diferente e perdida, culpando-me por não encaixar nos relacionamentos heterossexuais. Cresci em um ambiente conservador, afastando pensamentos sobre minha verdadeira sexualidade. Ao reencontrar aquela antiga “amiga” no colegial, sentimentos reprimidos ressurgiram, mas a autoaceitação ainda era um desafio. Distanciei-me novamente, enfrentando conflitos religiosos e repressão por mim mesma. Participar de um grupo de oração intensificou a luta interna, reforçando a ideia de que meus sentimentos eram pecaminosos. Um namoro heterossexual falho levou-me a confessar minha verdade à minha mãe e decidir abraçar quem realmente amava.

Assim, parafraseio um poema de Lorde (1978) que retrata bem esse medo do não dito, em contrapartida de um silêncio que também amedronta:

<sup>1</sup> Tese: DEPOLE, Bárbara de Fátima. O cuidado e a saúde mental de LGBTQIA+: as contribuições da Terapia Ocupacional. 2023. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/17897>.

“[...]  
e quando falamos temos medo  
De nossas palavras não serem ouvidas  
Nem bem-vindas  
Mas quando estamos em silêncio  
Ainda temos medo.  
É melhor falar então.”

Decidi escrever uma carta à minha mãe aos 16 anos, revelando minha verdade, mas ela reagiu negativamente, afirmando que Jesus me curaria. Enfrentei brigas constantes e solidão, mas o apoio amoroso da minha irmã trouxe alívio. Retornei ao namorado como refúgio, mas a mágoa persistia. Em meio à confusão, decidi ficar sozinha aos 17 anos, priorizando estudos e esporte. A relação com minha mãe era tensa, evitando aproximação. Embora nunca considerasse o suicídio, o que é infelizmente, muito comum na população LGBTQIA+, minha infelicidade era palpável. Busquei escape em baladas e relacionamentos fugazes, tentando negar minha orientação sexual e meus verdadeiros afetos. Nessa época fiquei com outra menina, percebendo minha atração e afeto de fato por mulheres, mas escondi por vergonha e muito medo. A busca por aceitação e autenticidade persistia, calada, em silêncio, sozinha.

Através de uma amiga espírita, recebi uma mensagem da minha falecida avó Olívia, incentivando-me a ser forte e viver a minha verdade. Em 2008, aos 17 anos, encontrei aquela garota que gostava, dando-lhe um último beijo como um ato de autoperdão por ter negado tanto ela e os meus sentimentos. Decidi seguir em frente, aceitando-me, voltando a me amar, e permitindo-me sentir, comprometendo-me a ser feliz independentemente das circunstâncias.

Nessa época, me reconectei espiritualmente, buscando paz e aceitação. Apesar dos dogmas cristãos, compreendi que Deus me amava como era, e eu poderia ser LGBTQIA+ e ainda assim, ter fé em um Deus não julgativo e muito menos punitivo. Decidi seguir adiante, aceitando-me e fazendo as pazes comigo mesma. Ao revelar minha verdade às amigas, encontrei apoio crucial, me fortalecendo ainda mais. Há poucas semanas antes de completar 18 anos, em uma viagem de formatura do colegial, conheci uma garota, que logo se tornará um grande amor em meio a uma história digna de novela mexicana.

Ao atingir a maioridade, iniciei meu processo emancipatório, conseguindo meu primeiro emprego e ingressando na faculdade de Terapia Ocupacional. Durante os cinco anos de namoro, enfrentamos ameaças e preconceitos, especialmente da família dela. A resistência familiar dessa minha namorada foi imensa, houveram sérias ameaças, e com isso a minha mãe passou a defender e aceitar nossa relação, compreendendo a força do amor genuíno. Com essa relação eu aprendi que o amor supera desafios e que a aceitação é um processo gradual.

Nesse percurso, vivenciei o poder revolucionário de sair do armário, especialmente durante a graduação em Terapia Ocupacional. Experimentei a homofobia no ambiente acadêmico, desafiando estereótipos sobre minha competência profissional por ser lésbica. Ao longo dos anos, dediquei-me a aprender, dialogar comigo mesma e enfrentar as provações da vida cotidiana. Vale ressaltar que, durante minha formação (2010-2013), as questões de gênero e sexualidade não foram abordadas. No processo de me tornar Terapeuta Ocupacional, ouvi minha própria voz, fortaleci-me e decidi, finalmente, respeitar e assumir plenamente meu eu, meus pensamentos e meus afetos.

Ao abraçar minha singularidade, aprendi a me amar mais, rejeitando as expectativas alheias. No entanto, as marcas da relação abusiva familiar da minha atual namorada pesou demais. Ao concluir a graduação aos 23 anos (2013), com o apoio dos meus pais, decidi seguir meu caminho, deixando para trás uma relação que poderia limitar meu crescimento. Mesmo receosa pelas possíveis consequências profissionais e sociais, ergui minha bandeira LGBTQIA+ timidamente, enfrentando o medo de julgamentos. Avancei, assumindo meu papel como terapeuta ocupacional.

Após, embarquei em uma união estável homoafetiva que perdurou por alguns anos. Essa relação proporcionou crescimento, parceria e valiosos aprendizados sobre vida, relações e escolhas.

Enquanto atuava como terapeuta ocupacional em diferentes contextos, sempre me mantive autêntica e transparente sobre minha relação homoafetiva, sendo respeitada, inclusive em uma cidade pequena, sendo coordenadora de um setor importante do Hospital que trabalhava. Ao mesmo tempo, conquistei minha pós-graduação em saúde mental e o mestrado na UFSCar, ampliando meu conhecimento, embora as temáticas de gênero e sexualidade não fossem abordadas durante essas formações.

A partir de agora, minha narrativa assume um caráter mais descritivo, abrangendo desde a seleção para o doutorado até a hoje, um ano após de defender a tese que TRANScede para esse livro. Este período, que inicialmente pensei ser apenas mais quatro anos de formação estável, revelou-se repleto de desafios, transcendendo meu devir a ser Bárbara- terapeuta ocupacional -pesquisadora. Em junho de 2018, iniciei o processo seletivo para o doutorado, simultaneamente participando de uma seleção para trabalhar em uma multinacional na área de Saúde do Trabalhador.

Em 2019, mudo de cidade, e no trabalho novo enfrento duros questionamentos éticos e profissionais neste local, optando por atuar de forma autônoma enquanto cursava o doutorado. Ao final deste primeiro ano encarei crises pessoais, culminando no rompimento do meu relacionamento e muito fragilizada retorno a morar com meus pais por breve período até me mudar para o Canadá, onde passaria alguns meses com a minha irmã. Porém, logo no começo de 2020, a pandemia da Covid-19 se instaurou globalmente.

Vivenciado a distância o segundo ano do doutorado, porém avançando no compromisso ético com o tema, as disciplinas e produção de dados da pesquisa. Descobri histórias diversas de mulheres lésbicas e bissexuais por meio de aplicativos de relacionamento. Em novembro, aterrissei no Canadá, onde explorei a diversidade de expressões de gêneros e ampliei minha consciência sobre liberdade de expressão. No mesmo período, tramitava uma política inclusiva de trabalho para a população LGBTQIA+ no Canadá paralelo aqui no Brasil, um projeto de lei contra a cura gay em tramitação, revelando a preocupação com a aceitação da terapia de conversão sexual no país.

Aos 30 anos, vivi um intenso momento espiritual, reconexão com os meus propósitos pessoais e profissionais. A primeira etapa da pesquisa estava no ar, sendo possível dar visibilidade desse tema na Terapia Ocupacional. Começo de 2021 retorno ao Brasil após meses no Canadá. Reencontros felizes com minha família, cachorras e amigos, porém logo ocorre a minha mudança para Santa Catarina, onde há expansão da minha consciência e encontro intenso com a natureza, o mar, a minha linda Iemanjá, paralelo com muitos convites para participações em eventos sobre sexualidade e gênero, e um novo relacionamento saudável se inicia. Essas experiências atravessaram a segunda etapa da pesquisa e a preparação para a qualificação em fevereiro de 2022.

Em 2022, após a qualificação do doutorado, experienciei uma fase tranquila, contemplando a imensidão do mar, com ondas mais brandas. Tive a grata surpresa da gravidez da minha irmã, dando boas-vindas à minha sobrinha Rosa. Um ciclone metafórico surgiu com a saúde inesperada de meu pai, levando-me a reflexões, fechamentos e novos começos. Reforcei minha convicção de ser livre para escolher meu caminho e assumi um novo papel ocupacional com o pedido de noivado, integrando diversas facetas da minha vida. O ano foi marcado pela acomodação das reflexões da qualificação e pela produção da tese de doutoramento. Em 2023, uma mudança de estado e de função, de bolsista Capes para docente em uma universidade privada no Paraná, aproximando-me do meu propósito de ensinar Terapia Ocupacional.

Nos últimos anos, vivi encontros e desencontros, experimentando (re)começos e alcançando uma sensação de felicidade e fortaleza. Identifico-me plenamente como parte da população LGBTQIA+, erguendo sua bandeira com muito orgulho, cada vez mais alta.

Considerar essa narrativa como uma análise de minha implicação como pesquisadora é essencial. Segundo Paulon (2005), a análise de implicação, fundamentada nas construções teóricas institucionalistas e da filosofia da diferença, destaca-se como um conceito fundamental para contextualizar o ato de pesquisa. Ao explicitar os processos, motivações e relações de saber-poder que permeiam o corpo do pesquisador, este processo torna-se parte integral da pesquisa. Longe da

premissa de neutralidade, a autora, uma mulher lésbica, terapeuta ocupacional e cristã, não apenas discute a saúde mental da população LGBTQIA+, mas o vive. Hoje, ela é uma militante ativa, fundadora e membro da Rede Lésbica de Terapeutas Ocupacionais, professora da Universidade Estadual Paulista- UNESP.

E hoje, faço das palavras de Raimondi (2019), as minhas:

Diante do medo de enfrentar essa cultura de fazer ciência, questionei-me se reproduziria as ausências, a não existência, a abjeção, a desqualificação, para, de alguma forma, assegurar um futuro título de doutor. Não poderia deixar deliberadamente o medo solapar minha existência, minhas experiências, meus saberes reconfigurados e reinscritos culturalmente no encontro com o Outro.

Relatar minha própria trajetória implica uma análise profunda da minha participação como pesquisadora, imersa em um tema que me toca tão profundamente, sendo eu mesma lésbica e profissional da saúde mental. Minha narrativa individual, embora autobiográfica, transcende o pessoal, alcançando uma dimensão coletiva, revelando uma rede complexa de relações moldadas por normas religiosas, valores morais, familiares e institucionais. Esta narrativa-implicação é pessoal ao resgatar uma trajetória singular e política ao refletir sobre as produções socioculturais que moldaram minha jornada como uma mulher lésbica. Além disso, é poética, pois somente através dessas experiências foi possível criar conceitos e me engajar de forma única na pesquisa em saúde mental LGBTQIA+. O processo de doutoramento, marcado por expectativas, planos e desafios, incluindo a adaptação devido à pandemia, representa um constante processo de transformação, simbolizado pela metáfora do nascer e pôr do sol na figura 1, encerrando, por enquanto, este relato sobre mim mesma.

*“O céu abriga o tempo certo do arvoredo florescer*

*Com minhas mãos cultivarei a mim  
Flores do campo, girassóis, jasmim  
Hei de saber e de considerar*

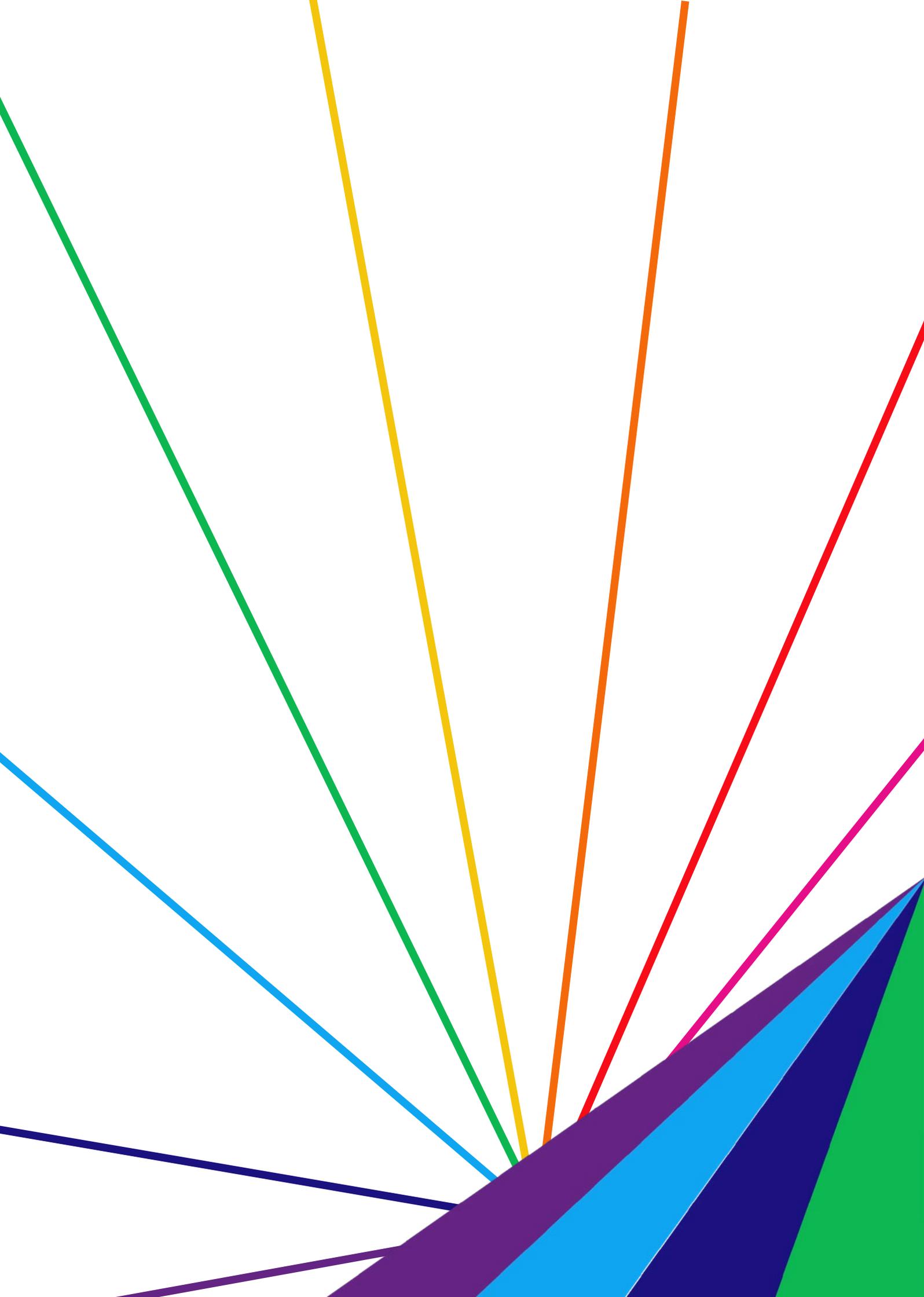
*Farei de mim o meu melhor lugar”*

*Flávia Wenceslau  
Canção: Arvoredo*

**Figura 1- Devir a ser**



Fonte: Própria (2022) 1





# INTRODUÇÃO

“Desconstrua o gênero  
 Quebre o Sistema  
 Quebre o cis tema, cis tema  
 Hey, eu tenho o direito de ser como eu quiser  
 Foda-se o que cê pensa, se é homem ou mulher  
 Meu corpo permanece meu  
 Esse corpo permanece meu  
 E eu vou ficar se eu quiser  
 Eu não quero mais sucumbir ao seu estado binário  
 Sua norma não é normal e nem revolucionário  
 Seu padrão é muito falho  
 Ouça o que eu falo  
 Eu derrubo ele só de pensar ao contrário  
 Uma ideia muda o cenário, muda o pronome, muda o vocabulário  
 Pra deixar sua transfobia muda  
 Uma odisséia rumo ao extraordinário  
 Mudar de nome, sair do armário, entrar em sincronia absurda com o universo  
 Mundo perverso, eu recomeço  
 Pra ecoar a nossa voz  
 Melhor que peço, tudo que posso  
 Se podemos quebrar barreiras, são as que tem dentro de nós...  
 Me deram uma patologia, falsa ideologia  
 Quero andar à luz do dia de cabeça erguida  
 Será que temos tempo pra curar feridas?  
 Será que temos tempo?  
 A escuridão da cisgeneridade  
 Não suporta a realidade desses corpos transcendendo  
 E não repara a necessidade de reparação histórica  
 Nossa voz que não se cala, te invade, pra falar a verdade  
 E te abala nossa fala  
 Existe, persiste, resiste, adversidade  
 Isso não é modernidade  
 O que te irrita é ver a transcendência quebrando padrões  
 E as estatísticas não serão mais lamentações  
 Não seremos mais as suas ocorrências  
 Não aceito mais a sua falsa coerência.

Desconstrua o gênero  
 Quebre o Sistema  
 Quebre o cis tema, cis tema”.

Rap Plus Size  
 Canção: Espelho

Atualmente, como um dos resultados de décadas de lutas do movimento social de LGBTQIA+ as discussões sobre gêneros e sexualidades ganham cada vez mais espaços nas mídias brasileiras, sendo cada vez mais notória a repercussão de pessoas se descobrindo e se autodeclarando LGBTQIA+<sup>2</sup>(lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transgêneros, homens trans, mulheres trans, *queer*, intersexo, assexuais, agêneros e + que representa qualquer outra pessoa que não seja coberta pelas outras iniciais) decidindo assim, viver com liberdade suas expressões e identidades de gêneros e orientações sexuais. A sigla LGBTQIA+ corresponde a todos outros grupos de pessoas

2 Neste livro são utilizadas as siglas LGBTQIA+ a partir das definições retiradas do Projeto LGBTQIA+ Em Pauta (2021). Esse é um projeto acadêmico promovido pelo OIPP - Observatório Interdisciplinar de Políticas Públicas da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP) e pelo GETIP - Grupo de Estudos em Tecnologia e Inovação na Gestão Pública. Acesso em: <http://www5.each.usp.br/noticias/pesquisa-da-usp-aponta-43-lacunhas-em-politicas-para-as-populacoes-lgbtqia-em-nivel-federal/>

não-cis e que não se veem como trans ou não binárias, bem como todas outras orientações que fogem da heteronormatividade.

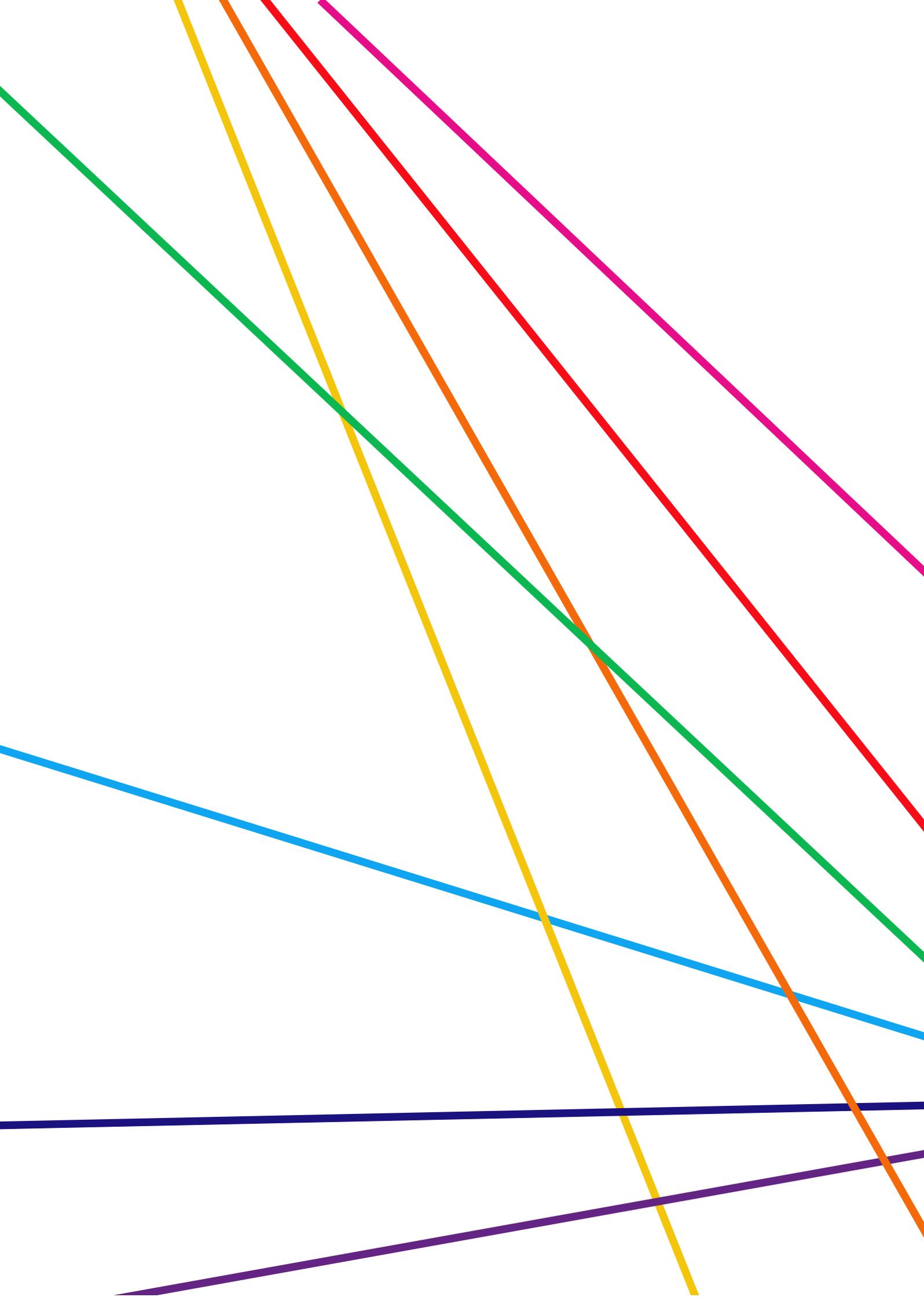
Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, foram registradas mais de 60 mil (sessenta mil) pessoas se relacionando com pares do mesmo sexo, demonstrando assim o reflexo de uma mudança de contexto sociocultural da população de gays e lésbicas em nosso país, principalmente em regiões como o nordeste brasileiro, que ocupou a segunda posição em registros de casais homoafetivos, sendo 12.086 casais registrados nesta macrorregião. Em 2014, em pesquisa realizada pela mesma instituição e após a autorização do Supremo Tribunal Federal (STF), que determinou a realização de casamentos civis entre pessoas do mesmo sexo em todos os cartórios do território nacional, foram realizadas 4.185 oficializações civis, confirmando assim uma mudança de perspectiva na condução das relações socioafetivas da população (COSTA et al., 2010; SANTOS et al., 2018).

Os casamentos civis entre pessoas do mesmo sexo dispararam em 2018, na comparação com o ano anterior. Segundo as Estatísticas de Registro Civil 2018, que o IBGE divulgou hoje, 9.520 casais homoafetivos decidiram se unir formalmente no ano passado, frente a 5.887 em 2017, o que representa um aumento de 61,7%. Apesar do crescimento, o casamento entre homossexuais corresponde a somente 0,9% do total de uniões registradas no país (IBGE, 2019).

Paralelamente ao aumento da exposição e visibilidade da população LGBTQIA+, cresce também os crimes de ódio e manifestações de preconceito. No Brasil, ainda há obstáculos persistentes quando se trata da questão de gênero e orientação sexual, assunto ainda considerado um tabu em pleno século XXI. Evidentemente, esse cenário de marginalização e de diferentes formas de violência interfere nos modos de existência individual e coletiva da população LGBTQIA+ e, por tanto, em sua produção subjetiva, produzindo a associação de diferentes fatores socioculturais como produtores de sofrimento psíquico a essa população.

Considerando a relevância deste tema e a necessidade de transformação dessa realidade, este estudo pretende se debruçar sobre o cuidado em saúde mental frente às demandas de LGBTQIA+ e analisar as contribuições da Terapia Ocupacional para parte desta população que, se encontre em sofrimento psíquico e/ou que desenvolveram algum transtorno mental em decorrência dos processos de violação experienciados ao longo de sua vida. A investigação do cuidado em saúde mental se evidencia como importante para este grupo populacional, primeiramente pelos conflitos e sofrimentos psíquicos que se expressam como efeitos do contexto de uma sociedade heterocisnormativa (seja pelos conflitos e riscos relacionados à atitude de assumir-se em sua orientação sexual, seja pela vulnerabilidade ou processos de estigmatização a que ficam expostos/as/es ao assumir-se).

Além disso, um estudo desta natureza se faz necessário no campo da saúde mental ao considerarmos os dados epidemiológicos que colocam esse grupo como uma população com maior suscetibilidade proporcional a situações de ideação suicida, suicídio e patologias psicossociais. Ou seja, do ponto de vista técnico, podemos afirmar que a população LGBTQIA+ é considerada um dos grupos populacionais com maior vulnerabilidade ao adoecimento psíquico, especialmente pelas condições de estigmatização, exclusão e violência social ao qual estão expostos. A partir de uma breve inserção nos cenários de cuidado à população LGBTQIA+ e de minha experiência pessoal duplamente implicada, como parte da população LGBTQIA+ e também profissional da saúde mental, foi possível identificar potencialidades da contribuição de profissionais do campo, assim como contribuições específicas de terapeutas ocupacionais a essa população, especialmente por sua especificidade de cuidado focada na cotidianidade e nas estratégias cotidianas de expressão e enfrentamento desses sofrimentos.





# SER LGBTQIA+: QUEM SOMOS? COMO ESTAMOS? AONDE VAMOS? PROCESSOS EM COMPOSIÇÃO

Neste capítulo são apresentados alguns conceitos e referenciais teóricos acerca da população LGBTQIA+ em diálogo com a Saúde Mental e Terapia Ocupacional, respaldados por uma revisão de escopo sobre o campo da saúde mental frente à temática. Além disso, pretende-se apresentar brevemente o cenário político que contextualizou o tema na contemporaneidade. Como pano de fundo de todo capítulo 1, será descrita a canção da Marina Peralta “*Vida*”<sup>3</sup> que me inspirou e fortaleceu nesse processo de escrita.

## **POR QUE ODIAR UMA PESSOA PELA SUA FORMA DE SER, EXPRESSAR, ESTAR E SENTIR? CONCEITUANDO GÊNEROS E SEXUALIDADES.**

*“Vida  
Quem tem o direito de te interromper?  
Fica  
Um nó na garganta quê, que eu vou fazer?  
Quem que cê pensa que é?  
Chega de mansinho, toma de assalto  
Dessa conversa revela um lado,  
Comportamento enraizado  
Especialidade é cortar as asas delas  
Você não sabe perder  
Quando ela levanta te dizendo não  
Não cede a pressão, dá opinião  
  
Derruba essa história de submissão  
  
E pode ser melhor que você  
Isso não é um problema...”*

Para iniciar nosso processo de contato e investigação com as “novas” e múltiplas formas de ser, expressar, estar e sentir das pessoas que caracterizam nosso grupo em estudo, primeiramente passaremos pela diferenciação dos termos mais falados quando se pensa em LGBTQIA+: expressão de gênero, identidade de gênero, orientação sexual e sexo biológico. Ressalta-se que, para cada termo citaremos exemplos, que estão descritos ao final do texto no glossário (apêndice H) para consulta, se necessário, para facilitar a fluidez do texto.

Sem a pretensão de negar a biologia e suas determinações para a produção da vida, sociologicamente falando, destaca-se que a construção assimétrica e hierárquica dos corpos, na ordem binária do gênero, compõe o dispositivo discursivo do chamado “determinismo biológico”. A tríade que sustenta esse dispositivo é a raça, o gênero e a sexualidade (BENTO, 2017).

Vamos trazer quatro conceitos centrais que se desdobram em outros termos, a partir de autores referencias no tema há décadas e, também autores contemporâneos que estão na prática do cuidado à população LGBTQIA+, para pensar as discussões que permearão o objeto de estudo desta tese: Sexualidade, Sexo Biológico, Orientação Sexual e Gênero:

Para iniciar a falar de sexualidade, partiremos de Michel Foucault, filósofo francês, historiador das ideias, que tem em sua coleção de base e referência para essa discussão, livros como *A História da Sexualidade* volume 1 – A vontade do prazer (1999); volume 2 – O uso dos prazeres (2006); volume 3 – O cuidado de Si (2007) e o volume 4 - As confissões da carne (2018).

3 Link da música: <https://youtu.be/luZNSmPjYjs>

Em suma, para Foucault:

- **Sexualidade:** é um tema central na formação e manutenção do poder em uma sociedade. Ele sugere que o poder não é apenas exercido pelos governantes ou pelas instituições políticas, mas é difuso e se estende a todas as relações sociais, incluindo as relações sexuais. Dessa forma, a sexualidade se torna uma arena importante de luta política, na qual as pessoas buscam resistir e desafiar as normas e expectativas impostas pelo poder.

Ao falar da história da sexualidade, Foucault busca abordar este assunto através de pelo menos três formas. A primeira é o questionamento das práticas de discurso e de como os saberes sobre a sexualidade formaram-se e desenvolveram-se, desde estudos referentes à reprodução até níveis comportamentais. A segunda se dá com uma análise dos sistemas de força que regulamentam as práticas sexuais e instalam regramentos e normas amparadas pelas instituições, como as práticas pedagógicas, médicas, religiosas e judiciárias. Por último, mas não de forma definitiva, é feita uma interpretação da maneira através da qual os indivíduos passam a valorar suas condutas, sentimentos, sensações, prazeres, reconhecendo-se como sujeitos desse objeto de estudo, a sexualidade (FOUCAULT, 1999).

A noção de “sexualidade como dispositivo” refere-se à ideia de que as práticas e discursos em torno da sexualidade são usados como uma ferramenta para controlar e regular corpos e comportamentos, e para manter e reproduzir as normas e valores dominantes em relação ao sexo e ao gênero. Essa ideia é baseada na compreensão de que a sexualidade é uma construção social e culturalmente específica, que é moldada por fatores como a história, a política, a religião e a ciência.

Como resultado, a sexualidade não é apenas uma expressão individual de desejos e prazeres, mas também é profundamente enraizada em estruturas de poder e dominação. A sexualidade pode ser usada como uma ferramenta de opressão e controle social, como na coerção sexual em situações de violência doméstica ou exploração sexual<sup>4</sup>.

Sexualidade é um aspecto central da vida do ser humano, que abrange conceitos como corpo, sexo, identidades, papéis e expressões de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (OMS, 2004; 2020; CIASCA; HERCOWITZ; JUNIOR, 2021).

Sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contato, ternura e intimidade, ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual (OMS, 2001).

A sexualidade pode ser considerada como um aspecto fundamental na qualidade de vida de qualquer ser humano. Essa dimensão é fundamental em tudo o que somos, sentimos e fazemos. A OMS considera ainda a saúde sexual como uma condição necessária para o bem-estar físico, psíquico e sociocultural (OMS, 2006).

- **Sexo biológico:** refere-se à padronização de características físicas, que servem para caracterizar diferentes espécies, sejam animais, vegetais e até fungos. Na espécie humana, os parâmetros são os cromossomos, a composição hormonal, a genitália e os caracteres sexuais secundários para a definição de pessoas, como sendo do sexo masculino (XY, testosterona, pênis e testículos, distribuição de pelos e gordura típicos); sexo feminino (XX, vagina, útero e ovários, estrógeno e progesterona, presença de mamas, distribuição de pelos e gorduras típicos) ou intersexo (estados biológicos atípicos relacionados a diferenças no desenvolvimento do sexo). Portanto, há diversos sexos: cromossômico, genital, gonadal, fenotípico e cerebral (CIASCA; HERCOWITZ; JUNIOR, 2021):

A definição de sexo biológico não se limita à caracterização binária- denominada típica- distribuição cromossômica (46, XX e 46, XY), gonadal (ovários e testículos), de genitália interna (vagina/útero presentes

4 Nas leis brasileiras, o termo exploração sexual vinculado a pessoas maiores de 18 anos foi introduzido nas alterações às leis do Código Penal realizadas em 2009, sendo o meio pelo qual o indivíduo obtém lucro financeiro por conta da prostituição de outra pessoa, seja em troca de favores sexuais, incentivo à prostituição, turismo sexual, ou rufianismo.

ou ausentes) e externa (vulva ou pênis/saco escrotal), e da secreção e ação hormonal (estrogênios e androgênios) (CIASCA; HERCOWITZ; JUNIOR, 2021, p.13).

• **Orientação Sexual:** tal conceito explícita para qual sexo ou gênero o desejo sexual de uma pessoa está orientado, com isso, se o desejo está orientado para uma pessoa do mesmo sexo, ou gênero denominamos homossexualidade (lésbicas ou gays); para uma pessoa do sexo, ou gênero oposto, heterossexualidade e para ambos os sexos, ou gêneros, bissexualidade. Além, de pessoas que se declaram com a orientação sexual, pansexualidade (CARVALHO; MENEZES, 2021).

A diferença que se coloca entre a bissexualidade e a pansexualidade, é que pessoas bissexuais têm desejos apenas por homens e mulheres cisgêneros (pessoas que se identificam com a genitália de nascimento) e as pessoas pansexuais interessam-se por pessoas que, não necessariamente, se orientam para qualquer um dos sexos, ou gênero homem ou mulher (pessoas cisgêneras, transgêneras, travestis, gênero não fluído, não binário), termos que serão explicitados a seguir deste capítulo. Vale ressaltar que a pansexualidade não tem nenhuma relação com gostar de animais ou objetos como às vezes a mídia retrata.

Sabemos também que, não apenas discursos científicos produzem a biologização ou a substancialização da orientação sexual; mas também os discursos midiáticos, morais e religiosos que interferem na construção de normas, que regem os acessos às atividades da vida prática, por exemplo. Tal agenciamento passa pela aceitação de muitos LGBTQ+ de que sua orientação sexual é fixa, inata, uma realidade biológica ou substâncias psicológicas absolutas e estáveis; características tomadas como fundamentais para legitimação de suas reivindicações e luta contra o preconceito, e que validam 'estrategicamente' adotar o bordão "nasce-se gay", ideias de cérebros sexuados ou naturalizações equivalentes como argumentos favoráveis às lutas de afirmação identitária e, por direitos (TEIXEIRA, 2014).

Para dar base e potencializar à argumentação de que, **Gênero e estrutura biológica** não definem por si o que somos e o que queremos ser, a professora e pesquisadora brasileira Berenice Bento (2003; 2006; 2008; 2011; 2014; 2017) será uma das nossas principais referências. Para ela:

O gênero adquire vida através das roupas que compõem o corpo, dos gestos, dos olhares, ou seja, de uma estilística definida como apropriada. São estes sinais exteriores, postos em ação, que estabilizam e dão visibilidade ao corpo. Essas infundáveis repetições funcionam como citações, e cada ato é uma citação daquelas verdades estabelecidas para os gêneros, tendo como fundamento para sua existência a crença de que são determinados pela natureza (BENTO, 2011, p.549).

**Gênero:** é a dimensão social e histórica da construção e do entendimento dos significados do masculino/masculinidade (homem) e do feminino/feminilidade (mulher). Pensar gênero organiza a relação entre homens e mulheres, inclusive divisões de poder entre as masculinidades hegemônicas (homem cis, heterossexuais, viris) e as oprimidas (homens trans, gays, bissexuais e efeminados) (CIASCA; HERCOWITZ; JUNIOR, 2021).

Conceitos como papéis sociais de gênero, gênero designado ao nascimento, identidade de gênero e performatividade de gênero são outros construtos dentro do guarda-chuva, gênero.

**Identidade de gênero** é como cada pessoa sente ser em relação ao gênero masculino e feminino, lembrando que nem todas as pessoas se enquadram, e nem desejam enquadrar-se na noção binária estabelecida nos corpos sexuais (mulher- vagina e homem-pênis), como no caso de pessoas transgêneros, as travestis, pessoas agênero, gênero fluído, *queer* e não binárias, que são conceitos de variações dentro da identidade de gênero como iremos descrever logo a seguir:

A **transexualidade** é um desdobramento inevitável de uma ordem de gênero que estabelece a inteligibilidade dos gêneros no corpo. Transexualidade, travestilidade, transgênero são expressões identitárias que revelam divergências com as normas de gênero, uma vez que, estas são fundadas no dimorfismo, na heterossexualidade e nas idealizações (BENTO, 2008).

A experiência transexual destaca os gestos que dão visibilidade e estabilidade aos gêneros e estabelece negociações interpretadas, na prática, sobre o masculino e feminino. Ao mesmo tempo quebra a causalidade entre sexo/gênero/desejo e desnuda os limites de um sistema binário assentado no corpo-sexuado (o corpo-homem e o corpo-mulher). Diante da experiência transexual, o observador põe em ação os valores que estruturam os gêneros na sociedade. Um homem de batom e silicone? Uma mulher que solicita uma cirurgia para tirar os seios e o útero? Mulheres biológicas que tomam hormônios para fazer a barba crescer e engrossar voz? Ela é ele? Ele é ela? (BENTO, 2008).

Então, quando ouvimos falar de um homem transexual seria uma pessoa que nasceu com genitália feminina, mas não se identifica com o gênero feminino atribuído ao nascimento. Assim, como é, no caso da mulher transexual, que nasce com a genitália e todos os papéis atribuídos ao gênero masculino, mas não se identifica sendo como tal. Ambos podem desejar passar pelo processo de transição de gênero, para que possam se identificar com o gênero que se sentem felizes e completos. E esse processo pode envolver, ou não, modificações corpóreas, documentais como retificação do nome, uso de nome social etc. Apenas cada pessoa deveria poder dizer o que cabe ou não fazer, ou transformar nesse seu próprio processo, apenas seu. “A importância da cirurgia, a decisão em submeter-se ao protocolo dos hospitais que a realiza, o melhor momento para fazê-la, são questões que passam por decisões que estão condicionadas à biografia de cada pessoa transexual (BENTO, 2008).”

**Travestilidade – Travestis** são corpos designados homens ao nascer e que, no percurso de suas vidas, “feminizam-se” de diversas formas. Podem modificar radicalmente seus corpos, por meio da ingestão continuada de hormônios, aplicação de silicone e outras intervenções estéticas (cabelos, pelos, pomo-de-adão, roupas e acessórios). Podem modificar também sua sociabilidade: as pessoas e espaços em que confiam, as linguagens e códigos da transição (processo para chegar à travestilidade, a ser travesti) (SERRA, 2018).

Embora não haja critérios objetivos para se dizer quem é travesti (tentativas de delimitar estes critérios não faltaram, no entanto), costuma-se associar as vivências travestis aos hormônios, às cirurgias plásticas, às ruas em que o sexo é negociado, aos assassinatos cotidianos, além de diversos termos ofensivos relacionados a estas pessoas. Mais que tudo, entretanto, acredito que as vivências travestis estejam associadas à ideia (equivocada) de que as travestis não têm direito às suas identificações como mulheres e/ou como pessoas femininas, quando não à sua humanidade mesma (VERGUEIRO, 2015).

Quando o Conselho Federal de Medicina afirma, categoricamente, que a travesti não concorda com a destinação de gênero imposta ao nascer, mas que aceita a sua genitália sem querer modificá-la, automaticamente diz que toda pessoa transexual não aceita as suas genitálias e necessita de redesignação sexual. Colocação equivocada e que gera um desconforto, visto que, identidade de gênero não se relaciona com as características do corpo e, sim, como eu me vejo enquanto pessoa, identidade autoatribuída (OLIVEIRA; FRANCISCO; GONÇALVEZ; 2021).

Uma das diferenças tradicionalmente notadas entre pessoas transgêneros e travestis estava na execução da cirurgia. Considerava-se que todas as pessoas transgêneros compartilhavam suas reivindicações de mudança de gênero com a realização da cirurgia. Nos últimos anos, essa centralidade começou a ser relativizada por pessoas trans, que afirmam mudar de gênero e não condicionar à cirurgia. Essa relativização assumida ampliou as fronteiras identitárias (BENTO, 2008).

**Pessoas agênero** declaram que há uma ausência de gênero e utilizam esta identidade para definir um gênero neutro, ou para comunicarem que não desejam ser encaixadas em nenhum gênero.

**Pessoas não binárias** não se identificam no binômio homem-mulher. Podem se descrever como nem homem e nem mulher, algo entre os dois, ou terem um gênero terceiro, entre outros. Podem ou não buscar modificações corporais e não se sentem confortáveis ao serem chamadas por termos masculinos ou femininos e nesses casos, preferem o uso da linguagem neutra (BATTAGLIA; NASRALLA; HERCOWITZ; JUNIOR; CIASCA, 2021).

**Queer** é uma expressão que significa esquisito, ridículo, estranho, adoentado, viado, bicha louca, homossexual. Os estudos *queer* invertem politicamente seu uso e passam a utilizá-la como marca diferenciadora e denunciadora da heteronormatividade (BENTO, 2008).

A distinção entre machos e fêmeas não é binária em todas as espécies, e algumas podem ter variações intersexuais ou apresentar características que desafiam as normas de gênero estabelecidas. Além disso, a identidade de gênero de uma pessoa não está relacionada com suas características biológicas sexuais.

Assim, identidade de gênero é a convicção da pessoa em se reconhecer como homem, mulher, algo entre essas definições ou fora do padrão binário hegemônico, independentemente do sexo biológico e da expressão de gênero. Identidade de gênero é sempre autoreferida e só o próprio indivíduo pode exteriorizá-la (HERCOWITZ; MORIKAWA; CIASCA; JUNIOR, 2021).

Os novos porta-vozes do determinismo biológico dos gêneros sugerem que, agora, não são mais os cromossomos que definem nossas supostas identidades de gêneros, mas nossas estruturas neurais (BENTO, 2017), em um movimento que afirma a dicotomia entre natureza e cultura, buscando definir estruturas corpóreas biologicamente definidoras de modos de existir.

Bento (2017), ao problematizar esses processos em disputa sobre a verdade, em relação à determinação de gênero, questiona: “Se o gênero não é da ordem natural, como defini-lo?”.

Para problematizar essa pergunta complexa, a autora propõe duas dimensões:

1. **A dimensão invisível:** se refere à dimensão subjetiva: para ela, a subjetividade se refere à forma como se sente e se organiza (ou se desorganiza) as emoções. Esse conceito explica as atribuições e estereótipos de emoção diretamente associado às mulheres e de razão aos homens, por exemplo. Porém, para a autora, “a ideia de subjetividades polarizadas é insustentável. Portanto, não há estabilidade suficiente para afirmar haver uma subjetividade típica para cada gênero” (BENTO, 2017, p. 241).

Em nosso dia a dia, conseguimos reconhecer (quase sempre) quem é homem e quem é mulher porque socialmente se definiu modos de homem e modos de mulher. Mas, quando eu olho para alguém e penso “é um homem”, isso não significa que ele tenha pênis. O fato do meu olhar reconhecê-lo como homem é porque ele e eu compartilhamos os mesmos significados construídos socialmente para definir quem é homem ou mulher. O reconhecimento social, a visibilidade não está condicionada à existência de determinada genitália (BENTO, 2017, p. 242).

2. **A dimensão visível:** se refere à forma de cada pessoa apresentar-se ao mundo, como membro de um determinado gênero, como ela se externaliza, como ela é “identificada”. Há o reconhecimento de quem é homem e de quem é mulher, porque temos construções coletivas e sociais do que é ser homem e, do que é ser mulher. E esses fatores independem do órgão sexual (BENTO, 2017).

Gênero e estrutura biológica não definem por si o que somos e o que queremos ser. Essa é uma das questões centrais do discurso da professora Berenice Bento (2003; 2006; 2008; 2011; 2012; 2017). Sua filiação teórica está ligada aos estudos *queer* por isso ela defende que gênero não tem uma relação exclusiva e nem determinística com a estrutura biológica.

Gênero está relacionado à *performance*, à prática e ao reconhecimento social. Para que eu seja reconhecida socialmente como uma mulher, preciso desempenhar um conjunto de práticas, de performances que possibilitam esse reconhecimento (BENTO, 2010).

A construção social do que pode, ou não, ser reconhecido como corpo, sexo ou mesmo quem pode ser considerado humano desvela uma íntima relação entre os poderes e saberes que se organizam, embatem e criam resistências dentro das normas de gênero (RAIMONDI, 2019).

Essa dimensão da **performatividade de gênero**, também tem sido amplamente trabalhada por autores como Paul Preciado e Judith Butler.

Preciado é um filósofo e escritor feminista transgênero, cujas obras versam sobre assuntos teóricos como filosofia de gênero, teoria *queer*, arquitetura, identidade e pornografia. Algumas publicações ainda aparecem como Beatriz Preciado, nome dado pela sua família no nascimento, referindo-se ao sexo biológico feminino.

Butler é uma filósofa pós-estruturalista estadunidense, uma das principais teóricas contemporâneas do feminismo e teoria *queer*.

Para eles, é preciso pensar a performatividade de gênero, sobretudo, a linguagem, como grande moduladora dos modos de ser e agir dos sujeitos através de termos ‘generificados’ presentes na linguagem. Embora Butler não dispense a possibilidade de escolha de gênero, ela sublinha que essa ação seria muito posterior ao processo de performatividade, isto é, a performance seria posterior à performatividade (BUTLER, 2003).

Segundo Preciado (2008, p. 86) em Butler, a noção de gênero está longe de ser uma expressão de uma “essência” ou uma “verdade psicológica”, mas é pensada como “uma prática discursiva, corporal e performativa, por meio da qual o sujeito adquire inteligibilidade social e reconhecimento político”. A pessoa *queer* localiza-se justamente no rompimento dos fluxos performativos cis-heteronormativos. Nesse sentido, a “performatividade *queer*” seria como um “tráfico de ficções, por meio dos quais, certos enunciados de gênero são extirpados da autoridade do discurso médico (até mesmo no próprio momento de sua intervenção) e usados por um novo sujeito de conhecimento, que agora reclama para si o *status* de ‘especialista’” (PRECIADO, 2008, p. 276).

No entanto, Preciado questiona o fato de a teoria *queer* frequentemente se reduzir ao conceito butleriano. Para ele, há algo além da performatividade e da performance, algo que está na esfera biológica e dos afetos. É justamente por isso, que, se o interessa gênero como um princípio organizador que leva ao surgimento de técnicas, saberes e instituições.

Neste sentido, ele prefere examinar a produção performativa nos níveis mais profundos do corpo, como os órgãos, as células, os genes, assim como a produção do desejo (OLIVEIRA, 2021).

Com a complexificação das expressões e formas de nomear a diversidade sexual humana, complexificaram-se também as diferentes respostas socioculturais a essas experiências, sendo que, os processos de exclusão e de produção de violências são marcas importantes dessas respostas socialmente produzidas em diferentes partes do mundo.

## **VIDA - QUEM TEM O DIREITO DE TE INTERROMPER: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE VIOLÊNCIAS LGBTQIA+**

Com a expansão das discussões sobre as sexualidades cada vez mais presentes nas mídias brasileiras e, esta repercussão das LGBTQIA+ decidindo assim, viver com liberdade sua vida, há, conseqüentemente, um número alarmante e expressivo de violências que também vêm aumentando com toda essa visibilidade.

Os mortos e as resistências às violências são fenômenos que integram o Movimento LGBTQIA+. Eles são ressuscitados, em discurso, para legitimar a permanência da necessidade da política. A brutalização do sexo, ou da sexualidade desenvolve-se num cenário em que sexualidade, crime e violência se constituem reciprocamente (EFREM FILHO, 2016).

De acordo com Ramos e Carrara (2006), durante a década de 80, o movimento homossexual brasileiro ganhou visibilidade no país e passou a lutar pelos direitos e pela aceitação social das pessoas LGBTQIA+. Nessa época, muitos crimes motivados pela orientação sexual começaram a ser denunciados e divulgados na imprensa, o que levou à criação do termo “homofobia” para designar esses atos de violência e discriminação.

O termo “homofobia” foi criado a partir da junção das palavras “homo” (que significa “igual”) e “fobia” (que significa “medo” ou “aversão”). Ele foi e é utilizado para denunciar a violência, o preconceito e a discriminação sofridos por pessoas LGBTQIA+ no Brasil e em outros países.

Homofobia é o “ódio explícito, persistente e generalizado que se manifesta numa escala de violência desde as agressões verbais subsumidas nos tipos penais contra a honra até os extremados episódios de violência física, consumados com requintes de crueldade” contra pessoas não heterossexuais (CARDOSO; FERRO, 2012).

Embora o termo tenha sido construído para denunciar e nomear a violência praticada contra pessoas não heterocisgêneras, a homofobia tem suas raízes na crença de que a orientação sexual é determinada por fatores biológicos, e algumas pessoas justificam sua homofobia com argumentos biologicistas ou biomédicos ou classificam a intolerância à diversidade por um termo que costuma designar psicopatologias (fobia). A ciência tem mostrado consistentemente que a homossexualidade não é uma doença, transtorno mental ou desvio comportamental, mas sim uma variação natural da sexualidade humana. Portanto, a noção de homofobia não é baseada em fatos científicos, mas sim em preconceitos e estereótipos enraizados na cultura e na história.

Um dos conceitos apresentados por Nascimento (2010) para designar o termo homofobia consiste na classificação infundada dos indivíduos que fogem aos padrões heterossexuais, vistos como inferiores ou anormais, rótulos que também podem ser atribuídos a algumas diversidades étnicas, raciais e religiosas.

Atualmente ampliou-se o termo para LGBTQIA+fobia, pois, ao mesmo tempo em que ganhou popularidade e força política, o termo homofobia não é um consenso na população LGBTQIA+, pois não representa ou não inclui nominalmente todas as categorias da diversidade sexual, por isso, sendo mais recentemente utilizado o termo LGBTQIA+fobia. Com isso, o símbolo + foi inserido no final da sigla para abranger outras tantas orientações sexuais, identidades e expressões de gênero.

Pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não normativa (LGBTI+) são alvos de discriminação, denominada LGBTI+fobia, e essa discriminação geralmente pode ser uma violência simbólica e estar relacionada à linguagem e ofensas verbais e comportamentais, embora também possa se manifestar por meio de agressão física (VASSELO et al, 2021, pg. 155).

Atualmente, usa-se o termo LGBTQIA+fobia, para se referir a discriminação, o preconceito e a hostilidade contra pessoas que pertencem à população LGBTQIA+. A LGBTQIA+fobia pode se manifestar de várias formas, incluindo violência física e verbal, discriminação no local de trabalho, negação de serviços ou tratamento justo em instituições como escolas ou hospitais, e representações negativas na mídia e na cultura em geral.

Desde então, a luta contra a LGBTQIA+fobia tem sido uma das principais bandeiras do movimento LGBTQIA+ no Brasil e em todo o mundo, com a busca por leis e políticas públicas que garantam os direitos dessas pessoas e combatam a discriminação e a violência baseadas nas questões de gêneros e sexualidades.

A etiologia dos delitos contra a população LGBTQIA+ é explicada por Leony (2006) *apud* Cardoso e Ferro (2012) como consequência da ideologia heterossexista, que situa os homossexuais como “minorias desprezíveis e desprezadas”, e, por supostamente, viverem na clandestinidade com medo de serem descobertos, são vistos pelos semeadores da homofobia “como alvo fácil de chantagens, extorsões e latrocínios.”

Segundo o relatório de violência homofóbica no Brasil, promovido pela Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos em 2013, foram registrados 9.982 casos de violações de direitos de gays, lésbicas, travestis e transexuais; por dia foram registrados, em média, 27,3 casos, desta amostra, 24,5% das vítimas se autodeclararam gays e 8.6% se definiam como lésbicas (SANTOS et al.,2018).

A regulamentação de direitos relacionados à sexualidade impõe dificuldades e desafios. Se, por um lado o exercício dos direitos sexuais está no âmbito da privacidade e da liberdade sexual relativa à forma como se obtém prazer, por outro lado, é preciso a proteção estatal, via políticas públicas, para que essa liberdade possa ser exercida plenamente, sem discriminação ou violência (MATTAR, 2008).

Analisando o Brasil como um país desigual e com uma cultura hierárquica de gênero, apesar de diversos programas já abrangerem no seu escopo esta população, ainda é nítida a insuficiência da participação social de LGBTQIA+ como sujeitos de direitos, o que, somada às discriminações e violências sofridas, acaba corroborando com um quadro de desigualdade estrutural gerador de vulnerabilizações (MARTA; MUNHOZ, 2010).

Por outro lado, parte do movimento LGBTQIA+ tem criticado a associação do termo “fobia” aos atos de violência motivados por preconceitos de gênero, porque o uso de uma linguagem psiquiatrizante para significar esses atos visto que, a fobia está relacionada à transtornos mentais - despolitiza a necessidade de evidenciar seu caráter criminoso, mesmo que, do ponto de vista jurídico, desde o 2019, STF decidiu que declarações homofóbicas podem ser enquadradas no crime de racismo. Segundo os indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 1980 a 2005, foram assassinados 2.511 homossexuais no Brasil, sendo que, a maior parte dos crimes ocorreu por motivos homofóbicos (BRASIL, 2008b). Segundo os relatos obtidos nesta pesquisa, a maioria das violências ocorreu com o envolvimento de pessoas desconhecidas, totalizando 48% dos casos.

Os agressores relacionados com o cotidiano das vítimas estão concentrados nos familiares (12%), em segundo lugar, citam colegas de escola-faculdade, sendo a terceira maior pontuação referente a amigos conhecidos (9%); os demais agressores totalizaram 12% (Brasil, 2008b). Os indicadores do SUS também revelam que as principais formas de violência são agressões verbais ou ameaças de agressões (55%), seguidas pelas agressões físicas (15%), chantagem ou extorsões (11%), violência sexual (6%) e o golpe conhecido pela expressão boa-noite cinderela (3%) (BRASIL, 2008b).

Pensando nos serviços de saúde e na qualificação da assistência prestada às pessoas LGBTQIA+ e suas necessidades, seria necessária a eliminação de pelo menos dois processos que parecem compor a engrenagem, que produz o apagamento ou a exclusão da população LGBT na rede de saúde. O primeiro seria o do não reconhecimento e da invisibilidade LGBT nos serviços de saúde e o segundo seria a recusa desses em acessar estes mesmos serviços (SOUZA, 2018).

Para trazer um debate mais atualizado, compilamos os dados do Grupo Gay Bahia (GGB), Associação Nacional de Transexuais e Travestis (ANTRA) e do Disque Direitos Humanos- Disque 100 da antiga Secretária de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) que é desde então, a única fonte de estatística de dados oficiais do governo federal.

Em 2021, 300 LGBT+ sofreram morte violenta no Brasil, 8% a mais do que no ano anterior: 276 homicídios (92%) e 24 suicídios (8%). O Brasil continua sendo o país do mundo onde mais LGBTs são assassinados: uma morte a cada 29 horas (GGB, 2021).

O Nordeste foi a região onde mais LGBTs tiveram morte violenta (35% dos casos), seguido do Sudeste (33%). É a primeira vez que o Sudeste concentra tantos óbitos: mais do que a soma total das demais regiões Sul, Norte e Centro-Oeste. Não há regularidade sociológica que explique essa situação e muitas das ocorrências, como também, por exemplo, a redução das mortes nos meses de primavera. São Paulo é o estado onde ocorreu o maior número de mortes, 42 (14%), seguido da Bahia com 32, Minas Gerais com 27 e Rio de Janeiro, 26. Acre e Tocantins notificaram apenas um assassinato e Roraima foi o único estado sem registro. A capital mais perigosa para o segmento LGBTI+ em 2021 foi Salvador (12 mortes), seguido do município de São Paulo, com 10 ocorrências. Salvador, com aproximadamente 3 milhões de habitantes, registrou duas mortes a mais que São Paulo que possui 12 milhões. O risco, portanto, de um LGBT baiano ser vítima de morte violenta é 3/4 superior ao de um paulistano (GGB, 2021).

Especificamente sobre a violência transfóbica, o discurso de ódio e uma ideologia antitrans têm crescido e ganhado muita força nas redes sociais desde 2014, e fez-se mais presente em 2020 e em 2021, diante da crise política, econômica e humanitária em que nos encontramos (ANTRA, 2022).

No ano de 2021, tivemos pelo menos 140 assassinatos de pessoas trans, sendo 135 travestis e mulheres transexuais, e 05 casos de homens trans e pessoas transmasculinas. Não foram

encontradas informações de assassinatos de pessoas não binárias em nossas pesquisas este ano (ANTRA, 2022).

As travestis e mulheres trans, pessoas *transfemininas* que vivenciam a transgeneridade no espaço público, constituem um grupo de alta vulnerabilidade à morte violenta e prematura no Brasil. Exatamente por estarem mais expostas a discriminação e violência motivadas pelo discurso de ódio e incentivo a aniquilação de suas existências, pelo lugar desumano e abominável em que tem sido colocada (ANTRA, 2022).

Este alto índice de violência levou o Brasil à liderança do ranking mundial de assassinatos de pessoas transexuais em 2016. Das 295 mortes de transexuais registradas até setembro deste ano em 33 países, 123 ocorreram no Brasil, de acordo com dados divulgados em novembro pela ONG *Transgender Europe*.

As agressões dirigidas à população LGBTQIA+ tomam títulos de atos bárbaros, devido à gravidade, do modo como foram realizadas. E ressalta-se a questão de não serem crimes passionais, são crimes de ódio cometidos contra população LGBTI+. O relatório aponta dados de que algumas dessas vítimas ainda sofrem mais de um tipo dessas agressões (RESENDE, 2017).

O ano de 2017 teve o maior número de assassinatos da população LGBTQIA+ desde o início da pesquisa, há 37 anos. Acerca de cada 19 horas, um LGBTI+ morre de forma violenta por motivação homotransfóbica no Brasil.

O projeto de pesquisa *Trans Murder Monitoring* (TMM) monitora, coleta e analisa sistematicamente os relatórios de homicídios de pessoas trans e com diversidade de gênero em todo o mundo.

Desde o início do levantamento, o Brasil permanece como o país que mais assassinou pessoas trans, do mundo, neste período, com 125 mortes, seguido do México (65) e Estados Unidos (53) (ANTRA, 2022).

Essa violência é fruto também de um levante conservador que voltou a crescer na população brasileira, com discursos impregnados de ódio, justificados, supostamente, em defesa de certa ideia de família e de sexualidade.

O filósofo camaronês Mbembe (2018) propõe um olhar para as políticas da morte como uma macroestrutura operante em países colonizados e a sustentação de seu funcionamento através da soberania que gerencia a morte. Este cenário de violência, exclusão e necropolítica (MBEMBE, 2018) em relação LGBTQIA+, também evidencia o aumento de vivências de sofrimento psíquico e transtornos mentais entre as pessoas expostas a esse contexto.

Pensando especificamente sobre suicídio, há uma alta taxa de suicídio entre pessoas LGBTQIA+ na América do Sul, e isso é um reflexo da discriminação e violência que muitas vezes enfrentam por causa de sua orientação sexual e identidade de gênero. No entanto, vale lembrar que nem todos os países da região têm dados atualizados sobre a taxa de suicídio específica para essa população, o que pode dificultar uma análise precisa.

Há um crescente número de suicídios entre os jovens LGBTQIA+, o que subentende que, o não acolhimento, a não compreensão e a discriminação de adultos jovens que se descobrem e se veem em processos de marginalização social, os levam a redução das expectativas de vida. Isso se agrava quando esse mesmo jovem não possui construída uma estrutura pessoal, familiar e social sólidas, potencializada a dor e as ideias suicidas (ABASSE, 2009; MENEGHEL, 2004).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil tem uma das maiores taxas de suicídio entre pessoas LGBTQIA+ da América Latina, com cerca de 28,5% dos casos de suicídio registrados no país sendo de pessoas que se identificam como LGBTQIA+. Além disso, estudos apontam que a população trans é particularmente vulnerável, com uma taxa de tentativas de suicídio que pode chegar a altos índices.

Outros países da América do Sul também enfrentam problemas semelhantes. Na Argentina, por exemplo, estima-se que a taxa de suicídio entre pessoas LGBTQIA+ seja três vezes maior do que

a média nacional, e no Chile, um estudo de 2018 apontou que a taxa de suicídio entre a população LGBTQ+ era quase duas vezes maior do que a média nacional.

Estudos mostram que a taxa de suicídios também é mais elevada do que na população em geral, entre o(a)s adolescentes homossexuais quando comparado com adolescentes em geral. Nos Estados Unidos, os jovens homossexuais (de ambos os sexos) representam um terço de todos os suicídios juvenis enquanto heterossexuais constituem, no máximo, 5 ou 6% da população) (TEIXEIRA-FILHO; RONDINI, 2012).

No Brasil, em 2021, foram notificados por uma associação 12 casos de suicídio, sendo 2 casos entre homens trans/ transmaculinos e 10 travestis/mulheres trans. Corroborando com os dados publicados no dossiê 2020, “onde observamos os maiores índices de assassinato, são as travestis e mulheres trans que enfrentam maior número de suicídios, apesar de serem os homens trans/ transmasculinos que mais apresentam ideações ou tentativas” (ANTRA, 2022).

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. D’augelli et al, (2002) já concluíram, em pesquisa realizada há quase 20 anos, 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 (TEIXEIRA-FILHO; RONDINI, 2012).

Esses dados destacam a importância de políticas públicas e ações afirmativas que promovam a igualdade de direitos e combatam a discriminação e a violência contra pessoas LGBTQIA+ na América do Sul e em todo o mundo.

Soma-se a esses números calamitosos a precariedade da relação de cuidado das vítimas de violência por parte dos serviços de saúde. Muitas vezes, a justificativa desta precariedade aparece pela alegação do desconhecimento das normas e direitos dos usuários, usuáries e usuáries LGBTQIA+ por parte dos profissionais, para justificar o seu não cumprimento, tornando o “desconhecer” a chave explicativa para rejeição do reconhecer. Isso se evidencia, por exemplo, no caso da recusa do uso do nome social nos prontuários para as mulheres transexuais e travestis, mesmo está sendo uma garantia expressa, por portaria, há mais de uma década. Outro exemplo é a negação pelo serviço de saúde da doação de sangue por mulheres lésbicas e bissexuais, a partir da avaliação da sua orientação sexual (SOUZA, 2018).

A população LGBTQIA+ enfrenta diversas formas de exclusão e discriminação que podem aumentar seu risco de adoecimento e violência, inclusive no setor saúde. Com isso, a vulnerabilidade decorre de fatores como preconceito, estigma, falta de acesso a serviços e políticas públicas adequadas e falta de visibilidade na sociedade.

Essa discriminação e o preconceito podem levar a problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático e ideação suicida. Além disso, pessoas LGBTQIA+ são mais propensas a experienciar violências físicas e sexuais, o que pode levar a lesões e danos à saúde física e psicológica. Esses problemas são exacerbados pela falta de acesso a serviços de saúde adequados e pelo estigma que muitas vezes acompanha a identidade LGBTQIA+.

Na saúde, é importante que os profissionais estejam preparados para atender as necessidades específicas dessa população, como o respeito à identidade de gênero, orientação sexual e preferência de tratamento. É fundamental que sejam criados programas e políticas públicas que atendam às necessidades de saúde da população LGBTQIA+, incluindo a oferta de serviços de prevenção e tratamento de doenças, atendimento especializado em saúde mental e programas de educação em saúde que abordem questões de identidades de gêneros, orientações sexuais e prevenção de violências.

Para fins de pesquisas epidemiológicas, como reflexo ainda do governo de Jair Bolsonaro, continuamos com uma ausência extrema de dados governamentais e sem informações sobre a população LGBTQIA+ por parte dos sistemas de dados do governo federal.

Sejam dados populacionais, ou específicos sobre acesso a saúde, indicadores de adoecimento e os impactos da violência, ou ainda, sobre como a COVID-19 atingiu essa população, entre outros. A invisibilização continua junto ao apagão de dados sobre a pandemia e a subnotificação, tanto nos sistemas de segurança quanto de saúde (ANTRA, 2022).

## **NÃO HÁ CURA PARA O QUE NÃO É DOENÇA - O CUIDADO E A SAÚDE MENTAL DE LGBTQIA+.**

*“Tenho sangrado demais  
Tenho chorado pra cachorro  
Ano passado eu morri  
Mas esse ano eu não morro  
(...)”*

*Só eu e Deus sabe o que é não ter nada, ser expulso  
Ponho linhas no mundo, mas já quis pôr no pulso  
Sem o torro, nossa vida não vale a de um cachorro, triste  
Hoje cedo não era um hit, era um pedido de socorro*

*Mano, rancor é igual tumor, envenena raiz*

*Onde a plateia só deseja ser feliz, saca?  
Com uma presença aérea, onde a última tendência  
É depressão com aparência de férias (...)”*

*Emicida, Majur, Pablllo Vittar  
Canção: AmarElo*

É preciso chamar atenção para que esse processo de discutir o cuidado em saúde mental junto à população LGBTQIA+ se distinga de uma intenção de patologização do homo/transsexualidade. Ser LGBTQIA+ não é sinônimo de cometer suicídio, ou ter ansiedade, depressão etc., porém, sofrer violências, em suas diferentes formas de expressão, isso sim, pode levar ao desencadeamento de um processo de sofrimento psíquico e certamente pessoas LGBTQIA+ estão expostas a esse tipo de sofrimento.

Em relação a como LGBTQIA+ querem ser cuidados e como, de fato, necessitamos deste cuidado frente aos enfrentamentos cotidianos vividos nessa sociedade violenta e não igualitária, iniciamos a reflexão sobre o significado de cuidado de si a partir do livro da História de Sexualidade 3 – “O Cuidado de Si” de Michel Foucault no período socrático-platônico que remete ao cuidado como uma espécie ou aplicação concreta, precisa e particular da regra que vinculava todo o cuidado de si mesmo.

A partir disso, mergulhamos na reflexão sobre o sentido de cuidado de si a partir do livro *História de Sexualidade 3 – O Cuidado de Si* onde Michel Foucault toma noção do cuidado como uma aplicação concreta, precisa e particular da regra que vinculava todo o cuidado a um movimento concomitante de cuidado de si mesmo. O sentido desse cuidado é assim expresso por Foucault: “é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidado contigo mesmo” (FOUCAULT, 2007, p. 6), como um movimento importante para a própria manutenção da vitalidade de cada sujeito em uma perspectiva ao mesmo tempo individual e coletiva.

O cuidado de si traduziria-se como um conjunto de processos de constituição do sujeito, nos quais, é importante estabelecer uma intensidade de relações de si para consigo, relações em que o sujeito consiga tomar a si mesmo (e suas relações) como objeto de conhecimento e ação. É através das relações de si, em produção, que o sujeito pode transformar-se. Assim, o sujeito encontra sua

singularidade através da valorização de si e do conhecimento de si realizado através do cuidado como uma prática ética (FOUCAULT, 2007).

Segundo Foucault para o cuidado de si, constituir o sujeito é importante estabelecer uma intensidade de relações de si para consigo, em que o sujeito consiga tomar a si mesmo como objeto de conhecimento e ação, que através das relações de si possa transformar-se, corrigir-se, purificar-se, e promover a própria salvação. O cuidado de si pode ser entendido como o conhecimento de si, que exige certo número de regras de conduta e princípios que precisam ser conhecidos. Assim, o sujeito encontra sua singularidade através da valorização de si próprio e, do conhecimento de si realizado através do cuidado de si mesmo.

Adentrando na questão da saúde mental partimos de Paulo Amarante no livro *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (2007), preceitos da Reforma Psiquiátrica para a discussão sistêmica da rede de cuidado (em seus componentes de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial).

Amarante (2007) define que saúde mental é um campo ou uma área de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas. Saúde mental não é só psicopatologia, portanto, a saúde mental é um campo, ou uma área de conhecimento e de atuação técnica, no âmbito das políticas públicas. Saúde mental não é só psicopatologia, não pode ser reduzida apenas ao estudo e tratamento das doenças. Assim, envolve várias áreas de conhecimento como filosofia, antropologia, neurologia etc. e, sobretudo diz respeito à esfera das relações humanas e os efeitos dessas relações para sujeitos individuais e coletividades.

Amarante (2007) sustenta que a natureza do campo da saúde mental contribui para um pensamento em termos de complexidade, simultaneidade, transversalidade de saberes, construcionismo e reflexividade. Logo, a saúde mental é um campo polissêmico e plural, na medida em que diz respeito aos comportamentos e à subjetividade humana, temas altamente complexos.

No estudo de Detomini, Raser e Peres (2016) realizou-se uma revisão sistemática da literatura sobre sexualidade e saúde mental, cuja uma das categorias de análise categórica referia-se especificamente à saúde mental do público LGBT. As principais questões levantadas foram: o duplo estigma; discriminação sofrida e seus efeitos psicológicos; e a atenção à saúde dessa população.

O estudo da autora Wake (2008) analisou a questão da homossexualidade a partir do psiquiatra estado-unidense Harry Stack Sullivan e sua contribuição para o atendimento de usuários de serviços de saúde mental, particularmente aqueles de orientação homossexual. A autora cita que Sullivan considerava o preconceito social contra homossexuais causador da esquizofrenia e defendia uma abordagem sistematizada sobre a homossexualidade, cujo objetivo era que as pessoas ficassem mais confortáveis com suas vivências sexuais. Outro estudo do qual participaram 561 lésbicas, constataram que 80% delas usaram um serviço de saúde mental em algum momento de suas vidas e 30% destas sofreram com um comportamento hostil nos atendimentos (WELCH; COLLINGS; HOWDEN-CHAPMA, 2000 apud DETOMINI; RASERA; PERES, 2016).

Este estudo de revisão da literatura enfatiza e reforça uma dupla preocupação por conta do estigma que sofrem pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves, usuárias de serviços de saúde mental e que apresentam orientação sexual distinta do que é designado como “norma” na sociedade atual. As referências elucidam questões preocupantes, como a discriminação e o despreparo dos profissionais e serviços de atenção à saúde face à sexualidade da população usuária de saúde mental (DETOMINI; RASERA; PERES, 2016).

O estudo de Pacheco (2017) realizou uma revisão sistematizada descritiva de literatura e, em suma, seus estudos tratavam da transexualidade como um problema que deveria ser diagnosticado. Essa perspectiva posicionou o campo da Psicologia como capaz de identificar um distúrbio/transtorno e, então, autorizar, ou não, a realização da cirurgia de trans-genitalização, e acenam para a necessidade de utilização da avaliação psicológica de pessoas transexuais, como instrumento para a compreensão do seu quadro psicopatológico.

Permeando a história sobre a saúde mental da população LGBTQIA+ e buscando atualizar suas discussões, emergiu a seguinte questão de pesquisa, que nos motivou a realizar um estudo amplo de revisão da literatura sobre o tema saúde mental da população LGBTQIA+ a partir do questionamento:

*O que diz a produção científica Brasileira sobre a saúde mental da população LGBTQIA+?*

Desta forma, a presente revisão teve como objetivo geral caracterizar a literatura relevante sobre a saúde mental da população LGBTQIA+ no Brasil e, como objetivo específico, identificar como os estudos abordam processos de cuidado voltados a essa população para respaldar teoricamente a pesquisa de doutorado na totalidade.

Trata-se de uma revisão de escopo da literatura nacional acerca da saúde mental. A revisão de escopo foi eleita com o intuito de alcançar uma área que não foi revisada anteriormente de forma abrangente, além de incluir trabalhos com diferentes desenhos e metodologias, identificar lacunas da investigação na literatura existente. A proposição da revisão de escopo foi originalmente realizada por Hilary Arksey e Lisa O'Malley (2005).

No entanto, é importante ressaltar que a identificação de lacunas na literatura, através de um estudo de escopo, não necessariamente vai identificar as lacunas de pesquisa, caso a pesquisa seja de má qualidade, já que a avaliação da qualidade não faz parte das atribuições da revisão de escopo (DEPOLE, 2018).

Arksey e O'Malley (2005) relatam cinco passos a serem seguidos para realizar este tipo de revisão:

- 1. Identificar a questão da pesquisa:** o ponto de partida é identificar a questão da pesquisa a ser respondida, como um caminho norteador que fornece o roteiro para as etapas subsequentes. Os aspectos relevantes da questão devem ser claramente definidos, pois eles têm ramificações para estratégias de pesquisa. As questões de pesquisa são de natureza ampla, pois procuram fornecer uma maior amplitude de cobertura (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; DEPOLE, 2018).

*Qual a produção brasileira sobre a saúde mental da população LGBTQIA+?*

- 2. Identificar os estudos relevantes:** essa etapa envolve a identificação de estudos e o desenvolvimento de um plano de decisão de onde procurar (escolha da base de dados), quais termos usar (escolha de descritores), quais fontes devem ser pesquisadas, tempo e linguagem. Compreensibilidade e amplitude são importantes na pesquisa. As fontes incluem bases de dados eletrônicas, lista de referências paralelas, busca manual de revistas-chave, organizações e conferências. É importante destacar os aspectos práticos da pesquisa: o tempo, o orçamento e os recursos pessoais mobilizados, já que esses são potenciais fatores limitantes. As decisões precisam ser tomadas antecipadamente e serem explicitadas de modo que fique expresso como os caminhos eleitos afetarão a busca e os resultados (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; DEPOLE, 2018).

Foi realizado um treinamento *on-line* na Biblioteca Comunitária da UFSCar (BCo) e no processo de construção dos descritores a serem utilizados na pesquisa.

Em 04/2021, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) Periódico Capes e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações com os seguintes descritores:

**Busca 1:** (lgbt) OR (lgbtq) OR (lgbtqia+) AND (saúde mental) OR (psiquiatria) OR (doença mental)

**Busca 2:** (lésbica) OR (gay) OR (bissexual) OR (homossexual) OR (transexual) OR (travesti) OR (queer) OR (intersexual) OR (assexual) AND (saúde mental) OR (psiquiatria) OR (doença mental)

**3. Selecionar os estudos:** a seleção do estudo envolve critérios de inclusão e exclusão. Esses critérios são baseados nos detalhes da questão de pesquisa e com a proximidade do assunto através da leitura dos estudos. É necessário um mecanismo para nos ajudar a eliminar estudos que não abordem a nossa questão de pesquisa central com base em uma questão de pesquisa específica e ser elencado no início do projeto para garantir a consistência na tomada de decisões (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; DEPOLE, 2018).

Não foram selecionados documentos como manuais, cartilhas, vídeos e livros. Foram excluídas revisões da literatura, pois na revisão de escopo não são incorporados para análise os artigos de revisão.

As buscas foram realizadas nas ordens que as bases foram respectivamente apresentadas acima. Foram adotados os critérios de relevância na respectiva sequência dos estudos:

- Os estudos estarem disponíveis na íntegra;
- O idioma ser em português;
- Serem publicados até o ano de 2020, sem data de início definida;
- Deveriam conter algum descritor (LGBT, LGBTQ, LGBTQIA+, lésbica, gay, bissexual, homossexual, transexual, travesti, *queer*, intersexual, assexual e saúde mental, psiquiatria, doença mental) ao longo do resumo, título, descritores.

Após ler o estudo foram excluídos estudos caso não estivessem diretamente falando sobre a saúde mental da população LGBTQIA+.

O quadro 1 e 2 abaixo apresentam as etapas de localização das produções que foram analisadas respectivamente segundo as buscas 1 e 2:

**Quadro 1 - Trajetória de busca das produções 1**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Total de produções encontradas	4.537
Textos completos	308
Artigos publicados em português	242
Até o ano de 2020	242
Ter algum descritor no resumo, título ou palavras-chaves.	32
Total de Produções Pré-Selecionadas	17

Fonte: Própria (2021) 2

**Quadro 2 - Trajetória de busca das produções Busca 2**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Total de produções encontradas	572
Textos completos	520
Artigos publicados em português	250
Até o ano de 2020	250
Ter algum descritor ao longo do texto	20
Total de Produções Pré-Selecionadas	9

Fonte: Própria (2021) 3

No resultado total foram selecionadas 26 produções (apêndice A) que foram para a próxima etapa.

**4. Mapear os dados:** nessa etapa, é desenvolvido um formulário para extrair de forma sistemática os dados de cada estudo. As decisões de qual conteúdo constar no formulário devem ser elencadas anteriormente ao início do mapeamento. Os dados mapeados foram inseridos em uma “forma de gráficos de dados” usando o programa de banco de dados Excel.

De modo geral, esta será uma síntese de informações gerais sobre o estudo e informações específicas relacionadas com, por exemplo, a população de estudo, o tipo de intervenção, medidas de resultados empregados e o desenho do estudo etc. Após, um método de “análise narrativa” ou “analítico descritivo” é usado para extrair informações contextuais ou orientadas a processos de cada estudo (ARKSEY; O’MALLEY, 2005; DEPOLE, 2018).

Foi elaborada uma planilha no *Microsoft Excel* para, após a leitura criteriosa, na íntegra, de modo a finalizar a seleção, e categorizar os estudos selecionados. Foram extraídas informações necessárias como: título, autores, título do periódico, tipo do documento, descritores, ano de publicação, objetivo, metodologia, cidade do estudo, articulações com serviços, população participante, principais conceitos, referenciais teóricos adotados e principais resultados.

O *QR Code* a seguir, permite o acesso às informações sobre os artigos analisados neste estudo e pode ser acessado por meio de aplicativos baixados em celular *smartphone* ou *tablet* compatível. Basta abrir a câmera e apontá-la para o código QR e seguir as orientações que o celular ou *tablet* irá fornecer.



**5. Agrupar, resumir e relatar os resultados:** nessa etapa os esforços se concentram em ter a informação pautada a partir dos estudos elencados, e apresentar a narrativa dos resultados de duas maneiras: primeiro, é apresentada uma análise numérica da extensão e natureza dos estudos utilizando tabelas, quadros e gráficos. Esta parte da análise possibilita identificação sobre as áreas dominantes de pesquisa, como as intervenções, métodos de pesquisa e localização geográfica, podendo rapidamente obter um dado das principais áreas de interesse e, conseqüentemente, onde há lacunas significativas. Segundo uma análise temática é apresentada, com clareza e consistência ao informar os resultados. Uma estrutura analítica, ou construção temática é usada para fornecer uma visão geral da amplitude da literatura (ARKSEY; O’MALLEY, 2005; DEPOLE, 2018).

A partir disso, na tabela 1 a seguir estão distribuídas as 26 produções, conforme a base de dados, título do estudo, autores, periódico, tipo de documento e ano de publicações referentes:

**Tabela 1-** Caracterização geral das produções analisadas

nº do artigo	Base de Dados	Título da Publicação	Autores	Título do Periódico	Tipo de Documento	Ano de publicação
1	BVS	Um réquiem feito de silêncios: suicídio, gênero e sexualidade na Era Digital	Nagafuchi, Thiago	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP	Tese	2017

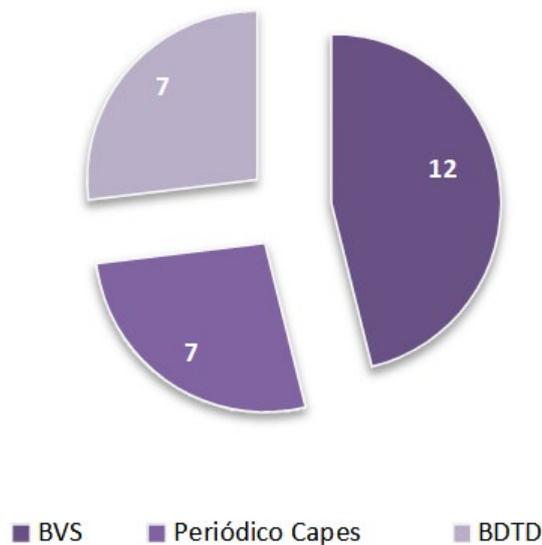
2	BVS	Fósseis do campo psi: sobre conversão de orientação sexual e gênero	Binkowski, Gabriel	Psicologia: Ciência e Profissão	Artigo	2019
3	BVS	Vidas Precárias: a Performatividade na Constituição das Violências Fóbicas em Gêneros e Sexualidades	Silva, Sergio Gomes da; França, Alexandre Nabor	Psicologia: Ciência e Profissão	Artigo	2019
4	BVS	Crenças e Atitudes Corretivas de Profissionais de Psicologia sobre a Homossexualidade	Vezzosi, Jean Ícaro Pujol; Ramos, Mozer de Miranda; Segundo, Damião Soares de Almeida; Costa, Angelo Brandelli	Psicologia: Ciência e Profissão	Artigo	2019
5	BVS	Historicizando a transexualidade em direção a uma psicologia comprometida	Cannone, Lara Araújo Roseira	Psicologia: Ciência e Profissão	Artigo	2019
6	BVS	Enfrentamento à LGBTIfobia, afirmação ético- política e regulamentação profissional: 20 anos da Resolução CFP nº 01/1999	Cassal, Luan Carpes Barros; Bello, Héder Lemos; Bicalho, Pedro Paulo Gastalho de	Psicologia: Ciência e Profissão	Artigo	2019
7	BVS	“Terapias de Conversão”: Histórico da (Des)Patologização das Homossexualidades e Embates Jurídicos Contemporâneos	Garcia, Marcos Roberto Vieira; Mattos, Amana Rocha	Psicologia: Ciência e Profissão	Artigo	2019
8	BVS	Sentidos sobre Diversidade Sexual e o Trabalho de Psicólogas na Atenção Básica	Anzolin, B., & Moscheta, M. S.	Psicologia: Ciência e Profissão	Artigo	2019
9	BVS	Experiência Conjugal de Casal Cis-trans: Contribuições ao Estudo da Transconjugalidade	Alexandre, V. & Santos, M. A.	Psicologia: Ciência e Profissão	Artigo	2019
10	BVS	A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental	Melo DS, Silva BL, Mello R	Revista de Enfermagem UERJ	Artigo	2019
11	BVS	Suicídio e masculinidades: uma análise por meio do gênero e das sexualidades	Baére, Felipe de; Zanello, Valeska	Psicologia de Estudo	Artigo	2020
12	BVS	Apoio Social, Resiliência, Estresse de Minorias e Saúde Mental de Mulheres Lésbicas e Bissexuais	Paveltchuk, Fernanda de Oliveira; Borsa; Juliane Callegaro Damásio; Bruno Figueiredo	Psico-USF	Artigo	2020
13	Portal Capes	Saúde da população LGBTQ+ no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e Comunidade/Saúde Mental em uma universidade pública	Loria GB et al.	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Artigo	2019

14	Portal Capes	Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice	Ceara, Alex de Toledo; Dalgalarrodo, Paulo.	Rev. psiquiatr. clín	Artigo	2010
15	Portal Capes	Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas	Bento, Berenice; Pelúcio, Larissa.	Revista Estudo Feministas	Artigo	2012
16	Portal Capes	Cuidado com corpos: um olhar (de gênero) para políticas de saúde	Vasconcelos, Michele de Freitas Faria.	Revista Estudo Feministas	Artigo	2015
17	Portal Capes	Homossexualidade masculina nos prontuários do sanatório pinel, 1920-1940: um estudo de compreensão dos dispositivos de controle social	Nascimento, F. A.; Lima, L. M.; MARTÍNEZ-ÁVILA, D.	Revista Informação & Sociedade: Estudos	Artigo	2020
18	Portal Capes	Sexualidade e experiências trans: do hospital a alcova	Bento, Berenice	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	2012
19	Portal Capes	Transitar para onde? Monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras	Leite, Jorge, Jr	Revista Estudo Feministas	Artigo	2012
20	BDTD	Práticas informacionais: LGBTQI+ e empoderamento no espaço LGBT	Silva, Laelson Felipe da	Repositório UFPB	Dissertação	2019
21	BDTD	A inserção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pela luta à garantia de direitos	Gouvêa, Luciana Ferrari	Repositório Institucional UNESP	Dissertação	2019
22	BDTD	“Transtornos do instinto sexual?” a medicina legal define a homossexualidade, lesbianidade, transgeneridade e intersexualidade	Guerra, Sabrina de Barros Ferreira	Repositório UFBA	Tese	2019
23	BDTD	Lesbianidade e homossexualidade nas Atas da Sociedade Psicanalítica de Viena: contribuições à historiografia da psicanálise	Martins, Flávia Ripoli	Repositório PUC SP	Dissertação	2020
24	BDTD	Sexualidade, gênero e geração: significados e experiências de idosas na pós- menopausa	Crema, Izabella Lenza	Repositório UFTM	Dissertação	2018
25	BDTD	“Já experimentou para saber se gosta?” – Assexualidades na sociedade sexualizada	Neiva, Giórgia de Aquino	Repositório UFG	Tese	2019
26	BDTD	Da sublimação à idealização: implicações psíquicas das transformações no mundo do trabalho	Martins, Cecília Freire	Repositório PUC RJ	Dissertação	2011

Fonte: Própria (2021) 4

Das 26 produções analisadas, estão descritas no gráfico 1 as bases de dados onde foram localizados:

**Gráfico 1** – Distribuição das produções nas Bases de Dados onde foram localizadas



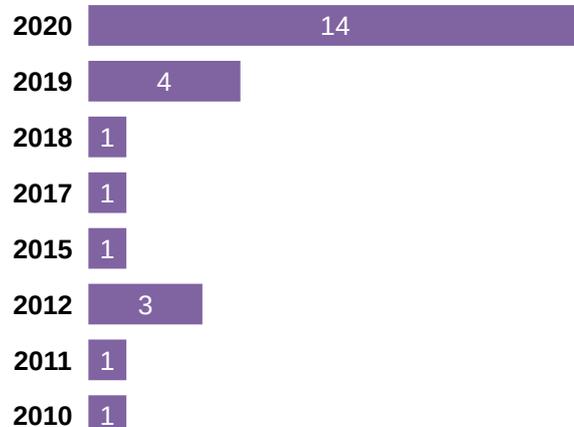
Fonte: Própria (2021) 5

Dos 26 estudos produções, 12 foram localizados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), porém, é importante considerar, que foi a primeira base de dados a ser realizada a busca, visto que, as demais buscas trouxeram muitos estudos já localizados na BVS e, que, foram excluídos por serem repetidos.

Com relação ao ano de publicação, não foi delimitado nenhum período de origem para busca das produções, com teto temporal definido até o ano de 2020.

Das produções incluídas nesta pesquisa estão descritos no gráfico 2 os anos de publicação:

**Gráfico 2** - Distribuição das produções analisadas pelos anos de publicação



Fonte: Própria (2021) 6

Apesar da ampla busca nas bases de dados, não foram encontrados estudos anteriores ao ano de 2010. Das 26 produções, a grande parte, 14 estudos, data o ano de 2019. O dia 13 de junho de 2019 tornou-se histórico para população LGBT brasileira, com a criminalização de qualquer ato de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero pelo Supremo Tribunal Federal. A Kantar<sup>5</sup> fez uma análise usando sua solução de *social listening* para identificar o que estava sendo comentado e, o que motivava a discussão nas redes sociais no mês de junho e, precedendo o Dia do Orgulho LGBT, celebrado no dia 28.

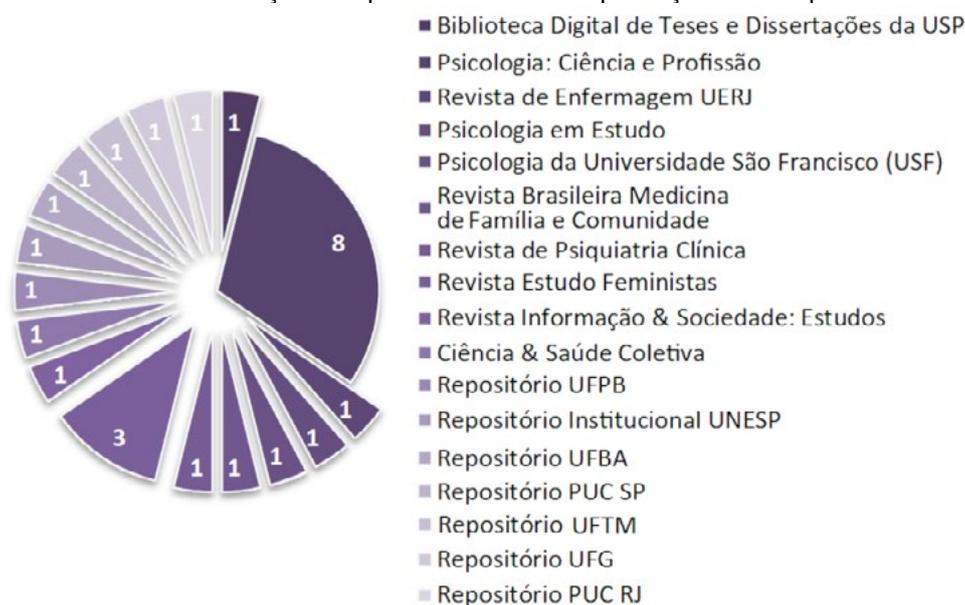
Sobre publicações em redes sociais, enquanto em 2018 houve a publicação de 866 mil posts, 2019 presenciou mais de 1,7 milhão de posts com temas relacionados ao Orgulho LGBT – **um**

4A Kantar utilizou sua solução de social listening para monitorar termos relacionados ao Orgulho LGBT como: OrgulhoLGBT, Orgulho2019, AmorÉAmor, ParadaOrgulhoLGBT, homofobia e transfobia. O período de análise foi de janeiro a junho de cada ano, o que resultou a análise de mais de 4,18 milhões de posts divididos entre as redes sociais (Twitter = 96,9%, Instagram = 1,4%, Blogs/ Comments/ Facebook = 1,7%). Acesso em: <https://www.kantar.com/campaigns/brazil/brasil>

**crescimento de 96%.** Entre janeiro e junho dos dois anos, os principais picos aconteceram no Dia Internacional de Combate à Homofobia (17 de maio). Mas em 2019 houve um novo pico, em fevereiro, quando o Supremo Tribunal Federal começou a discutir a criminalização da homofobia, comparando-a ao crime de racismo.

Dos locais onde as produções foram publicadas, no gráfico 3 estão descritos os periódicos:

**Gráfico 3 - Distribuição dos periódicos onde as produções foram publicadas**



Fonte: Própria (2021) 7

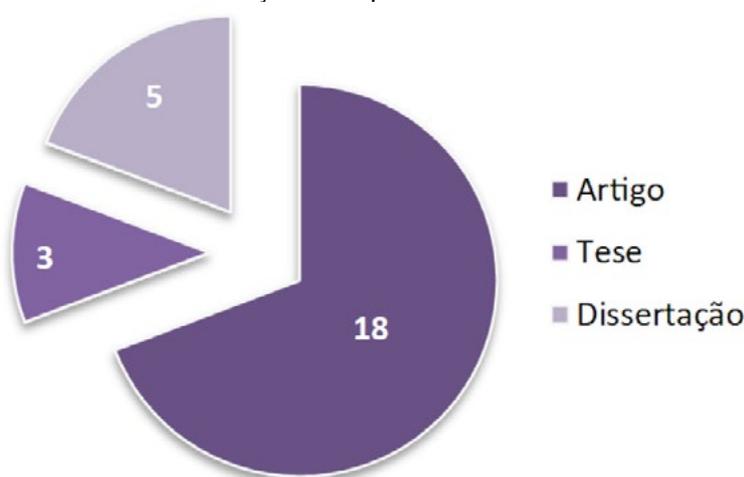
Das revistas citadas acima de uma vez, a revista com maior número de publicações (8) foi Psicologia Ciência e Profissão, seguido da revista Psicologia em Estudo, com 3 publicações.

Dos locais de publicações se evidenciou a publicação em revistas. As revistas eletrônicas são consideradas como o modo mais rápido e economicamente viável, para os pesquisadores possam circular e tornar visíveis os resultados do seu trabalho (DEPOLE, 2018).

As revistas com enfoque na psicologia em suma, foram a mais citadas, a ciência psicológica vem produzindo uma vasta literatura sobre as pessoas LGBT que são submetidas diariamente por viverem em contextos sociais invalidantes, hostis e violentos (APA, 2009; MEYER, 1995; 2003).

Os estudos analisados se dividiram em três tipos de documentos distribuídos conforme demonstra o gráfico 4 a seguir:

**Gráfico 4- Distribuição dos tipos de documentos analisados**



Fonte: Própria (2021) 8

Dos 26 tipos de documentos os artigos (18) são predominantes.

Os artigos são comumente derivações de teses, dissertações e monografias, o que exemplifica o número significativo frente aos outros tipos de publicações. Através de uma publicação científica que a sociedade toma conhecimento dos resultados de um trabalho de pesquisa e o que este representa para a coletividade (DEPOLE, 2018).

Na tabela 2 a seguir estão distribuídas as 26 produções conforme autor (e)/ ano de publicação; objetivo principal da pesquisa, população alvo, serviços de saúde, período que o estudo foi realizado e resultados da pesquisa:

**Tabela 2** – Descrição das produções analisadas segundo autor e ano de publicação, descritores, objetivo de pesquisas, serviços, participantes, principais conceitos, referenciais teóricos e principais resultados.

Autor (es) / Ano de publicação	Descritores	Principais Conceitos	Referenciais teóricos
<b>Objetivo de pesquisa</b>		<b>Participantes/ Serviços</b>	
<b>Resultados da Pesquisa</b>			
Nagafuchi, Thiago. 2017	Biopolítica; Era Digital; Gênero; Sexualidade; Suicídio	Suicídio, gênero, sexualidade, sofrimento social e subjetividades	Antropologia digital, biopolítica contemporânea
Lançar luz a um tema relativamente pouco estudado, que é a interseção entre suicídio, gênero e sexualidade nos meios digitais. Além disso, busco entender como uma interpretação contemporânea da biopolítica, pautada nos sofrimentos sociais, tem impacto nas formações e (re)construções das subjetividades e nas experiências cotidianas de pessoas que tentaram ou que realizaram o suicídio.			Pessoas LGBTQIA+ que usam mídias sociais/ meios digitais
As histórias de vida dos interlocutores desta pesquisa, apresentadas em seus relatos, são tocantes e mostram como diversos aspectos das subjetividades humanas fazem parte do cotidiano de cada um deles como modos de sofrimento sejam no momento atual ou nos instantes narrados das tentativas de suicídio. Estes sujeitos sentem a necessidade de comunicar suas dores e sentem necessidade de que elas sejam reconhecidas.			
Binkowski, Gabriel. 2019	Cura Gay; Conversão Sexual; Psicanálise; Homossexualidade; Religião	Laicização é um instrumento legal de retirada da religião (suas práticas, ideologias e ideário) da coisa política. Secularização é um processo no qual uma sociedade vai paulatinamente deixando de lado os ingredientes religiosos naquilo que seria o composto simbólico-imaginário de uma população.	Freud no livro Futuro de uma ilusão (1927/2011) Breuer e Charcot. Breuer, coautor de Estudos sobre a histeria (1895/1971)
Analisar as atuais discussões sociais e políticas em torno das práticas de conversão de orientação sexual e de gênero.		N/A	
Não apresenta um resultado. Apenas traz esses referenciais teóricos para dialogar com o tema na atualidade			
Silva, Sergio Gomes da; França, Alexandre Nabor. 2019	Performatividade; Violência; Gêneros; Sexualidades	Fobia Tecnologia social heteronormativa	Freud (foi um dos primeiros a encontrar a fobia entre os sintomas que acometem o psiquismo, decorrente de algum tipo de manifestação da neurose ou psicose) Paul B. Preciado
Analisar a matriz do conceito de homofobia e as diversas formas de manifestação da violência contra gêneros e sexualidades			N/A
Os autores partem da definição do conceito de "fobia" na psiquiatria, Psicologia e Psicanálise, para então analisar o conceito de homofobia e suas vicissitudes. Discutem que o termo homofobia não explicita as diversas manifestações de agressões contra a população LGBTI+ ao analisar marcadores históricos e sociais, e sugerem o termo "violências fóbicas em gêneros e sexualidades" para explicitar a precariedade da vida e a vulnerabilidade da população LGBTI+.			

Vezzosi, Jean Ícaro Pujol; Ramos, Mozer de Miranda; Segundo, Damião Soares de Almeida; Costa, Angelo Brandelli. 2019		Atitudes Corretivas; Homossexualidade; Psicologia Clínica	Atitudes corretivas	Lingiardi et al., (2015)
Avaliar as atitudes corretivas (AC) dos profissionais da Psicologia em relação a pacientes lésbicas, gays e bissexuais		Profissionais da psicologia		
Com uma amostra de 692 terapeutas, a análise das frequências mostrou que as atitudes corretivas foram reportadas por 29,48% dos participantes. Aponta ndo que quase 30% dos profissionais ainda partem da premissa de que existe uma sexualidade padrão a ser perseguida.				
Cannone, Lara Araújo Roseira. 2019	Psicologia; Transexualidade; Saúde Mental	Despatologização das identidades transexuais e travestis	Epistemologia feminista Harding (2004)	
Discorrer sobre despatologização das identidades transexuais e travestis e demais informações atualizadas sobre essa demanda		N/A		
A exemplo, ações do Conselho Federal de Psicologia, e seus respectivos regionais engajados nas causas LGBT, vêm intensificando práticas para incentivar a mudança de paradigmas e enfrentar as disparidades sustentadas pela patologização da população transexual e travesti. Haja visto que se trata de um campo incipiente na profissão, torna se útil visibilizar atuações contemporâneas que colaboram com o desenvolvimento da temática na Psicologia				
Cassal, Luan Carpes Barros; Bello, Héder Lemos; Bicalho, Pedro Paulo Gastalho de. 2019	Psicologia; Homossexualidade; LGBTifobia; Resolução CFP 01/1999	Patologização e diretrizes éticas	Resolução no 01/1999.	
Analisar os 20 anos da Resolução nº 01/1999 do Conselho Federal de Psicologia.		N/A		
Concluimos que este documento, ainda que insuficiente para eliminar as práticas de LGBTifobia, segue um instrumento relevante para uma Psicologia na garantia dos direitos humanos.				
Garcia, Marcos Roberto Vieira; Mattos, Amana Rocha. 2019	Terapias de Conversão; Despatologização; Homossexualidade; Minorias Sexuais e de Gênero	Sexualidade	Focault (2002)	
Analisar elementos concernentes ao embate atual no campo legal brasileiro em relação às “terapias de conversão”			N/A	
Os discursos presentes em Ação Popular recente contra a Resolução no 001/1999, do CFP, apontam elementos para se pensar estratégias de enfrentamento da disseminação destas terapias conversivas.				
Anzolin, B., & Moscheta, M. S.n2019	Diversidade Sexual; Psicologia; Construcionismo Social; Saúde Pública; Atenção Básica	Noção de sexualidades normais e anormais. Diversidade sexual	Foucault, (1987/2015) Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012; Portaria n. 2.436, 2017); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013); Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS (Brasil, 2003).	
Analisar os sentidos construídos sobre diversidade sexual e sobre o trabalho de psicólogas da Atenção Básica, participantes de uma oficina para qualificação profissional sobre o trabalho com a população LGBT.		Psicólogas/ Atenção Básica Maringá/PR		
A análise destaca a multiplicidade de sentidos que atravessam o campo da produção do cuidado em Psicologia e os diferentes entendimentos que reverberam em práticas ora conservadoras e normatizadoras, ora despatologizantes.				
Alexandre, V. & Santos, M. A. 2019	Transexualidade; Conjugalidade; Teoria queer	Gênero e sexualidades	Perspectiva Queer - Butler (2015)	
Desvelar os sentidos atribuídos à conjugalidade por um casal cis-trans.		Casal - Homem Trans e Mulher Cis		
A análise aponta que a relação conjugal entre pessoas trans e cisgênero é marcada pelo encontro de duas histórias de vida distintas no que diz respeito à aceitação social e passabilidade, mas que em algum momento se intersecciona por meio da formação de laço afetivo.				

Melo DS, Silva BL, Mello R. 2019	Sexualidade; Minorias sexuais e de gênero; Depressão; Saúde mental	Depressão	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)
Analisar a incidência da sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT), de dois cenários distintos, e sua relação com a sexualidade desses indivíduos.		Mulheres lésbicas, bissexuais e trans/ Ambulatório de Imunologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, localizado no município do Rio de Janeiro e na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.	
No HUGG foi observado indicativo de depressão mínima. Na EEAP, foi observado indicativo de depressão moderada. As disparidades podem ser justificadas pela diferença de idade, os impactos do processo de disclosure e estigmas do portador de HIV. Conclusão: observou-se que a família é fundamental na saúde mental entre LGBT e que são necessárias mais pesquisas sobre o tema.			
Baére, Felipe de; Zanello, Valeska. 2020	Suicídio; masculinidade; sexualidade.	Masculinidades - Suicídio	Zanello (2018)
Analisar qualitativamente, por meio das teorias das masculinidades, relatos biográficos de homens gays, bissexuais e heterossexuais que já manifestaram o comportamento suicida.		Homens heterossexuais, gays, bissexuais/ do Laboratório Integrado de Pós- graduação e Pesquisa Experimental em Psicologia com Humanos (LIPSI), no campus Darcy Ribeiro, da Universidade de Brasília.	
As categorias identificadas apontam para similaridades e distinções nas narrativas de cada grupo de orientação sexual e evidenciam a forma como a não correspondência à masculinidade hegemônica se expressa nas sexualidades estudadas.			
Pavelchuk, Fernanda de Oliveira; Borsa; Juliane Callegaro Damásio; Bruno Figueiredo. 2020	Estresse de minorias, LGB; Bem-estar; Apoio social; Resiliência	Estresse de Minoria	Meyer (2003) Pachankis et al., (2015)
Avaliar os efeitos de moderação do apoio social e da resiliência na relação entre o Estresse de Minorias (EM) e desfechos de saúde mental.			LGB
Os resultados demonstraram que a resiliência moderou a relação entre vitimização e psicopatologia			
Loria GB et al. 2019	Saúde das Minorias; Minorias Sexuais e de Gênero; Educação Médica; Atenção Primária à Saúde; Medicina de Família e Comunidade	Teoria educacional a Aprendizagem Situada, especificamente a Aprendizagem Corporificada.	Lave J. (1988)
Sensibilizar para o tema e apresentar ferramentas úteis para o cuidado na APS, e em outros cenários.		Alunos de medicina/ Atenção Primária em Saúde (APS), no município do Rio de Janeiro.	
Foi avaliada a necessidade de ampliação das discussões de gênero e sexualidade na graduação em medicina, uma das condições para garantir a equidade em saúde para essa população. A partir de então, a oficina sobre saúde da população LGBTQ+ passou a ser atividade regular do internato integrado de MFC/ SM da FM.			
Ceara, Alex de Toledo; Dalgarrondo, Paulo. 2010	Homossexualidade; Velhice; Transtornos mentais, Identidade, Qualidade de vida	Qualidade de Vida, Saúde Mental	N/E
Investigar as dimensões saúde mental, qualidade de vida e identidade psicossocial em homossexuais na maturidade e na velhice.		Sujeitos que se autodefiniram claramente como homossexuais (ou heterossexuais no grupo contraste), condição essa confirmada mediante as entrevistas realizadas por intermédio do inventário de identidade psicossocial.	
Os sujeitos homossexuais desta pesquisa revelaram, na maturidade e na velhice, maior frequência de transtornos mentais, porém melhor qualidade de vida. É possível que a homofobia internalizada possa estar associada a dificuldades psicossociais. Sendo assim, pode-se sugerir que a não revelação da homossexualidade e o esforço no curso da vida em ocultá-la talvez representem fatores associados à maior ocorrência de transtornos mentais.			
Bento, Berenice; Pelúcio, Larissa. 2012	Identidades trans; Campanha Pare a Patologização; Gênero e sexualidade	Ideologia de gênero	Butler (2003)
Discutir algumas iniciativas da campanha (Stop Trans Pathologization)		N/A	
A campanha Pare a Patologização! Tem um papel histórico de produzir e aglutinar forças na luta pela desnaturalização do gênero e, certamente, as mobilizações e as iniciativas que acontecerão em diversas partes do mundo produzirão efeitos múltiplos e rizomáticos.			

Vasconcelos, Michele de Freitas Faria. 2015	Biopolítica; Políticas Públicas de Saúde; Inclusão social; Corpo; Gênero	Corpo Bento (2006)	Foucault
Pensar as políticas públicas de saúde (mental) e seu mandato institucional de inclusão social como fazendo parte de um cenário mais amplo da biopolítica de face (neo)liberal		Usuária do serviço/ CAPS AD	
Ensaio de existência, (re)existências dos corpos, do cuidado e da vida institucional, insurgências de um cuidado de si que se tece na relação com o outro			
Nascimento, f. a.; Lima, l. m.; Martínez-ávila, d. 2020	Dispositivos de Controle Social; Representação; Homossexualidade Masculina; Prontuário do Paciente; Sanatório Pinel	Gênero, Teoria Queer	Foucault
Compreender como a partir do desmembrar das linhas componentes do dispositivo de controle social, sob o viés da patologização		Prontuários/ Sanatório Pinel	
A pesquisa aqui apresentada, todo um aparato médico foi utilizado como forma de prender, punir e esconder aqueles que não se enquadram a norma vigente ou eram pouco interessantes para sujeitos que detinham maior poder que aqueles que forma cerrados em hospitais psiquiátricos com o intuito de tratar suas “anomalias” da ordem do desejo.			
Bento, Berenice. 2012	Masculinidade; Gênero; Transexualidade; Sexualidade	Corpo e Gênero	Berenice Bento; Butler
Debater a concepção hegemônica e oficial das masculinidades e feminilidades presente no dispositivo da transexualidade. Apresentar narrativas de homens trans e de mulheres trans, que nos contarão suas vivências sexuais		Pessoas trans	
Não existe uma “identidade trans”, mas posições de identidade organizadas através de uma complexa rede de identificações que se efetiva mediante movimentos de negação e afirmação aos modelos disponibilizados socialmente para se definir o que seja um/a homem/mulher de “verdade”. Não há identidade sexual típica para as pessoas trans. Suas sexualidades são feitas do mesmo material que as outras experiências: interdição, desejo, rebeldia, sofrimento, alegria.			
Leite, Jorge, Jr. 2012	Monstro; Abjeto; Travestis; Transexuais; Ciência sexual	Sexo, gênero e sexualidade	Butler; Foucault
Discutir a categoria “monstro” e sua íntima relação com a patologização e/ou criminalização de determinadas pessoas vistas como ‘desviantes sexuais’, em especial travestis, transexuais e intersexuais.			N/A
Em uma época em que universidades, empresas e hospitais demitem professores, funcionários e médicos, e contratam seguranças que vigiam e controlam não apenas propriedades e instituições, mas também, no limite, em sua função simbólica, vigiam categorias de pensamento, gerenciando a manutenção do medo e da insegurança social, como se deslocar da monstruosidade, do crime ou doença? Ou seja, para onde transitam as identidades ‘trans’?			
Silva, Laelson Felipe da. 2019	Práticas Informacionais; Transexuais; Espaço LGBT; LGBTQI+; Empoderamento	Relações de gênero, práticas informacionais, empoderamento e habitus	N/E
Analisar as práticas informacionais dos/as usuários/as do Centro Estadual de Referência dos Direitos de LGBTs e Enfrentamento à Homofobia na Paraíba (Espaço LGBT) e verificar as suas influências no processo de empoderamento. Utilizamos os aportes teóricos: relações de gênero, práticas informacionais, empoderamento e habitus. A pesquisa caracteriza-se como descritiva e correlacional.		A amostra compreendeu uma travesti, uma mulher transexual e quatro homens trans	
A análise dos resultados obtidos no estudo, tornou possível verificar a relação que o acesso a conteúdos informacionais produzidos e/ou disseminados pelo Espaço LGBT têm com o processo de empoderamento de sujeitos transexuais. Deste modo, o aparelho público em suas práticas informacionais contribuiu no processo de resignificação de um habitus pautado na heteronormatividade, no qual expressões identitárias de gênero distintas das legitimadas pela norma heterossexual são concebidas como abjetas e marginalizadas.			
Gouvêa, Luciana Ferrari. 2019	População LGBTQIA+; Políticas Públicas; Saúde	Direitos Humanos; Movimento LGBTQIA+.	Karnal (2003); Butler
Propor a discussão acerca da constituição e aplicabilidade da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT (PNSI-LGBT) ao atendimento da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde de dois municípios do interior do estado de São Paulo.		Coordenador de uma das UBS do município, e em seguida, com a secretária municipal. / Secretaria Municipal de Saúde - Assis – SP	
Podemos refletir acerca da necessidade de discussão e de elaboração de ações que dialoguem com a visibilidade da população LGBTQIA+ acerca das especificidades que envolvem o processo de garantia de saúde a elas/eles, bem como caminhar na criação, fortalecendo o cumprimento de Políticas Públicas que garantam tais direitos, fomentando maior diálogo sobre tal temática entre as/os profissionais da área, usuárias/os dos serviços e toda população.			

Guerra, Sabrina de Barros Ferreira. 2019	Medicina Legal; Homossexualidade; Lesbianidade; Transgeneridade; Intersexualidade; Violências.	Aporte teórico crítico feminista e queer,	Michel Foucault (1982)
Realizar uma crítica a ciência médica, que se manteve com status de —Absolutall, sem dialogar com outros campos científicos e nem com os indivíduos que foram diretamente afetados/as com normalizações e normatizações sobre sexo e gênero.			N/A
O entendimento de como o discurso científico foi formado, numa troca discursiva abrangente que ultrapassava o próprio campo científico e ganhava uma proporção macro na sociedade.			
Martins, Flávia Ripoli. 2020	Lesbianidade; Homossexualidade; Primeiros psicanalistas; Atas da Sociedade Psicanalítica de Viena; História da psicanálise	Atas da Sociedade Psicanalítica de Viena.	Freud
Estudar as inscrições do contexto social e epistemológico dos países germânicos da virada do século XIX no discurso dos primeiros psicanalistas sobre a lesbianidade e a homossexualidade.			N/A
Constatou-se a existência de inscrições contextuais na discursividade dos psicanalistas, na metapsicologia, na prática clínica e na organização do movimento psicanalítico.			
Crema, Izabella Lenza. 2018	Sexualidade; Gênero; Mulher. Envelhecimento; Menopausa	Dispositivo da sexualidade (Butler, 2016)	As entrevistas e notas foram transcritas e analisadas conforme a Análise de Conteúdo Temática proposta por Turato, a partir do referencial teórico de autores e teorias não essencialistas, pós-estruturalistas e foucaultianas sobre sexualidade e gênero.
Investigar os significados e experiências atribuídos por idosas com diferentes níveis de escolaridades às relações de gênero e sexualidade nos relacionamentos íntimos (Estudo 1) e à sexualidade após a menopausa (Estudo 2).		Usuários do serviço/ Unidade de Atenção ao Idoso (UAI) de Uberaba/MG.	
Os principais resultados apontam que as idosas, independente da escolaridade, não receberam informações suficientes sobre sexualidade e tiveram uma educação rígida, influenciada por valores morais, religiosos e tradicionais.			
Neiva, Giórgia de Aquino. 2019	Assexualidades; Orientação Sexual; Lutas Políticas; Ciberespaço; Discursos Científicos	A História da Sexualidade; performatividade.	Michel Foucault (1984); Butler (2012)
Realizar um estudo sobre as relações implicadas entre identidade, movimento político e a produção discursiva de categorias e convenções sexuais no que diz respeito a sujeitos assexuais, em fóruns internéticos e em encontros presenciais, com pessoas de faixa etária entre 18 a 40 anos, tendo como horizonte certas dinâmicas atuais de movimentos sociais como parte de processos de afirmação identitária. Refletir a partir desse contexto empírico os possíveis efeitos da luta por visibilidade política das e nas assexualidades e da busca por sua despatologização, que visa torná-las menos carregadas de preconceitos e estigmas.		Colaboradores(as) voluntários(as) se autoidentificaram como assexuais (e/ou subclassificações da assexualidade), acima de 18 anos /Campo presencial nas cidades Goiânia/GO, Brasília/DF e São Paulo/SP; e em nível internético o trabalho de campo aconteceu no Fórum Comunidade Assexual (A2) e no grupo Ace – WhatsApp	
As assexualidades se inserem no dispositivo histórico da sexualidade, uma vez que também se (re)produz, a partir delas e sobre elas, certos regimes discursivos pretensamente verdadeiros sobre o sexo.			
Martins, Cecília Freire. 2011	Trabalho; sublimação; dessexualização; proteção; idealização.	Conceito de sublimação	Freud
Realizar, a partir do ponto de vista da psicanálise, uma investigação a respeito das consequências subjetivas trazidas pelas recentes transformações no mundo do trabalho.			N/A
A avaliação do trabalho na atualidade põe em questão a relação entre trabalho e sublimação, especialmente no que se refere à função protetora da atividade sublimatória.			

Fonte: Própria (2021) 9

Das produções analisadas, estão ilustrados na figura 2, os descritores que mais se evidenciaram:

Figura 2 - Descritores mais evidentes



Fonte: Própria (2022) 10

Os descritores gênero (9), sexualidade (7), homossexualidade (6), transexualidade (3), minorias sexuais e de gênero (3) e psicologia (3), estão em maior destaque nas 26 publicações analisadas.

Em relação aos objetivos das produções analisadas, 15 apresentaram ênfase nas questões de sexualidades e gêneros.

E destas, 15 produções que apresentaram com ênfase no objetivo as questões de sexualidades e gêneros, os objetivos que se evidenciaram e tiveram acima de uma citação:

- Correlacionar suicídio, gênero e sexualidades;
- Discutir políticas públicas e direitos;
- Práticas de conversão;
- Analisar manifestações de violências;
- Entender as dimensões da saúde mental.

Da população alvo, que apareceu nas produções analisadas, a maioria estudou todas as siglas conjuntamente, sem o prevailecimento de nenhuma sigla. Apareceu também, na mesma quantia, produções que avaliaram os prontuários dos serviços, documentações, leis etc., não diretamente a população LGBTQIA+.

Em relação aos serviços de saúde que mais se evidenciaram nas produções analisadas foram: Atenção Primária à Saúde (APS), Hospital geral e psiquiátrico, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Referente aos principais conceitos elucidados ao longo das produções destacam-se disputas teóricas em relação à sexualidade, gênero, teoria *queer* e corpo, sendo Foucault, Butler e Freud, os autores mais explicitados como base para nortear a construção do pensamento, ou seja, em termos de referenciais teóricos, destacam-se as produções pós-estruturalistas e psicanalíticas.

Os estudos analisados não trouxeram sobre prevenção, promoção e cuidado em saúde mental, a maioria trouxeram questões patológicas, de ordem médica e curativista, pautados em entender diagnósticos, analisar prontuários médicos ou de análise de condutas dos profissionais psicólogos, como se pode realizar a cura gay, ou não, assunto já debatido e finalizado entre o próprio órgão da classe profissional.

Parte dessas lacunas identificadas foram contempladas em uma produção científica e social importante que não foi filtrada pelo sistema de buscas utilizado. Trata-se do “Dossiê 40 anos do

movimento LGBT no Brasil: comunicação, saúde e direitos humanos”, organizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2019 e publicado na Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (RECIIS), em seu v. 13 n. 2 (2019).

Neste dossiê, que conta com atores importantes do movimento social e da produção acadêmica em defesa dos direitos da população LGBTQIA+ como autores, são divulgados artigos, ensaios, revisões e relatos de experiência que abordam múltiplos temas da experiência LGBTQIA+ na saúde, nas comunicações, na Educação e no campo da Cultura.

## **PELO DIREITO DE AMAR. PELO DIREITO DE VIVER. PELO DIREITO DE TER DIREITOS: POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBTQIA+.**

*“Não transforme a nossa liberdade Num problema seu, nem meu Cresceu, a nossa força só cresceu...”*

Antes de adentrar especificamente no que condizem as políticas públicas para a população LGBTQIA+, faremos um sobrevoo na política macro aqui no Brasil, desde o período petista até a pandemia do Covid 19, pois ambos os acontecimentos implicam diretamente nas questões de direitos em saúde da população LGBTQIA+ e, é importante ressaltar que no âmbito de políticas públicas não tem nada demarcado na história no período anterior ao governo Lula.

Um dos primeiros passos que o presidente Luís Inácio Lula da Silva deu ao tomar posse como Presidente da República em 2003 foi dar à Secretaria de Direitos Humanos o status de ministério. A medida coloca os direitos humanos no mesmo patamar que outras áreas do poder executivo, e rompe com séculos de tradição, em defesa das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros do país.

Essas são 16 medidas dos governos petistas de valorização da população LGBTQIA+:

**Figura 3 - Linha do tempo do Governo petista**



### **Criação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT:**

O Plano Nacional inseriu diversas ações de valorização LGBT, seja por renda, escolarização, educação, acesso à saúde, identidade de gênero e prevenção à violência homofóbica. Extensão de direito de declaração conjunta para casais homoafetivos pelo Ministério da Fazenda medida é válida, inclusive, para fins de imposto de renda.

### **Alterações no SUS:**

O Sistema Único de Saúde (SUS) passou a contemplar o atendimento completo para travestis, transexuais e transgêneros, como terapia hormonal e cirurgias. A identidade de gênero passou também a ser respeitada, com a inclusão do nome social no cartão do SUS.

### **Reconhecimento dos direitos de casais de mesmo sexo no serviço público federal:**

Os casais homoafetivos passaram a ter, oficialmente, os mesmos direitos de qualquer casal, como plano de saúde, licença gala, entre outros.

2010

2011

2013

### **Criação do módulo LGBT no Disque 100:**

A intenção foi preparar o Disque Direitos Humanos para receber denúncias de violações de direitos da população LGBT.

### **Elaboração do 1º Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil:**

Após a publicação do relatório pela Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, as denúncias contra violência homofóbica aumentaram em 116% em um ano.

### **Realização da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT:**

Nos moldes da conferência realizada em 2008, discutiu-se nacionalmente e com diversas entidades governamentais e da sociedade civil os avanços políticos e sociais sobre o tema.

### **Assinatura do governo brasileiro à Convenção contra Todas as Formas de Discriminação e Intolerância da Organização dos Estados Americanos:**

O texto, assinado em Antígua (Guatemala), define as obrigações dos países sobre temas como orientação sexual e identidade de gênero.

### **Criação do Sistema Nacional de Promoção de Direitos e Enfrentamento à Violência contra LGBT:**

O Sistema Nacional LGBT é uma estrutura articulada para incentivar a criação de programas de valorização dessa parte da população, comitês de enfrentamento à discriminação e combate a violência, além de oferecer apoio psicológico e jurídico para LGBTs nessa situação.

2013

2015

### **Posse de Symmy Larrat como coordenadora-geral de Promoção dos Direitos LGBT da SDH:**

A paraense é a primeira travesti a ocupar o cargo. Segundo ela, uma das missões mais importantes na função é “tirar as travestis do submundo e da exclusão social”.

Fonte: Própria (2022) 11

Mesmo depois de mais de 13 anos no governo Lula, e apesar da intensa pressão dos conservadores para impedir o avanço dos direitos das pessoas LGBTQIA+, algumas conquistas foram feitas e a agenda continuava avançando no governo da presidente Dilma Rousseff, porém, há 6 anos, o golpe sofrido em 2016 contra a presidenta Dilma levou o Brasil a um ciclo interminável de crises, e principalmente encerrou um ciclo progressista de políticas LGBTQIA+, até então inédito no país. Desde então, estamos lançados em um ciclo crescente de ascensão do conservadorismo brasileiro às formas do Estado.

Esse conservadorismo reacionário, ator central da chamada “cruzada antigênero”, conflui com o avanço do projeto neoliberal no Brasil, projetos que caminham juntos desde o golpe parlamentar de 2016, com especial destaque para a aprovação da emenda constitucional 95, conhecida como “emenda constitucional do teto dos gastos públicos”, que congela os gastos públicos por 20 anos, levando o SUS à um processo de asfixia progressiva. Assim, assistimos centros de atendimento a vítimas de violência, delegacias especializadas e centros de prevenção e combate à homofobia, programas e projetos sociais voltados para essa população fecharem as portas (CARVALHO; MENEZES, 2021).

Com a ascensão de Jair Messias Bolsonaro ao Palácio do Planalto, ocorreu não apenas uma descontinuidade na política nacional destinada à LGBT, mas também uma forte investida em uma política de ódio pautada pela eugenia, pela defesa de que a vida não heterossexual é “anormal”.

Quando Damares Alves assumiu a pasta intitulada “Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos” disse em seu primeiro discurso, que se iniciava uma nova era de “azul para meninos e rosa para meninas”. O discurso de ódio e intolerância substitui os direitos humanos.

**Figura 4 - Ministra Damares**



Fonte: UOL 12

**Figura 5 - Eduardo Bolsonaro, filho do presidente da república, vestindo camiseta com os dizeres “homens de verdade não são mulheres”**



Fonte: Jornal Diário do Poder 13

Eleito com base em um discurso armamentista, claramente antiLGBTQIA+ e contra os direitos humanos em geral, esse cenário se tornou ainda mais preocupante, fazendo com que a lógica punitivista de encarceramento em massa e extermínio dos “indesejáveis” se concretizasse em políticas governamentais, ou na ausência delas, como ficou claro e evidente nas inúmeras negligências do governo federal no enfrentamento da COVID 19, com o próprio presidente, Jair Bolsonaro ao incentivar o não cumprimento das medidas sanitárias para combater a pandemia que se alastrava em nosso país (CARVALHO; MENEZES, 2021).

O projeto de governo autoritário, patriarcal, negacionista, anti-científico, anti-direitos humanos, anti-gênero, anti-LGBTQIA+ colocaram um desafio ainda maior, quando vimos o aparelhamento das instituições do estado, o fortalecimento de correntes alinhadas com ideologias fascistas, que uniram a base bolsonarista no executivo e no legislativo, nos estados e municípios, e avançaram no judiciário com a indicação de mais um ministro “terrivelmente evangélico”, fundamentalista e subserviente ao presidente. Consolidando-se como um dos piores cenários para a democracia e, especialmente, para as minorias, como as pessoas LGBTQIA+. Tivemos uma ausência extrema de dados governamentais e sem informações sobre a população LGBTQIA+ vinda do estado. Sejam dados populacionais, ou específicos, sobre acesso à saúde e os impactos da violência, sobre como a COVID-19 atingiu essa população, entre outros. A invisibilização continuou no governo Bolsonarista junto ao apagão e a subnotificação.

Sobre a pandemia do Covid 19, de acordo com diagnóstico do Coletivo #VoteLGBT entre 28 de abril a 15 de maio de 2020, houve piora na saúde mental em 42,72% dos mais de 10 mil entrevistados de todo o país, como o principal impacto da pandemia para a população LGBT+. Uma parcela ainda maior, 54%, afirmou que precisa de apoio psicológico. As novas regras do convívio social, a solidão e o convívio familiar foram mencionados por 39,23%.

Já enfrentávamos um processo de sucateamento do nosso sistema de saúde e de assistência social. Diante da pandemia de coronavírus, temos visto um acirramento das vulnerabilidades da população LGBTI+, além de um aumento das pessoas trans em situação de rua e prostituição, assim como, aumento de pessoas LGBTI+ desempregadas. Não houve até o momento um único projeto de apoio à população LGBTI+, nem mesmo vindo do Ministério de Direitos Humanos, cuja ministra tem manipulado dados sobre a violência contra pessoas LGBTI+ no Brasil. A LGBTIfobia, assim como o racismo, são marcas do atual governo (ANTRA, 2022).

Mesmo com os números gritantes, o Estado Brasileiro não disponibiliza quase nenhum dado oficial sobre essas questões, subnotificando diretamente essa realidade, e sem dados não há proposições de políticas públicas, e sem políticas públicas não há proteção e nem direitos humanos.

“A precariedade dos dados divulgados pelo Estado, seja pela sua produção instável, ou pela forma insuficiente de publicização, é uma maneira estratégica de diminuir o real tamanho do problema e, conseqüentemente, minimizar a necessidade de intervenção” (CARVALHO; MENEZES, 2021, p.82).

## **UM NÓ NA GARGANTA: PRÁTICAS E POLÍTICAS DE CUIDADO VOLTADAS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+**

No que se refere às práticas de saúde, especificamente destinadas à população LGBTI+, o estudo de Duarte (2014) traz um breve histórico sobre o processo de constituição dos cenários de luta e conquistas para a consolidação dos direitos de cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), com recorte no campo da saúde.

Este campo, pelo viés da visão biomédica, ou mesmo psicanalítico, por anos identificou os homossexuais como portadores de patologia mental e/ou, de desvio de conduta sexual. Muitas dessas pessoas eram sujeitos a internações forçadas em instituições manicomiais de tratamento para portadores de transtorno mental, de modo a obterem a cura, tal como os loucos, onde foram

tratados com eletrochoques, intensa medicamentação, banhos frios, isolamento etc., explícitas violações de direito aos ditos degenerados (CAPONI, 2012 apud DUARTE, 2014).

A homossexualidade foi retirada da lista de doenças mentais da Classificação Internacional de Doenças 10 (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1991, porém, ainda persiste, nos setores conservadores da sociedade, a associação das orientações sexo-diversos à patologização desses sujeitos, por entenderem não serem condutas “naturais”, a partir de uma heterossexualidade compulsória hegemônica, respaldada em fatores meramente biológicos. Nessa perspectiva, a população LGBTQIA+ está entre o grupo de pessoas que precisam ser tratadas e “curadas”, como se houvesse algo a ser consertado, seja sua sexualidade, seja sua subjetividade (DUARTE, 2014).

Em relação à transexualidade, nos três documentos de referência (DSM-IV, CID-10 e SOC), as pessoas transexuais são construídas como portadoras de um conjunto de indicadores comuns, que as posicionam como transtornadas, independentemente das variáveis históricas, culturais, sociais e econômicas (BENTO; PELÚCIO, 2012).

Somente em 2019, a OMS, com o lançamento do CID-XI11, removeu da sua classificação oficial de doenças, o chamado “transtorno de identidade de gênero”, definição que considerava como doença mental a situação de pessoas trans– indivíduos, que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuído no nascimento. A nova classificação da CID sobre pessoas trans – incluída na área de sexualidade e, não mais na de transtornos mentais – é chamada “incongruência de gênero”.

No ano de 2008, resgatando marcos já sinalizados pontualmente, foi realizada a I Conferência Nacional LGBT. No referido documento, com um total de 166 estratégias de ação, dessas, 48 eram referentes ao campo da saúde (DUARTE, 2011).

Ao final da Conferência, o governo federal, em 2009, instituiu o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, através da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. No entanto, somente em 2010 foi aprovada a versão final da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2010).

O estudo de Prado (2022) realiza uma revisão bibliográfica, onde as buscas foram realizadas exclusivamente nas plataformas oficiais da Câmara dos deputados e do Senado federal. Foi possível identificar que outros documentos sobre população LGBTQIA+ como, por exemplo, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT e a portaria Nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, entre outros documentos, não estavam presentes na plataforma e, que, só começam aparecer documentos a partir do ano de 2011, tendo um pouco mais de 10 anos nossos direitos assegurados.

Foram elencados um total de 17 documentos, entretanto, percebe-se que, em muitos deles a população LGBTQIA+ é apenas citada, não havendo um aprofundamento na temática e muito menos sendo uma legislação específica para essa população, conforme resume tabela 3, abaixo:

**Tabela 3 - Documentos referentes a população LGBTQIA+**

	Nome do documento	Ano	Ementa do documento
I	Decreto 18 de maio de 2011	2011	“ Convoca a II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT
II	Decreto Nº 7.901, de 4 de fevereiro de 2013	2013	“Institui a Coordenação Tripartite da Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e o Comitê Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas - CONATRAP”
III	Decreto Nº- 8.162, de 18 de dezembro de 2013	2013	“Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e remaneja cargos em comissão”
IV	Decreto de 18 de novembro de 2015	2015	“Convoca as Conferências Nacionais dos Direitos da Criança e do Adolescente, dos Direitos da Pessoa Idosa, de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, dos Direitos da Pessoa com Deficiência e de Direitos Humanos”

V	Decreto Nº 8.611, de 21 de dezembro de 2015	2015	“Altera o Decreto nº 5.520, de 24 de agosto de 2005, que institui o Sistema Federal de Cultura - SFC e dispõe sobre a composição e o funcionamento do Conselho Nacional de Política Cultural - CNPC do Ministério da Cultura”
VI	Decreto Nº 8.726, de 27 de abril de 2016	2016	“Regulamenta a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, para dispor sobre regras e procedimentos do regime jurídico das parcerias celebradas entre a administração pública federal e as organizações da sociedade civil
VII	Decreto Nº 8.727, de 28 de abril de 2016	2016	“Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.”
VIII	Lei Nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018	2018	“Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.”
IX	Decreto Nº 9.370, de 11 de maio de 2018	2018	“Concede indulto especial e comutação de penas às mulheres presas que menciona, por ocasião do Dia das Mães.”
X	Decreto Nº 9.400, de 4 de junho de 2018	2018	“ Institui o Fórum Nacional de Ouvidores dos Direitos Humanos, no âmbito do Ministério dos Direitos Humanos”
XI	Decreto Nº 9.453, de 31 de julho de 2018	2018	“Convoca a 4ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT.”
XII	Decreto Nº 9.571, de 21 de novembro de 2018	2018	“Estabelece as Diretrizes Nacionais sobre Empresas e Direitos Humanos”
XIII	Ação direta de inconstitucionalidade 4.275	2018	“O Tribunal, por maioria, vencidos, em parte, os Ministros Marco Aurélio e, em menor extensão, os Ministros Alexandre de Moraes, Ricardo Lewandowski e Gilmar Mendes, julgou procedente a ação para dar interpretação conforme a Constituição e o Pacto de São José da Costa Rica ao art. 58 da Lei 6.015/73, de modo a reconhecer aos transgêneros que assim o desejarem, independentemente da cirurgia de transgenitalização, ou da realização de tratamentos hormonais ou patologizantes, o direito à substituição de prenome e sexo diretamente no registro civil.
XIV	Portaria Nº 240, de 10 de abril de 2019	2019	“Credencia o Representante da ALIANÇA NACIONAL LGBTQI+.”
XV	Decreto Nº 9.833, de 12 de junho de 2019	2019	“Dispõe sobre o Comitê Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas.
XVI	Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão nº 26 de 13/06/2019	2019	Sem ementa
XVII	Decreto Nº 10.346, de 11 de maio 2020	2020	“Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativo”

Fonte: PRADO (2022) 14

É possível perceber a defasagem de diretrizes legais e instituídas sobre a população LGBTQIA+. Em sua maioria, as publicações apenas citam a população reiterando a importância de participação de representantes LGBTQIA+ em decisões políticas, o que não garante que as deliberações sejam em prol da população.

No Item I- tabela 9, em 2011 é publicado o “Decreto 18 de maio de 2011”, que divulga a convocação da II Conferência Nacional LGBT, realizada entre os dias 15 e 18 de dezembro de 2011 sob o governo de Dilma Rousseff, com objetivo promover o debate sobre as ações políticas anteriormente traçadas como também as possíveis novas metas e propostas (CONFERÊNCIA NACIONAL LGBT, 2011).

Vale destacar que o evento da conferência ocorreu com grande aumento das pressões de movimentos contrários predominantemente vindos de grupos religiosos e com fortes protestos direcionados, na época, para a presidenta, levando a mesma, a recuar com políticas públicas para a população LGBTQIA+, como por exemplo, o cancelamento do projeto “Escola sem Homofobia” (PRADO, 2022).

Como resultados desta conferência de 2011, o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011. Em 2013 foi lançada a 1ª versão que prevalece até hoje, pelo Ministério da Saúde, a cartilha “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”.

A Política de saúde LGBT é composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde, visando ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. Esse deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde (BRASIL, 2013).

Pensando especificamente na saúde mental da população LGBT, a cartilha (BRASIL, 2013) fala sobre reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Porém, na Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010), vale ressaltar na íntegra os trechos que abarcam a população LGBTI+, na política estão descritos pelas siglas LGBT:

- • Desenvolver e divulgar estudos e pesquisas acerca da saúde mental da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), e os impactos das violências em detrimento das opressões das orientações sexuais e identidades de gênero diversas dos padrões/referências historicamente impostas.
- • Garantir o respeito ao uso do nome social de travestis e transexuais em todos os documentos e serviços do Sistema Único de Saúde, conforme o postulado na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006), inciso I do Princípio 3º, de modo a corroborar o entendimento de que a LGBTfobia e o desrespeito à identidade de gênero constituem importante fator de vulnerabilização em Saúde Mental.
- • Garantir a intersectorialidade e a integralidade das políticas no âmbito da atenção psicossocial e dos direitos humanos da população LGBT.
- • Incluir o tema dos direitos das pessoas LGBT nos cursos de formação dos trabalhadores em saúde mental.
- • Garantir sensibilização de gestores e trabalhadores da saúde para implantação da política de saúde LGBT como forma de enfrentamento da LGBTfobia e como forma de diminuir o sofrimento psíquico desta população afeta ao preconceito e discriminação (BRASIL, 2010).

Duarte (2011) reforça que, apesar dos ditos avanços no campo dos direitos humanos, a experiência do sofrimento mental de LGBTQIA+ é considerada na perspectiva promoção de equidade em saúde, a partir de suas vulnerabilidades específicas, mesmo sendo consenso no campo público e político da saúde, a necessidade de enfrentamento da homofobia e da transfobia.

Em suma, há alguns direcionamentos, de ações políticas, voltados para a população LGBTQIA+, entretanto, em maioria trata-se de indicações generalistas, que não são capazes de garantir proteção e direitos ao grupo, além disso, se observa um crescimento de pautas contrárias à diversidade, que intensificam discursos baseados na cisheternormatividade e representam ameaça aos direitos LGBTQIA+.

O governo bolsonarista praticou ativamente desmontes nas políticas públicas para esse grupo populacional. No dia 28 de junho de 2019, através Decreto nº 9.759, extinguiu-se o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT) decretando o fechamento de um dos principais canais de comunicação entre governo e movimento LGBTQIA+ (BRASIL, 2019; FEITOSA, 2021; PRADO, 2022).

Compreendemos que, para além das importantes formulações macropolíticas e das induções produzidas por normas e diretrizes tecnopolíticas, é preciso mapear de que forma esses princípios são incorporados no cotidiano dos serviços de saúde e encarnados nas relações entre

profissionais e usuários LGBTQIA+, visto que, as relações de cuidado em saúde são determinadas fundamentalmente pelas interpessoais, e essa pesquisa, se propõe a focar nesta esfera das relações de cuidado em saúde mental.

## **TIREM O SEU PRECONCEITO DO MEU CAMINHO, EU QUERO PASSAR COM MEU AMOR: PANORAMA ATUAL DA PRÁTICA E PESQUISA DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA E COM LGBTQIA+.**

*“Vida  
Quem tem o direito de te encolher?  
Fica  
Um nó na garganta o que quê eu vou fazer? ...”*

Apresentado um panorama sobre como o campo da saúde em geral e da saúde mental, em específico, vem abordando a temática da saúde da população LGBTQIA+, neste tópico gostaríamos de apresentar uma síntese das diferentes formas pelas quais a Terapia Ocupacional vem se aproximando das necessidades deste coletivo, a partir do que se expressa nos estudos publicados deste núcleo profissional.

A pesquisa de Monzelli; Lopes (2012) realizou uma revisão sistemática da literatura sobre Terapia Ocupacional e sexualidade nos periódicos nacionais e internacionais da área. Foram identificados trinta textos publicados entre os anos de 1985 e 2011 e, foi possível constatar que a produção de conhecimento que envolve a Terapia Ocupacional e os aspectos da sexualidade, apesar de não ser recente, ainda é escassa. Foram abordados temas como a sexualidade como um fator a ser considerado no processo terapêutico-ocupacional; a experiência da sexualidade para as pessoas com alguma categoria de deficiência; a competência do terapeuta ocupacional ao lidar com a sexualidade; e, finalmente, o conforto/desconforto dos terapeutas ocupacionais na abordagem do tema.

Uma das lacunas dos estudos acerca da sexualidade, no âmbito da Terapia Ocupacional, está em não ser relevado o debate que problematiza a vinculação entre sexo, gênero, sexualidade e subjetividade. Em sua grande maioria, as análises feitas pelos profissionais partem da concepção de sexualidade como um dado natural, acabando por reiterar a premissa sexo-gênero-sexualidade, na qual um sexo indica determinado gênero, e este gênero, por sua vez, induz o desejo (MONZELLI; LOPES, 2012).

Por fim, os autores concluem que o referencial concernente a “sexo/sexualidade” e “gênero”, parametrizado pela concepção de homem masculino-heterossexual e mulher-feminina-heterossexual, precisa ser questionado e trabalhado na formação técnica dos terapeutas ocupacionais, dado que esses profissionais lidam, cotidianamente, com diferenças e alteridades em relação às pessoas, para as quais direcionam suas ações (MONZELLI; LOPES, 2012).

O estudo de Melo (2016) sobre Terapia Ocupacional Social, pessoas trans e Teoria Queer discute as vivências e os desdobramentos decorrentes das concepções normativas de gênero e sexualidade, sob as quais a vida social está organizada e realiza uma interlocução com os debates sobre a atuação e campo teórico- metodológico da Terapia Ocupacional Social, refletindo sobre a dimensão prática e teórica das ações, visando o acesso à cidadania, sem perder de vista a urgência da compreensão dos fenômenos sociais, histórica e culturalmente.

Se pensarmos a heretnormatividade sem restringi-la a uma concepção de heterossexualidade, perceberemos que ela está completamente ligada a formas de organização da vida social, modelos, papéis e práticas, e se a Terapia Ocupacional se propõe a lidar com o fazer humano dentro da sua complexidade, é preciso considerar que ela está diretamente relacionada com a forma como se constituem as práticas cotidianas, as dimensões espaciais e relacionais dos acessos e das sociabilidades, com configuração das políticas sociais, entre outras (MELO, 2016).

O estudo de Leite Junior e Lopes (2017) versa sobre a travestilidade, transexualidade e demandas para a formação de terapeutas ocupacionais que consistiu em um estudo exploratório realizado junto aos cursos de graduação em Terapia Ocupacional das universidades públicas do estado de São Paulo, entre 2013 e 2015, de modo a identificar e discutir a inserção das temáticas de gênero, com um recorte na travestilidade e na transexualidade.

Os autores consideram que, no que se refere às intervenções de Terapia Ocupacional, pressupõe-se que a profissão tem muito a contribuir com esta população, seja na construção de projetos de vida, na ampliação da participação social, no auxílio nas novas atividades/ocupações/ afazeres, trabalhando a corporeidade, na luta pela ampliação e na garantia da efetivação de direitos, na interlocução em atendimentos humanizados, independentemente do setor ou do serviço (LEITE JUNIOR; LOPES, 2017).

Entende-se também que esperar que o tema venha da prática para que tenha espaço de discussão na formação graduada é corroborar com a violência tão presente no cotidiano destas pessoas, visto que parte dos graduandos e graduados em Terapia Ocupacional continuarão alheios às demandas desta população. É preciso uma formação que desperte a sensibilidade, a empatia com estes sujeitos e crie rupturas na histórica exclusão, estigmatização e transfobia com estas pessoas e com seus corpos. É construir pontes para ações qualificadas e éticas (LEITE JUNIOR; LOPES, 2017, p. 493).

O estudo de Antunes et al. (2018) realizou uma revisão da literatura para identificar as ações de saúde pública vigentes no Brasil voltadas a essa população, e os problemas causados pela homofobia à população LGBT. O estudo constatou haver necessidade de aprimoramentos dessas políticas e, que, o terapeuta ocupacional poderá atuar como facilitador e participante nos processos de melhorias nas vivências desses sujeitos e, em sua qualidade de vida, diante de uma sociedade que ainda precisa aprimorar suas formas de pensar e de lidar com as especificidades e condutas dos indivíduos que a integram e é parte da sua vasta diversidade e pluralidade de se expressar e de existir.

Sobre a temática, Leite Junior (2019) destaca a relevância da profissão, na produção de conhecimento e intervenções junto à população dissidente em gêneros e sexualidades (MONZELI, 2013; MELO, 2016; LEITE JUNIOR; LOPES, 2017; MELO; MONZELI; LEITE JUNIOR, 2019), frisando novamente o papel fundamental dos espaços formativos nesta construção.

A Terapia Ocupacional é uma profissão com grande arcabouço teórico metodológico para construir junto destes sujeitos estratégias de participação e emancipação social (...). A formação graduada, pós-graduada e continuada são espaços essenciais para que estes temas sejam colocados em pauta, visto que isto amplia a possibilidade de formação e faz com que geremos recursos humanos mais qualificados para atuar (LEITE JUNIOR, 2019, p. 30).

O estudo de conclusão do curso em Terapia Ocupacional de Ten-Caten (2019) realiza uma investigação acerca dos impactos causados no cotidiano de pessoas que foram vítimas de LGBTfobia, sendo possível relatar a importância da atuação de terapeutas ocupacionais para com esta população, na reconstrução de projetos de vida, utilizando estratégias, para que estes se reconheçam enquanto agentes transformadores destas realidades, ampliando seus repertórios, para que conheçam e garantam seus direitos e intensifiquem as lutas por políticas públicas contra a LGBTfobia.

Fedeger et al. (2020) realizaram uma revisão integrativa sobre como a LGBTfobia gera repercussão no desempenho ocupacional, nos contextos, familiar, escolar e social, no âmbito legislativo e na saúde mental de adolescentes. Este problema é muito proeminente. A vulnerabilidade desse grupo os leva a abandonar, por exemplo, as atividades de autocuidado, a escola e a restringir a participação social, além de danos causados em outras atividades básicas da vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Este estudo identificou também a carência de pesquisas na Terapia ocupacional que discorram sobre a vida ocupacional de adolescentes, bem como ausência de produções sobre crianças e adolescentes LGBTs sob a perspectiva da Terapia Ocupacional.

Ambrósio (2020), na sua dissertação de mestrado em Terapia Ocupacional, aborda as questões de raça, gênero e sexualidade numa perspectiva da Terapia Ocupacional focada nas corporeidades dos jovens periféricos. Aponta demandas emergentes na/para a Terapia Ocupacional, frente às transformações sociais e os enfrentamentos das estruturas de opressão, que submetem esses corpos.

O estudo de Vasselo (2021) fruto de uma iniciação científica do curso de Terapia Ocupacional aborda as LGBTI+fobias e as expressões do preconceito no ciberespaço, reforçando que as manifestações LGBTI+fóbicas analisadas revelam que há uma série de pensamentos, crenças e condutas, que reproduzem na nova ecologia comunicacional das redes sociais o reflexo de todo histórico patriarcal, colonial e heteronormativo da sociedade brasileira, reeditado pela virtualização da vida cotidiana.

Barros (2022) realiza uma revisão de escopo, no seu trabalho de conclusão de curso, com a temática das interfaces entre sofrimento psíquico e gênero, e observa-se que os estudos analisados trazem o cotidiano familiar e de trabalho, os determinantes sociais da diferença, combinados ao gênero, sendo eles: raça, etnia, classe social, sexualidade e identidade de gênero e o sofrimento relacionado ao seu próprio adoecimento. Assim, fatores relacionados ao sofrimento psíquico das mulheres são plurais e com influências socioculturais.

Outro fruto de estudos da graduação em Terapia Ocupacional, é produto da iniciação científica de Prado (2022), que é um desdobramento de um dado sobre políticas públicas advindo da minha tese de doutoramento, que realiza uma exposição das estruturas de poder e as vulnerabilidades que permeiam os corpos de pessoas LGBTI+, a construção de direitos e seu movimento social e político, assim como o acentuamento de suas vulnerabilidades causadas pela pandemia de COVID-19 e a ascensão do conservadorismo no Brasil.

Destacamos o fato, de que, a maior parte dos estudos está concentrada em tempos recentes e, que são fruto de trabalhos de terapeutas ocupacionais jovens, em formação na pós-graduação e graduação, construindo seus mestrados, doutorados e iniciações científicas acerca da temática de gêneros e sexualidades.

## **O AMOR É TÃO GRANDE QUE NÃO CABE DENTRO DE UM ARMÁRIO: JUSTIFICATIVA DE PESQUISA**

*“Voa passarinha, asas são demais  
Enraiza ainda mais coragem todas nós  
Pra que se levante quem desfaleceu  
Nenhuma a menos,  
nossa força só cresceu.”*

Como tentamos demonstrar até aqui, no contexto brasileiro, são escassos os estudos acerca da Saúde Mental como um campo de diálogo com as políticas da população LGBTQIA+. Também são insuficientes os diálogos estabelecidos pelo núcleo da Terapia Ocupacional frente à LGBTQIA+, que visem ao cuidado da saúde mental em uma perspectiva de emancipação social e produção de subjetividade.

O campo da saúde mental se constitui por diferentes núcleos profissionais que atuam no âmbito da saúde, com contribuições disciplinares, interdisciplinares e intersetoriais. Para este estudo, após a exploração do campo da saúde mental e suas interfaces com a população LGBTQIA+, nos interessa, além da construção do campo, especialmente as possíveis contribuições do núcleo da Terapia Ocupacional para o campo da saúde mental desta população, visto que estamos inseridos em uma linha de pesquisa em saúde mental no Programa de Pós - Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO/UFSCar).

Portanto, este projeto de doutorado mostra-se importante para as ciências da saúde por contribuir para a compreensão do fenômeno apresentado, visando compreender quais as ações do campo da Saúde Mental e da Terapia Ocupacional voltadas ao cuidado em saúde e saúde mental de LGBTQIA+. Queremos favorecer a construção da singularidade pessoal/coletiva e de espaços de suporte/enfrentamento dos processos de sofrimento psíquico desta população, oriundos dos contextos socioculturais de exclusão e estigmatização vividos por essa população, visando o seu empoderamento e estratégias de emancipação e transformação social. Com isso, tornou-se a pergunta norteadora deste estudo:

*Quais as contribuições do Campo da saúde e do Núcleo da Terapia Ocupacional para o cuidado em saúde mental à população LGBTQIA+?*

## EXPANDIR PARA (RE) EXISTIR: OBJETIVOS DA PESQUISA

*“Quando a nação de passarinhos  
Está presa na gaiola  
Esperando a tempestade passar  
Todos com sonhos de fora  
Mas por pouco tempo*

*Haverá um exato momento  
Em que todos nós sairemos  
E aí, que eu quero ver  
De novo nos prender*

*Nem doença, nem pânico, nem dor  
O que nos cura são abraços de calor e amor  
Jogaremos a chave da gaiola fora*

*Vamos todos cantar, vamos embora  
Jogaremos a chave da gaiola fora  
Vamos todos cantar*

*Se fortaleça  
Se refaça.”*

*Vanessa da Mata e Marcelo Falcão  
Canção: Nação de Passarinhos*

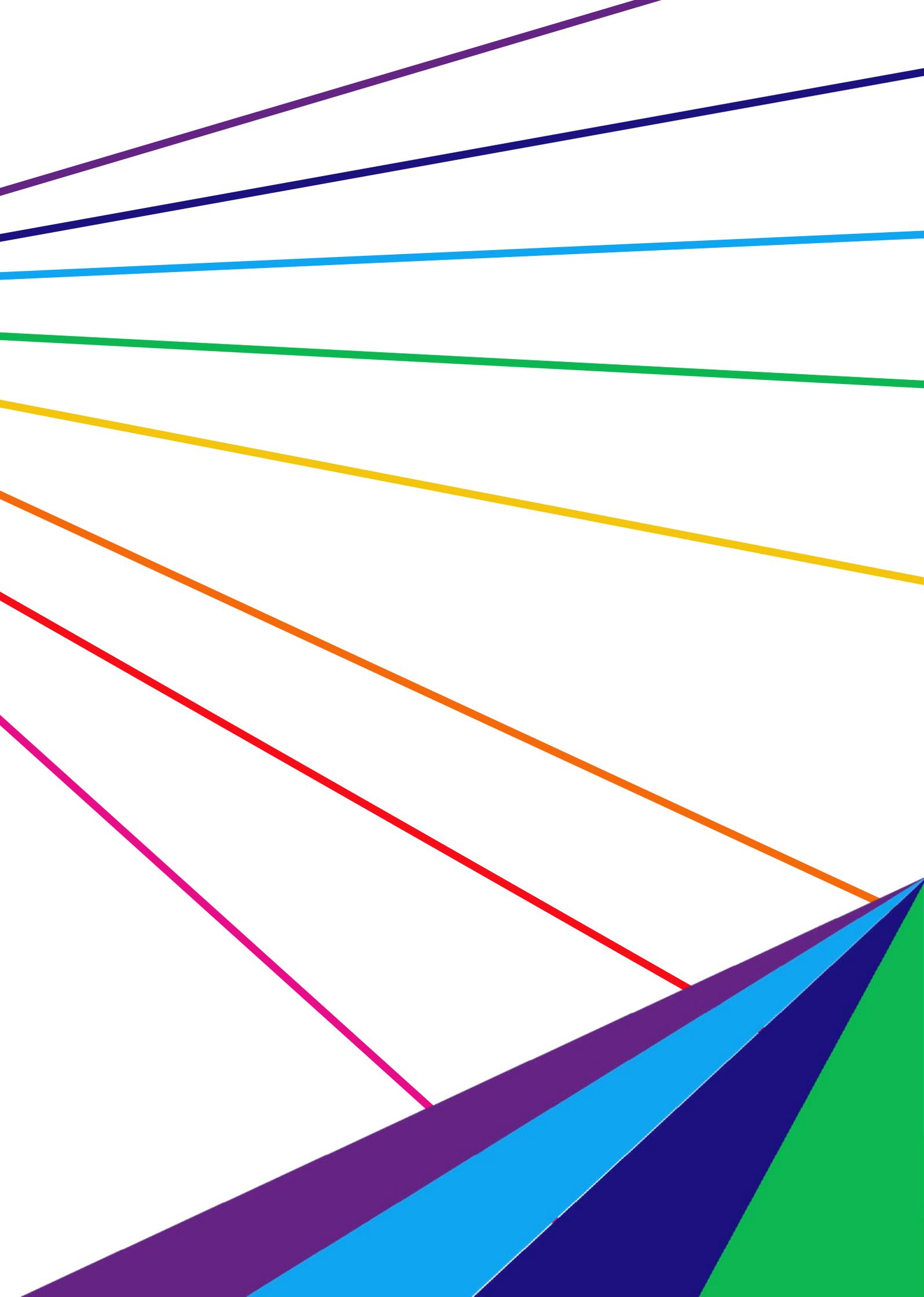
Feitas nossas considerações iniciais e um breve levantamento bibliográfico sobre o tema, explicitamos mais claramente os objetivos desta pesquisa nos seguintes termos:

### **Objetivo geral:**

Identificar e analisar potenciais e limitações do campo da Saúde Mental e do Núcleo da Terapia Ocupacional para o cuidado em Saúde Mental de LGBTQIA+.

### **Objetivos específicos:**

- Descrever e analisar as políticas e práticas de cuidado em saúde mental voltadas para a população LGBTQIA+;
- Discutir as limitações do campo da saúde mental em relação ao atendimento de pessoas LGBTQIA+.
- Analisar como a Terapia ocupacional pode contribuir para o cuidado em saúde mental de pessoas LGBTQIA+;
- Identificar e refletir as possíveis tecnologias de cuidado em saúde mental da Terapia Ocupacional voltados para a população LGBTQIA+.





## METODOLOGIA

*Devir Terapeuta- Pesquisador  
 “Dá a volta toda.  
 Banha-te no silêncio e lentidão.  
 Alucinada entrega. Arrisca-te na vastidão do viver.*

*Gagueja sons inauditos.  
 Roga ao sutil e a presença vaga do outro –  
 múltiplos corpos em ti mesmo.*

*Percorre bifurcações, linhas, desvios  
 no encontro dos sentidos e seus sentidos.  
 O limiar, tua morada.  
 Habita-o. Experimenta. Frágil estilo, infinito fractal.  
 Teu corpo, tuas ações.  
 Possibilidades, potencialidades, devires.*

*Entrega-te triunfante ao novo. Inventa-te.  
 Tua voz aspira liberdade e criação.  
 Desvencilha-te dos castelos e verdades fundadoras.  
 O modo absoluto da vida. Desiste.*

*Insiste nas sombras e mistérios que te povoam.  
 Memória viva.  
 Virtualiza-se.  
 Degusta, sabedoria e presente  
 o banquete poético à espera cotidiana de tuas ações.*

*Pois vive,  
 com o corpo todo,  
 o deserto expandido sob o véu do teu olhar.*

*E na composição da tua duração,  
 onde a arte de fazer ascende a  
 paisagens, afectos e desejos,  
 arrisca um voo intempestivo.  
 Já sem nem saber.*

*Apenas,  
 Permitir...*

*Christiane Sigeman (2006 apud 2011)*

Neste capítulo é apresentada a metodologia adotada para a realização deste estudo. Metodologicamente, a pesquisa se realizou em duas etapas, sendo a primeira uma *revisão de escopo* para a ampliação do corpo teórico da pesquisa e já apresentada na introdução, para dar maiores subsídios teóricos para nossa análise, e a segunda uma *pesquisa intervenção cartográfica*, incluindo a produção de dados em dois processos distintos, inicialmente, a partir da técnica de aplicação de formulário *on-line* e, posteriormente, a realização de um grupo focal.

### PROCESSOS DE VIDA E DE LUTA COTIDIANA POR VOZ E VEZ: UMA PESQUISA INTERVENÇÃO

*“Um dia eu percebi  
 Que era o meu jeito  
 Tão diferente assim do seu conceito*

É o que existe em mim  
 Não é defeito  
 Já tentei te falar  
 É complicado  
 Te mostrei tanta cor e o azulado  
 É o que ver você quer ver  
 É o que você ver  
 Não é do jeito que você pensou  
 Não é tão perfeito  
 É só como sou  
 Das coisas todas  
 Preferi o amor  
 Eu preferi o amor  
 E ser bem como sou  
 Não é do jeito que você pensou  
 Não é perfeição  
 É só o que sou  
 Das coisas todas  
 Preferi o amor  
  
 Eu preferi o amor  
 E ser como sou  
 Sou desse jeito

Silva

Canção: Sou desse jeito

Para a segunda etapa da pesquisa, adotamos um estudo de caráter qualitativo, tipo pesquisa-intervenção a partir do uso do método da cartografia (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

De acordo com Denzin e Lincoln (2005) a palavra qualitativa implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades, sobre os processos e os significados que não são examinados, ou medidos experimentalmente, como quantidade, quantia, intensidade ou frequência.

A cartografia é um modo de fazer pesquisa que toma o corpo e seus afetos como impulsionadores da produção de conhecimento, pautada especialmente nos teóricos denominados “Filósofos da Diferença” como, Deleuze, Guattari e seus interlocutores como Spinoza, Nietzsche, Foucault e os teóricos da Análise Institucional (FERIGATO, 2013).

Paulon e Romagnoli (2010) trazem algumas aproximações entre a modalidade da pesquisa intervenção e as abordagens cartográficas. Ao colocar problemas que buscam o coletivo de forças de cada situação investigada, essas abordagens alteram o modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo, abarcando a complexidade e a processualidade. Assim, o conhecimento emerge do plano de forças que compõem a realidade, ora atuando para o estabelecido, ora operando agenciamentos produtivos que trazem o novo.

Enquanto método de pesquisa, a cartografia é uma das possibilidades de se estudar objetos de caráter mais subjetivos e, que exigem do pesquisador a habitação de diferentes territórios, na perspectiva de transformar para conhecer, como na produção de conhecimento por meio de pesquisas participativas do tipo pesquisa- intervenção. Nesta modalidade de pesquisa, considera-se que, sujeito e objeto estão juntos na mesma experiência, o conhecimento é tido como criação e a pesquisa é compreendida sempre como intervenção (ROMAGNOLI, 2009; 2015).

Propomo-nos a cartografar as práticas de cuidado em saúde mental realizadas por profissionais da área da saúde junto à população LGBTQIA+. Acompanhar processos de cuidado com os limites impostos pela pandemia da Covid-19, que atravessou o percurso da investigação, limitou-nos em relação à habitação de territórios de campo da pesquisa, o que nos levou a proposição de acessar as processualidades do cuidado, a partir da produção de narrativas sobre esses cuidados e esses processos vividos, no plano virtual assíncrono e síncrono.

Na perspectiva cartográfica, investigar um território de produção de vida é buscar captar suas dinâmicas, seus movimentos, seus acontecimentos, o que se passa no entre instituição-território, instituído-instituente (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

As pesquisas cartográficas partem do pressuposto de que os instrumentos vão sendo elencados mediante o caminhar e desenvolvimento da pesquisa. Estes não deveriam surgir, *a priori*, mas com o desenvolvimento do trabalho (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Os meios de produção dos dados ao longo do processo estão descritos a seguir nos itens 2.2.1 e 2.2.2.

### **TODA FORMA DE AMOR: QUESTIONÁRIO ON-LINE**

O primeiro plano da pesquisa cartográfica foi realizado em ambiente virtual, em decorrência dos limites impostos pela pandemia da Covid-19, e contou com a participação de profissionais da saúde mental que, se identificaram com a temática em questão - práticas de cuidado em saúde mental junto à população LGBTQIA+.

A produção de dados tomou como território de investigação o ciberespaço/ ambiente virtual. Para isso, como instrumento de produção de dados iniciais utilizamos um questionário *on-line* (QOL) (apêndice B), semiestruturado, por meio da plataforma *google forms* (<https://forms.gle/tK4EXW9vQNEcpua69>).

Primeiramente, antes de responder ao formulário, os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice C e link de acesso: <https://forms.gle/mxxKufaP36EniLDy5>) e, para acessar as perguntas foi necessário seu aceite prévio.

Foram convidados a responder esse questionário, os profissionais da saúde, de diferentes núcleos do saber que declararam interesse em cuidados em saúde mental voltados para a população LGBTQIA+. Foi solicitada ajuda para divulgação no Conselho Federal de Terapia Ocupacional e Terapia Ocupacional (COFFITO), nas entidades de classes (CREFITOS<sup>6</sup> Regionais), Associação Brasileira de Terapia Ocupacional (ABRATO), Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO), e nos Conselhos Federais de Medicina<sup>7</sup>, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem<sup>8</sup>, Fonoaudiologia, Farmácia, Odontologia e Educação física.

Além disso, a pesquisa foi divulgada também em Coletivos e grupos de Terapia Ocupacional, Coletivos e grupos de saúde mental, Rede HumanizaSUS, *Instagram*, *Facebook* pela página do *LaFollia*<sup>9</sup> e as redes sociais da pesquisadora em questão (*instagram*, *facebook*, *linkedin*, *twitter*) com o folder ilustrativo (apêndice D). Foram realizadas divulgações no próprio site da Fapesp<sup>10</sup> e UFSCar<sup>11</sup>. Além da Aliança Nacional LGBTI+ e alguns coletivos LGBTQIA+.

A ênfase maior de divulgação em espaços da Terapia Ocupacional esteve relacionada ao nosso propósito de produzir em uma mostra probabilística intencional com maior foco ao núcleo terapêutico ocupacional, já que nosso objetivo era analisar o cuidado à população LGBTQIA+ realizado por profissionais de saúde mental em geral, e apenas da Terapia Ocupacional em específico, ou seja, esse foi o núcleo profissional privilegiado pelo nosso recorte de pesquisa.

Esse questionário teve como o objetivo de mapear quanti-qualitativamente profissionais de saúde mental que atuam junto a essa população, locais de atuação, referenciais teórico-metodológicos e tecnologias de cuidado utilizadas, bem como limites e lacunas da profissão e da saúde mental para o cuidado junto à população LGBTQIA+.

A versão preliminar do questionário foi submetida a uma banca de 5 pesquisadores com expertise na área, para ser validado. Com base nas observações e sugestões dos pesquisadores, relativas ao

6 <http://www.crefito6.org.br/index.php/sala-de-imprensa/noticias/3014-pesquisa-de-doutorado-o-cuidado-e-a-saude-mental-de-lgbti-contribuicoes-da-terapia-ocupacional>

7 <https://www.ibes.med.br/pesquisa-investiga-o-cuidado-e-a-saude-mental-da-populacao-lgbtqia/>

8 <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/pesquisa-investiga-o-cuidado-e-a-saude-mental-da-populacao-lgbti/>

9 LaFollia é o Laboratório de Pesquisa em Terapia Ocupacional e Saúde Mental - do Departamento de Terapia Ocupacional, criado em 1997, agrega pesquisadores da UFSCar e de outras instituições de ensino do país.

10 <https://agencia.fapesp.br/estudo-da-ufscar-aborda-o-cuidado-em-saude-mental-e-a-populacao-lgbti/35531/>

11 <https://saocarlosemrede.com.br/estudo-da-ufscar-aborda-o-cuidado-em-saude-mental-e-a-populacao-lgbti/>

conteúdo, e formado questionário, foram efetuadas modificações necessárias à formulação de seus itens, para este expressar o que se pretendeu captar nas respostas dos sujeitos pesquisados. Entre os juízes, foram acionadas diferentes expertises e experiências, incluindo professoras universitárias que estudam as questões de gênero, sexualidade, raça, saúde mental; professora universitária com pós-doutorado na temática e, que também coordena um ambulatório de saúde trans, professor universitário, homem, gay, que estuda as questões de gênero e sexualidade e uma trabalhadora e coordenadora de serviço de saúde mental.

Construímos questões adequadas ao conteúdo do fenômeno estudado, mas também pensadas conforme os afetos e reflexões que pretendíamos acessar/produzir.

Isso exigiu um trabalho de curadoria das perguntas, em que importam sua ordem, a divisão dos blocos, os elementos agregados às questões, de modo a estimular a reflexão para as respostas e deslocamentos dos modos habituais de pensar sua prática de cuidado. Com isso, pretendia-se construir uma oportunidade para refletir sobre seu trabalho, problematizar seus dispositivos de cuidado, dar visibilidade às experiências e às ausências, às lacunas teórico-práticas que poderia se produzir entre trabalhadores da saúde mental e a população LGBTQIA+.

O QOL teve um total de 40 questões divididas em quatro blocos:

O Bloco 01 ofereceu-nos elementos sobre a caracterização dos participantes, visando analisar o perfil e mapear profissionais que atuam junto a essa população.

O Bloco 02 continha questões para mapearmos, ou produzirmos uma aproximação do profissional com a temática LGBTQIA+, como conhecimento das siglas, diferenças e sensibilização em relação ao tema.

No Bloco 03 as questões eram referentes ao campo da saúde mental e sua interface com a população LGBTQIA+, incluindo aspectos teórico-práticos, vivências e percepções dessas vivências.

O Bloco 04 proporcionou-nos acessar as singularidades do núcleo profissional dos participantes em sua atuação junto a população LGBTQIA+, a partir das perspectivas dos próprios profissionais.

Além disso, as últimas questões deste bloco, denominadas “cartografias das afetações”, buscou re(visitar) à tona os afetos mobilizados no encontro com as questões e com as memórias de cuidado ativadas no processo de participação da pesquisa.

### **MUDAR O MUNDO: GRUPO FOCAL COMO DISPOSITIVO DE PRODUÇÃO DE DADOS**

O segundo plano foi constituído pela realização de um grupo focal com estudantes de pós-graduação, docentes e profissionais de Terapia Ocupacional, que atendessem aos seguintes critérios de inclusão na pesquisa:

— Ser docente, pesquisador e/ou profissional de Terapia Ocupacional e, se autodeclarar lésbica, gay, bissexual, travesti, transgênera, homem trans, mulher trans, *queer*, intersexo, assexual, agênero e + que representa qualquer outra pessoa, que não seja coberta pelas outras iniciais.

— Aceitar participar voluntariamente da pesquisa, mediante a assinatura do TCLE e, se interessarem pela atuação e/ou pesquisa da Terapia Ocupacional e diversidade sexual.

O objetivo de um grupo focal é desvelar aspectos específicos e pouco investigados das existências diárias, construir “teorias”, considerando as experiências de vida que envolvem um objeto de estudo, sendo uma técnica que pode diminuir a separação entre o pensar e o sentir, permitindo pensar o conhecimento como relacional, coletivo, no corpo e no contexto (KAMBERELIS; DIMITRIADIS, 2005).

No que tange à pesquisa qualitativa e, em especial, ao uso de grupos focais *on-line*, a Internet pode ampliar o número de pessoas envolvidas na pesquisa como garante a diversidade, devido a sua capacidade de atingir àqueles que residem em várias regiões do país e do mundo.

Foi disparado um convite (apêndice E) nas principais redes sociais, à todes terapeutas ocupacionais LGBTQIA+, que tivessem interesse na atuação e pesquisa da Terapia Ocupacional com a população LGBTQIA+, a participarem de um encontro para discussão da temática. Quem

tivesse interesse deveria entrar no *google forms* e responder algumas perguntas (apêndice F e <https://forms.gle/TmpFtrtvD4R33Rnt7>).

Tendo em vista o contexto agudo de pandemia do COVID-19 foi realizado um grupo focal *on-line*, com terapeutas ocupacionais, que se autodeclararam LGBTQIA+, através da plataforma virtual *Google Meet* dia 12 de novembro de 2021 das 15h00min às 17h40min.

Foram selecionados, os participantes, através de contato por *e-mail*. A seleção foi feita por critério de diversidade e pluralidade da participação, buscando contemplar a diversidade regional, de gênero/sexualidade, raça, localização geográfica e campos de atuação.

A realização de grupos focais com estudantes de pós-graduação, docentes e profissionais de Terapia Ocupacional teve como objetivo entender, como terapeutas ocupacionais que são LGBTQIA+ pensam a atuação e pesquisa da própria profissão com as pessoas que fazem parte também da sua população, como SER LGBTQIA+. O grupo foi áudio-gravado, após aquiescência e consentimento, livre e esclarecido, dos participantes.

Manifestaram interesse em participar do grupo 24 pessoas, confirmaram a participação na data e hora agendada 9 pessoas, porém efetivamente compareceram na data confirmada 4 participantes.

Participaram do grupo 4 terapeutas ocupacionais, dois se autodeclararam homens cisgêneros gays e duas mulheres cisgêneras lésbicas.

Inicialmente, houve uma breve apresentação da pesquisadora, da estrutura de organização do grupo, e apresentação do TCLE (apêndice G), foi reproduzida uma música<sup>12</sup> com videoclipe, como um disparador sensível, cujo objetivo era preparar o grupo para algumas reflexões.

O grupo se estruturou em camadas pautadas em 3 movimentos: (1) a percepção, ou o reconhecimento (ou não) de uma possível especificidade de necessidades da população LGBTQIA+; (2) o mapeamento de práticas profissionais concretas e a aproximação da temática do cuidado à população LGBT na esfera profissional e, (3) o acesso à dimensão sensível dessas práticas, a partir da dupla implicação dos participantes – terapeutas ocupacionais LGBTQIA+.

Esses movimentos foram provocados a partir das seguintes questões:

— Existe, ou deveria existir, um cuidado específico na Terapia Ocupacional para pensar a população LGBTQIA+?

— De qual, ou de que maneira você entende que a Terapia Ocupacional pode contribuir para o cuidado em saúde mental da população LGBTQIA+?

— Todos nós, já experimentamos esses lugares, ser Terapeuta Ocupacional e LGBTQIA+, não importa quem veio primeiro. Gostaria que, agora, você trouxesse uma cena, narrativa, desse cuidado ofertado por nós à população LGBTQIA+, ou momentos em que nós nos sentimos cuidados por outros profissionais da saúde, para podermos compartilhar essa experiência, da vivência com a prática, estando duplamente implicados no cuidar e ser cuidado.

## NÃO SOU DAQUELAS QUE FICA EM CIMA DO MURO: ANÁLISE DE DADOS

*“Dorme com esse barulho,  
Quero ver você dormir com esse barulho,  
Não sou alguém que fica em cima do muro  
(...)”*

*Nessa vida louca vou na contramão  
Jogando meu cabelo na sua direção  
Desfilando chamando atenção, fica sem reação quando me ver passar  
Colorindo a vida, elevando o nível  
Fale o que quiser, mas não borro meu rímel  
Pode aceitar, somos o brilho do mundo, com muito orgulho  
Estou pronta para causar,  
Amor vai ter que aceitar, avisei à você*

12 Música “Vida” da Marina Peralta, que circunscreve as aberturas dos subitens da Introdução deste manuscrito.

*Esse orgulho é meu e ninguém vai tirar  
(...)*

*Canção: Esse orgulho é meu  
Amanda Doring e Gabi Porto*

A análise dos dados, em cartografia, conforme proposto por Barros e Barros (2013) consiste em três processos concomitantes que atravessam todo processo da pesquisa: análise de implicação, análise do processo e análise dos dados propriamente ditos, que será realizado através da interpolação dos olhares (AZEVEDO, 2001; FERIGATO, 2013; SILVA; FERIGATO, 2017).

Isso nos indica um procedimento de análise, a partir do qual, a realidade a ser estudada está em constante transformação e movimento, uma realidade composta por diferentes narrativas, contextos e linhas de força a serem consideradas em sua complexidade e singularidade (FERIGATO, 2013).

Na pesquisa cartográfica toda análise é análise de implicação RODRIGUES, 2012). Aqui se anuncia uma oposição radical às pretensões de neutralidade analítica do pesquisador, que, já está implicado no campo de pesquisa. O método analítico consiste, então, em dar visibilidade às relações que constituem uma dada realidade, onde o pesquisador e os participantes se encontram enredados.

A análise do processo implica que, a processualidade do trabalho vai modificando o campo, seguindo esta direção: da formulação de uma encomenda à definição de uma demanda de análise. Quem encomenda um trabalho de análise não é necessariamente quem enuncia essa demanda.

O trabalho vai modulando campo de intervenção onde todos estão incluídos (quem encomenda, quem demanda, quem e o que analisa). Estamos nos referindo a um modo de pesquisar que se propõe a pesquisar processos, que serão produzidos e, ao mesmo tempo, transformados pelo próprio ato de pesquisar, em agenciamento com as linhas de força e de subjetivação do campo problemático (FERIGATO, 2013).

Por fim, a análise dos dados através da interpolação de olhares propõe um intercruzamento dos dispositivos de pesquisa, conforme interesse de composição de uma escrita comprometida com a produção de conhecimento científico, realizando um engendramento entre os modos de produção de dados e não um encadeamento linear, nem síntese (AZEVEDO, 2001; FERIGATO, 2013). Nessa perspectiva, analisar o material produzido a partir da produção dos grupos focais, do QOL e da revisão de escopo será:

Dar passagem e visibilidade aos enunciados, às produções teóricas e práticas, às narrativas de diferentes protagonistas desse processo e participantes da pesquisa, entremeados com as leituras oriundas do levantamento bibliográfico e contribuições do pesquisador (SILVA; FERIGATO, 2017).

## **FORA DA ORDEM MUNDIAL: ASPECTOS ÉTICOS**

*“Eu não espero pelo dia  
Em que todos  
Os homens concordem  
Apenas sei de diversas  
Harmonias bonitas  
Possíveis sem juízo final.”*

*Canção: Fora da Ordem  
Caetano Veloso*

Por se tratar de um estudo com seres humanos, o projeto desta pesquisa foi encaminhado para avaliação ética e aprovado com o número do parecer: 4.477.309 (Apêndice 5), tendo a resolução

466/12 como preceitos, em respeito à autonomia, não maleficência e justiça, na relação com os participantes e com o conhecimento.



# RESULTADOS E DISCUSSÕES

*“E as minhas lágrimas vão secar  
Eu sei que tudo vai ficar bem  
E essas feridas vão se curar*

*O que me impede de sorrir  
É tudo que eu já perdi  
Eu fechei os olhos e pedi  
Para, quando abrir, a dor não estar aqui*

*Mas sei que não é fácil assim  
Mas vou aprender no fim  
Minhas mãos se unem para que  
Tirem do meu peito o que é de ruim*

*E vou dizendo  
Se recebo dor, te devolvo amor*

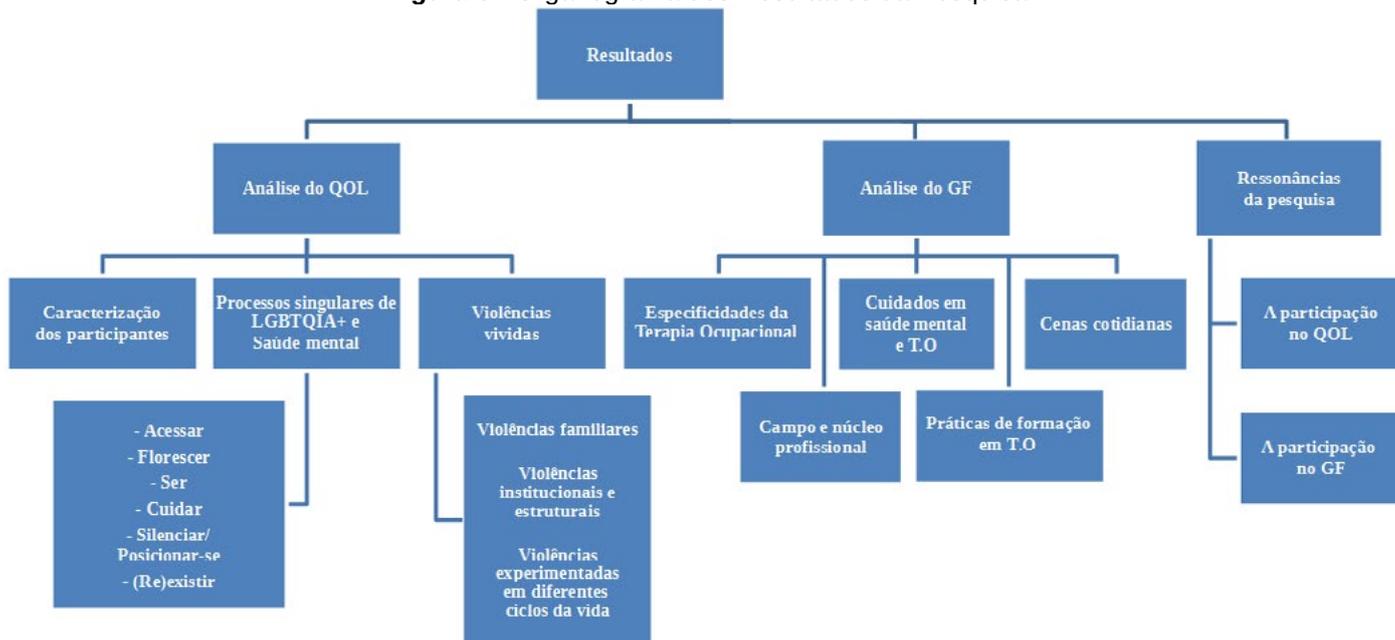
*Se recebo dor, te devolvo amor  
E quanto mais dor recebo  
Mais percebo que sou  
Indestrutível.”*

*Pablo Vittar  
Canção: Indestrutível*

Neste capítulo são apresentados os resultados e as discussões deste estudo.

A figura 6 a seguir elucida as categorias de análise e seus desfechos. O capítulo foi subdividido em duas seções: Resultados e Discussões da etapa da pesquisa, que consistiu em um *Questionário On-line* com todos os profissionais da saúde, que demonstraram interesse na temática do cuidado da saúde mental da população LGBTQIA+, e nos resultados e discussões da última etapa, que foi a realização de um *Grupo Focal* com terapeutas ocupacionais, que se autodeclararam ser LGBTQIA+.

**Figura 6 - Organograma dos Resultados da Pesquisa**



Fonte: Própria (2022) 15

## E A GENTE VAI À LUTA: QUESTIONÁRIO ON-LINE

*“Eu não pedi pra nascer  
 Eu não nasci pra perder  
 Nem vou sobrar de vítima  
 Das circunstâncias  
 Eu tô plugado na vida  
 Eu tô curando a ferida  
 Às vezes eu me sinto  
 Uma mola encolhida, hey!  
 Você é bem como eu  
 Conhece o que é ser assim  
 Só que dessa história  
 Ninguém sabe o fim  
 Você não leva pra casa  
 E só traz o que quer (...)  
 E a gente vive junto  
 E a gente se dá bem  
 Não desejamos mal  
 A quase ninguém  
 E a gente vai à luta  
 E conhece a dor*

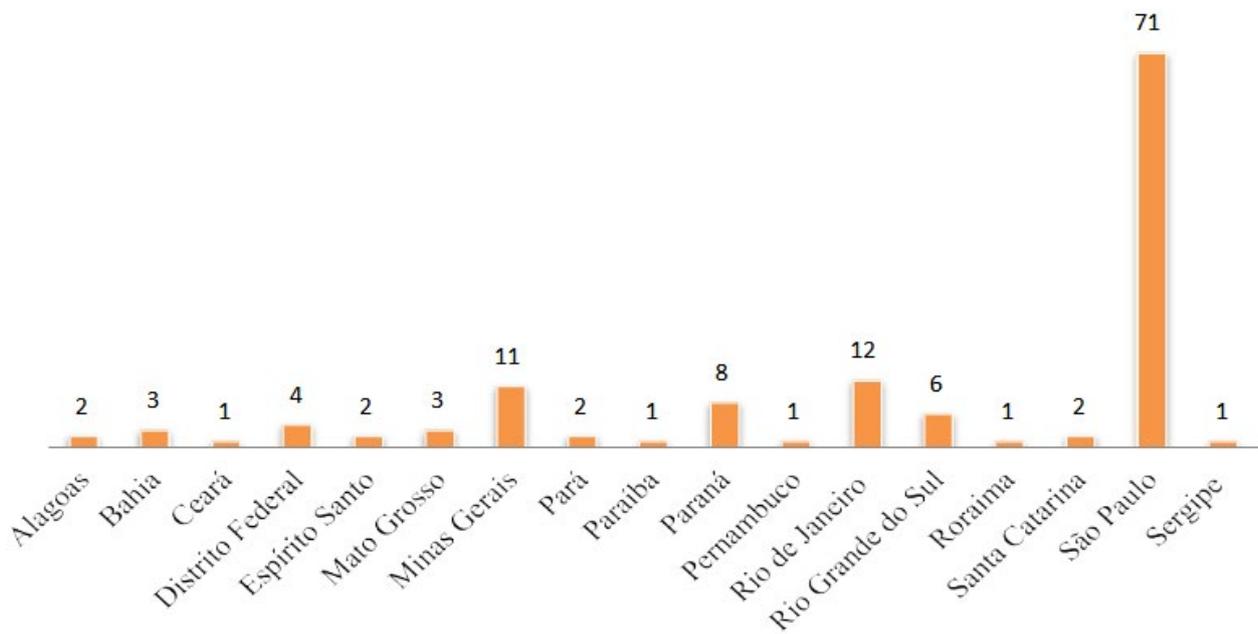
*Consideramos justa  
 Toda forma de amor.”*

*Lulu Santos  
 Canção: Toda Forma de Amor*

Para realizar um panorama de quem são, e os que pensam, acerca de algumas questões, são apresentados, em uma caracterização geral, os participantes da pesquisa, esses profissionais da saúde que apresentaram interesse acerca das formas de cuidado em saúde mental ofertadas à população LGBTQIA+.

Participaram da pesquisa, 132 pessoas, das quais, 131 responderam sobre a sua localização geográfica, como elucidado no gráfico 5 a seguir:

**Gráfico 5 - Localização Geográfica**



Fonte: Própria (2021) 16

Em suma, a região Sudeste do Brasil foi a região que mais se evidenciou frente ao número de participantes, porém a região Sul também obteve um número relevante de participantes – Rio Grande do Sul (6), Paraná (8) e Santa Catarina (2).

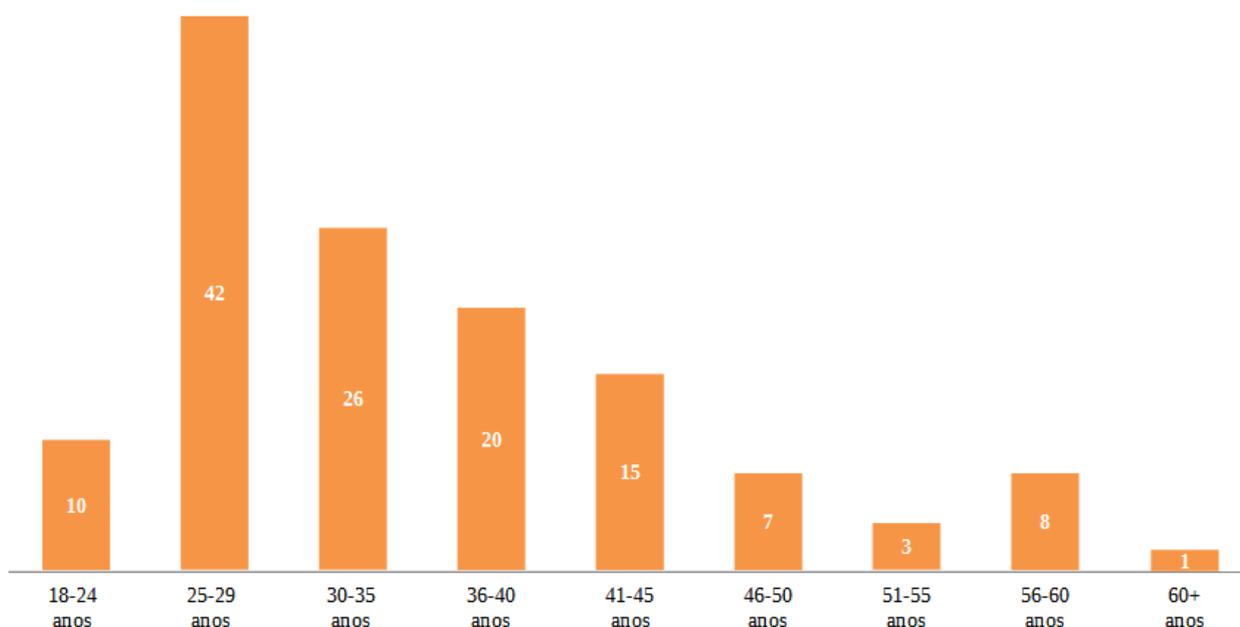
O Sudeste é o principal responsável pela geração de riquezas econômicas do país. É a região mais desenvolvida economicamente, por ter sido aquela que concentrou os maiores investimentos políticos ao longo da história do Brasil: abriga as maiores concentrações de renda, assim como, de montadoras e siderúrgicas do país, possui o maior parque industrial, áreas de atividades agrícolas modernas, bancos, mercados de capitais, empresas transnacionais, comércios, universidades, e possuem as duas metrópoles nacionais, consideradas cidades globais (São Paulo e Rio de Janeiro). O Sudeste é responsável por 56,4% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional.

Esse recorte de privilégios se reflete também na produção acadêmica: a região sudeste possui o maior número de estudantes no ensino superior e, a concentração do maior número de universidades com cursos de pós-graduação. Nela, o percentual de estudantes matriculados em um curso superior é de 44,6 %, sendo a região brasileira que mais possui estudantes em um curso superior (DEPOLE, 2018).

Além disso, o fato da pesquisadora ser sudestina e a pesquisa estar sediada em uma universidade do sudeste também resulta em uma maior adesão de participantes desta região.

Sobre a faixa etária dos participantes, demonstra o gráfico 6:

**Gráfico 6-** Faixa etária



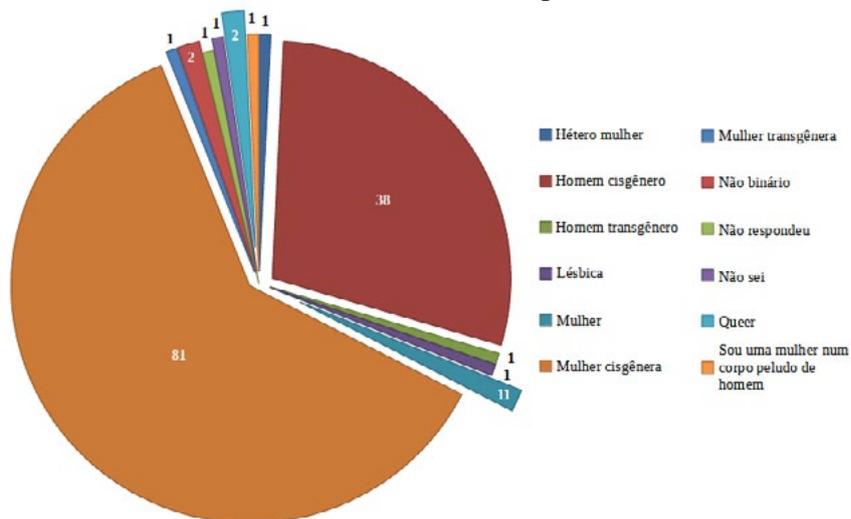
Fonte: Própria (2021) 17

A faixa etária predominante (42 participantes) foi entre 25-29 anos, seguida de profissionais (26 participantes) de 30-35 anos. A probabilidade dessa margem dos 25 aos 35 anos ser maior entre os profissionais respondentes pode-se dar pelo período de formação que se conclui volta dos 25 anos e, neste período, até os 10 primeiros anos de formação, engajam-se em novas atividades, formações continuadas e interesses por ampliar seus repertórios.

Segundo o censo, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) (2019), os ingressos na graduação presencial têm 24,6 anos em média, e os concluintes na graduação presencial possuem, em média, 28 anos.

Sobre gêneros, 131 responderam como elucidado no gráfico 7 a seguir:

**Gráfico 7- Identidades de gêneros**



**Fonte:** Própria (2021) 18

Das 132 pessoas participantes, 131 responderam à questão sobre a sua identidade de gênero, e apenas 11 participantes, se autodeclararam não-cisgênero.

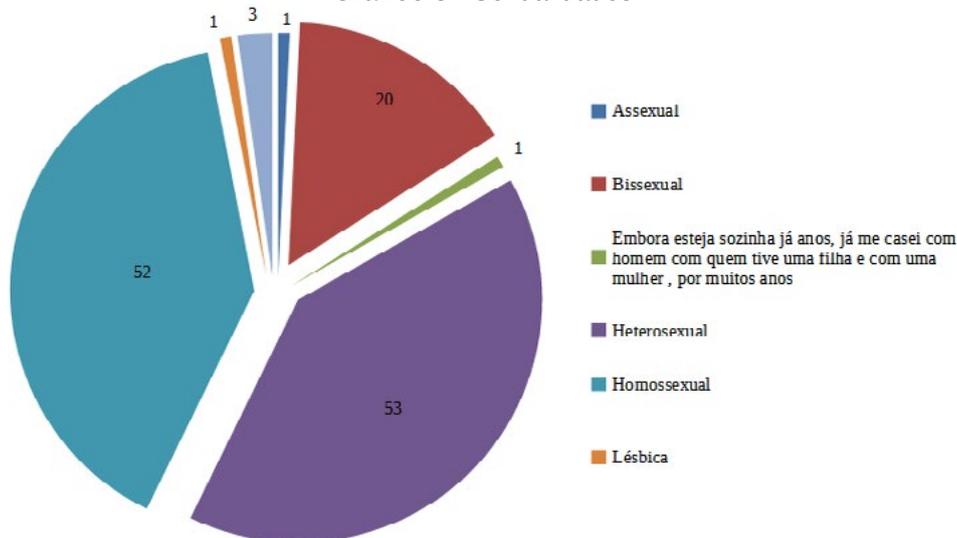
Como explicitado na introdução, identidade de gênero é considerada uma forma como cada pessoa sente que ela é, em relação ao gênero masculino e feminino, lembrando que, nem todas as pessoas se enquadram, e nem desejam enquadrar-se, na noção binária de estabelecido nos corpos sexuais (mulher-vagina e homem-pênis), como no caso de pessoas agênero, *queer* e não binário (DEPOLE; FERIGATO, 2022).

Identificou-se que, predominantemente, a identidade cisgênero é mais autodeclarada pelos participantes da pesquisa, evidenciando a predominância da divisão binária de gênero, homem e mulher entre os/as/es participantes.

Também tivemos participantes que, na questão sobre sua identidade de gênero, mesmo tendo a opção de assinalar “mulher cisgênêra”, colocou na opção outros, “mulher”, “hétero mulher” e “lésbica”. Isso evidencia uma não clareza ainda sobre a diferença entre gênero e sexualidade e suas nomenclaturas, em parte dos profissionais da saúde mental participantes, dúvidas ainda muito presentes na sociedade atual. Além de um “medo”, ou “receio”, de se falar abertamente, em formulário on-line, sobre gênero e suas interfaces, multifaces e suas tantas possibilidades de ser e estar no mundo.

Sobre as sexualidades, 131 responderam como elucidado no gráfico 8 a seguir:

**Gráfico 8 - Sexualidades**



**Fonte:** Própria (2021) 19

Em relação à sexualidade dos participantes, obtivemos 132 respostas e, 79 destas se autodeclararam com outras orientações sexuais que não correspondem à heterossexualidade.

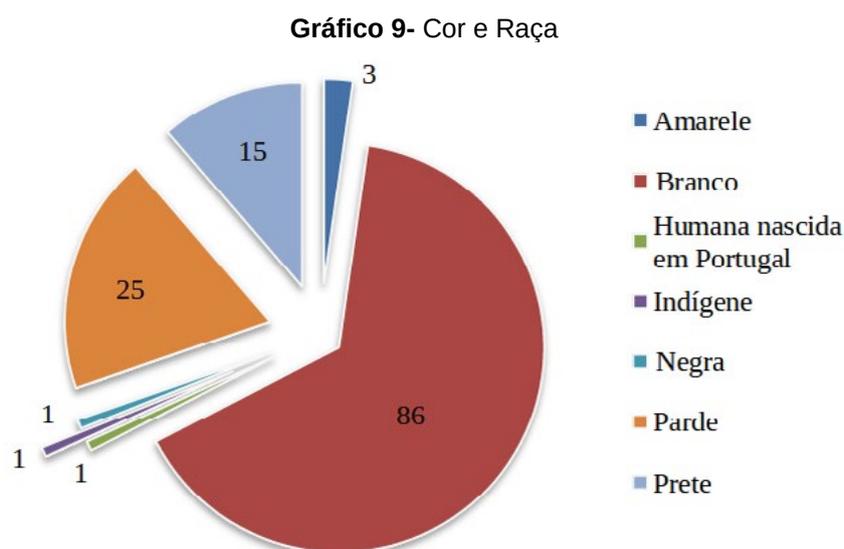
O Instituto Brasileiro de Diversidade Sexual (IBDSEX) na produção intitulada “*Ensaio sobre o perfil da comunidade LGBTI+*”, apresenta dados e análises da Pesquisa Nacional do Perfil LGBTI+ 2018, realizada pela instituição em parceria com o Grupo Dignidade e a Aliança Nacional LGBTI+. Nesta pesquisa, quando se perguntou sobre a identidade de gênero e orientação sexual, notou-se que, no que se refere às identidades de gênero, o percentual de pessoas que responderam “não sei”, “nenhuma” e “outra” somaram 8,4% do total geral, nas orientações sexuais as mesmas opções somaram apenas 1,4%. Parece haver mais certeza quanto à orientação sexual do que a identidade de gênero, recobrando assim, a discussão que ainda há uma dificuldade de conhecimento sobre o assunto, ou um não interesse do aprofundamento do mesmo, sendo um tabu ainda há ser desconstruído (DEPOLE; FERIGATO, 2022).

Entre os 132 participantes que responderam à questão sobre seu gênero e sexualidade, 89 pessoas, ou seja, 67% fazem parte da população LGBTQIA+.

Esse dado nos chama atenção, já que esse percentual não é representativo da população geral, nem dos profissionais da saúde mental.

Inferimos com isso que, disponibilizaram-se para responder o QOL a maioria de pessoas que tem o cuidado da população LGBTQIA+ como preocupação, ou como objeto de sua intervenção profissional, ou seja, as pessoas que, além de profissionais da saúde mental são também LGBTQIA+.

Acerca da cor e raça dos participantes, as autodeclarações estão demonstradas no gráfico 9:



Fonte: Própria (2021) 20

Predominantemente, pessoas brancas (86 participantes) responderam a pesquisa, seguido de pessoas pardas (25 participantes) e pretas (15 participantes).

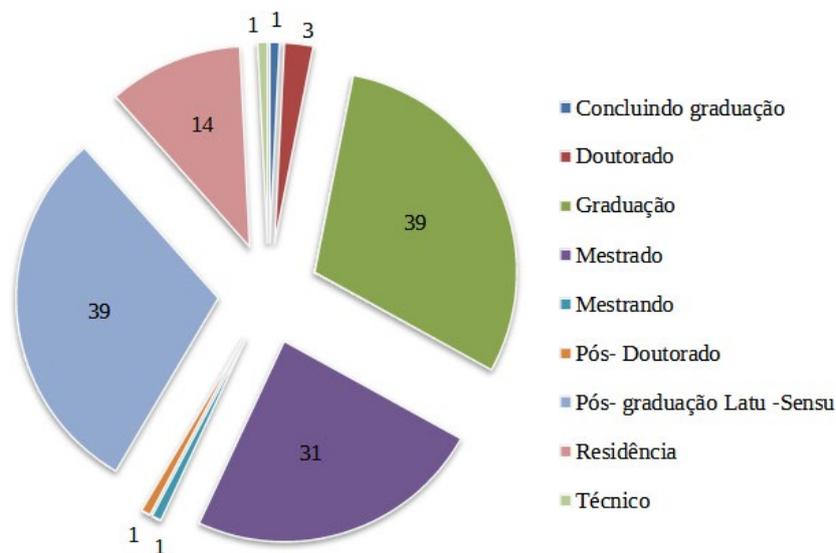
Segundo a pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada<sup>13</sup> (IPEA), apesar dos avanços, em 2017, a população negra ainda correspondia a 32% das pessoas com ensino superior completo. E, considerando a população com 25 anos ou mais, apenas 9,3% dos negros tinham ensino superior completo, enquanto na população branca havia chegado a 22,9%.

As transformações no perfil e no acesso de negros e pardos nas instituições de ensino superior mostram um crescimento de 25% entre 2009 e 2015, enquanto a presença na população total foi ampliada em 5% (IPEA, 2020).

Quanto à formação profissional dos participantes, no gráfico 10 e 11 exemplifica-se a vasta variedade dos graus de formação e núcleos profissionais que tiveram interesse na temática:

13 Acesso em: [https://www.ipea.gov.br/porta/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35896](https://www.ipea.gov.br/porta/index.php?option=com_content&view=article&id=35896)

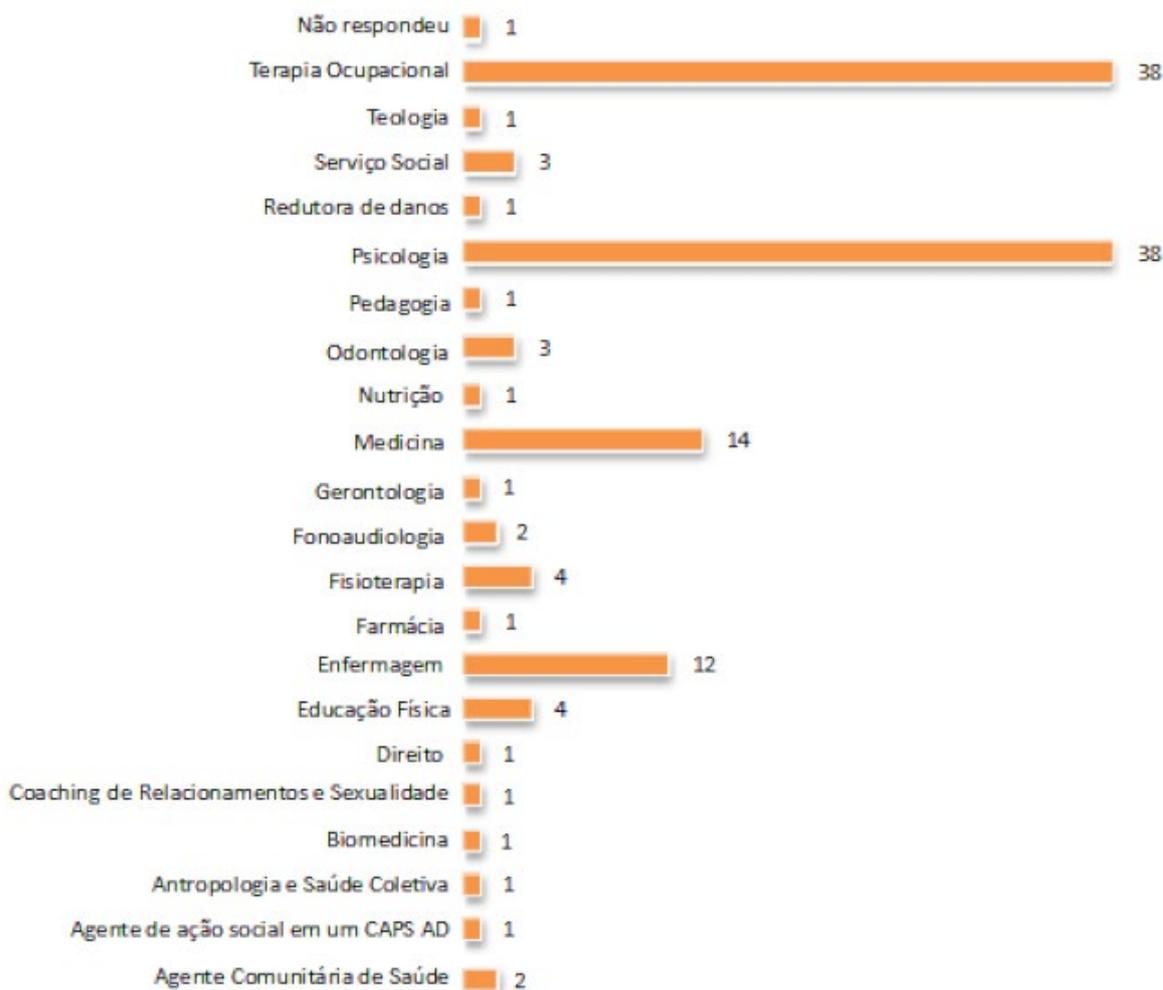
**Gráfico 10 - Formação Profissional**



Fonte: Própria (2021) 21

Entre os 132 participantes, 39 fizeram graduação, como sua formação principal, seguido de 39, que estão concluindo o mestrado e 31, que já o concluíram:

**Gráfico 11 - Núcleos profissionais**

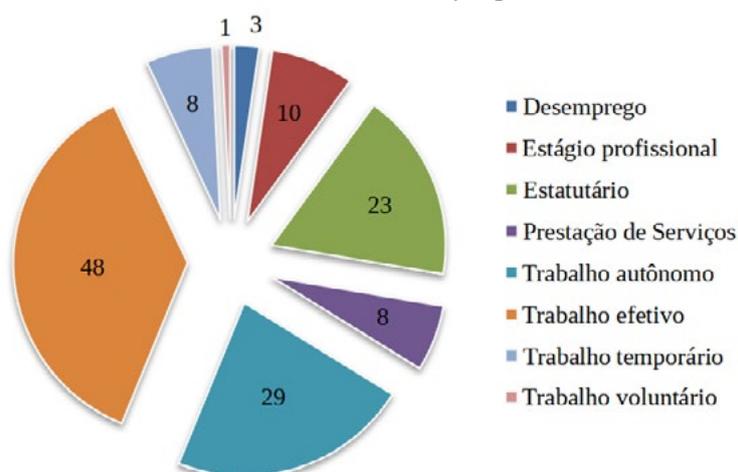


Fonte: Própria (2021) 22

A referida pesquisa foi amplamente divulgada e obteve grande variedade de núcleos profissionais, sendo as profissões, Terapia Ocupacional e Psicologia com a maioria dos respondentes, 38 cada, seguido de profissionais da Medicina (14) e da Enfermagem (12).

Frente aos tipos de vínculos empregatícios e modalidades de trabalho, tivemos 130 respostas e uma diversidade entre serviços públicos e privados, conforme demonstram os gráficos 12 e 13:

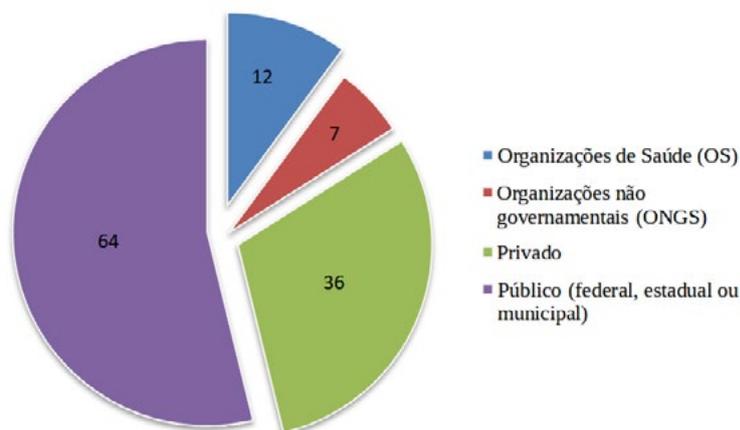
**Gráfico 12 - Vínculos empregatícios**



Fonte: Própria (2021) 23

48 participantes relataram que têm trabalho efetivo (CLT), seguidos de 29 autônomos e 23 estatutários (concursos estaduais).

**Gráfico 13- Modalidades de trabalho**



Fonte: Própria (2021) 24

Em suma, 64 participantes estão inseridos nos serviços públicos. Pensando na formação dos profissionais, vínculos e modalidades de trabalho, a educação na saúde, para formação e qualificação dos profissionais, é um processo histórico que vem sofrendo atualizações ao longo dos tempos.

No campo da qualificação dos profissionais inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), a preocupação com a educação dos profissionais de saúde vem sendo referendada através de modificações nas leis de diretrizes e bases da educação superior, da ação de movimentos sociais e transformações nas políticas públicas. Estas defendem o Sistema de Saúde, direcionando uma reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, com definição de diretrizes para o setor e fortalecimento da integração ensino- serviço comunidade (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi defendida como uma estratégia fundamental para a reorganização das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, através de ações intersetoriais e mudanças no ensino da saúde, constituindo assim, um quadrilátero formado por diferentes atores do processo de trabalho: atenção, ensino, gestão e controle social (BRASIL, 2007).

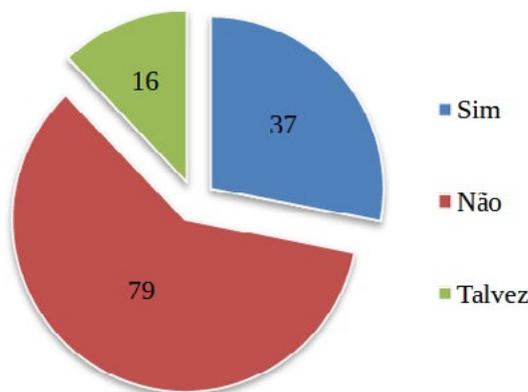
No plano das questões estruturadas, foi perguntado se os respondentes já haviam tido contato com a temática LGBTQIA+ no seu cotidiano de trabalho, se tinham o conhecimento das siglas, sobre a diferença entre identidade de gênero e orientação sexual, e acerca da LGBTQIA+fobia.

Quando questionados, se alguma pessoa que esteve sob seus cuidados, profissionalmente, foi vítima de LGBTQIA+fobia, para todas essas perguntas acima, a maioria dos participantes (+ 90%) afirmou que sim.

A iniciação científica tecnológica de Prado (2022), através da referida pesquisa de doutorado em questão, analisou duas questões coletadas. Através dos dados obtidos da primeira pergunta de pesquisa parceira “*Você conhece políticas públicas de saúde mental específicas para a população LGBTI+? Se sim, qual (is)?*”. Majoritariamente, (60%) dos profissionais afirmaram não conhecer políticas públicas de saúde mental específicas para a população LGBTI+, 28% responderam conhecer e 12% responderam talvez conhecer (PRADO, 2022).

Dos documentos, ações, programas, e rede nomeados, se destacou a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (23%), seguido de ambulatórios especializados e Centros de Referência LGBT+ (15%), direito ao nome social (10%), processo transexualizador (10%) e outros (PRADO, 2022).

**Gráfico 14 - Conhecimento sobre políticas públicas de saúde mental para LGBTQIA+**



Fonte: Própria (2021) 25

Entre as políticas conhecidas, as mais citadas estão ilustradas na figura 3 a seguir:

**Figura 7 - Políticas Públicas mais citadas**



Fonte: Própria (2022) 26

Foi mais citado o termo “Plano Nacional de Saúde Integral da população LGBT”, que não se refere a um plano e, sim, a uma Política denominada Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Essa política foi instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, tornando-se um marco para a luta LGBTQIA+, pelo reconhecimento das especificidades de demandas desse grupo, e os efeitos negativos dos processos de discriminação e exclusão sobre a saúde da população (BRASIL, 2011a).

Apesar de seu grande marco histórico, a política ainda apresenta muitas problemáticas de base, como questões orçamentárias, homofobia institucional, dificuldades nas relações entre governos estaduais, municipais e federal, além de desafios referentes às ideias conservadoras, que dificultam e/ou impedem o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde (MELLO et al., 2011).

Algumas vezes, foi citada a Lei 2016/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil. A lei confere valores importantes aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a prática assistencial, no entanto, destaca-se que, em nenhum momento, a lei cita população LGBTQIA+ e não foi pensada para essa população em específico.

Porém, em 2018, com a eleição de Jair Messias Bolsonaro, esse processo de contrarreforma foi ainda mais acentuado, por exemplo, com a publicação Nota Técnica nº 11/2019 que, entre muitas ações, valida ainda mais práticas manicomiais como, não fechamento de antigos Hospitais Psiquiátricos, através de incentivo financeiro, a defesa com procedimentos manicomiais, como a Eletroconvulsoterapia (ECT), o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, equipamentos majoritariamente geridos por instituições religiosas, que não compartilham de evidências científicas para conduzir suas práticas (LUSSI et al., 2019).

Diante do cenário de desfinanciamento de políticas públicas foram importantes ações de resistência, que têm o objetivo centrado no cuidado integral com a população LGBTQIA+.

Também podemos observar que, apenas 10% dos profissionais participantes acreditam que os atendimentos, ações, direcionamentos, documentos e programas locais/municipais auxiliam o cuidado com essa população. Diante das diversas problemáticas e lacunas já mencionadas, no item, os profissionais destacaram, a) Projeto Transcidadania, b) Prosex SP (PRADO, 2022). Essas iniciativas municipais e estaduais cada região do país tem autonomia para criar e executar conforme demandas e prioridades de cada local, baseado nas políticas locais.

Outros documentos também bastantes citados como, da ANTRA, Grupo Gay Bahia, entre outros movimentos sociais, não são considerados políticas públicas, mas sim movimentos sociais, associações e ativistas em prol à causa LGBTQIA+ que, de forma ativa e participativa, engajam-se em relatórios estatísticos, manuais de classificações de siglas, entre outros documentos e materiais, para divulgação de direitos da população LGBTQIA+, que podem fornecer subsídios para a construção de políticas públicas, sem confundir-se com elas.

Apesar do estabelecimento dessas portarias, atualmente somente cinco hospitais são habilitados para o processo transexualizador, a) Hospital das Clínicas de São Paulo, b) Hospital de Clínicas de Porto Alegre, c) Hospital Universitário Pedro Ernesto (Hupe)- RJ; d) Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás/ Goiânia (GO), e) Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e, outros seis serviços de referência para o processo transexualizador, muitos através de parceria com o estado (BRASIL, 2015b).

Ao se analisar as ações políticas nomeadas pelos profissionais de saúde podemos observar que, apesar de algumas documentações realizarem citações importantes para esse grupo populacional, muitas delas não são específicas para a população LGBTQIA+ e/ou, não possuem direcionamentos específicos para Saúde Mental desta população, mostrando lacunas importantes no âmbito das políticas públicas, entretanto, mesmo diante da escassez de referências, é importante observar

quais são as ferramentas e direcionamentos utilizados pelos profissionais, para basear suas práticas (PRADO, 2022).

Outra pergunta analisada na pesquisa de Prado (2022) foi: *“Você acredita que deveriam existir políticas públicas de saúde mental, específicas para a população LGBTI+? Se sim, por quê?”*. Majoritariamente, (90%) dos profissionais de saúde responderam “sim” para o questionamento, 7% responderam “talvez” e, apenas 3% responderam “não”.

Conforme demonstra a tabela abaixo, essa categoria contou com 5 subtemáticas referentes às argumentações dos profissionais. A maioria, (53%) dos profissionais basearam suas justificativas nas “Violências da cisheteronormatividade, existência de demandas de saúde, saúde mental específicas e necessidade de cuidados especializados”, seguido pelo item “Formulação de políticas como forma de apoio, inclusão, equidade e superação de desigualdades e sofrimentos” (23%) e item, “Barreiras de acesso, despreparo profissional, vazio de direcionamentos, e/ou fragilidades da rede e políticas” (11%), conforme demonstra tabela 4 a seguir:

**Tabela 4** - Argumentações dos profissionais sobre a necessidade da existência de políticas públicas de saúde mental específicas

Itens	Subtemáticas da categoria “sim”	Porcentagem
I	Violências da cisheteronormatividade, existência de demandas de saúde, saúde mental específicas e necessidade de cuidados especializados	53%
II	Formulação de políticas como forma de apoio, inclusão, equidade e superação de desigualdades e sofrimentos	23%
III	Barreiras de acesso, despreparo profissional, vazio de direcionamentos e/ou fragilidades da rede e políticas	11%
IV	Formulação de políticas para formação e direcionamento programático para equipes e profissionais	8%
V	Agravos na saúde mental, depressão, ansiedade, suicídio e homicídio	5%

Fonte: PRADO (2022) 27

Devido a não se enquadrarem à cisheteronormatividade, a população LGBTQIA+ possui em suas trajetórias de vida marcas de violências cometidas por variados agentes da sociedade. Na pesquisa, 53% dos profissionais de saúde acreditam que políticas públicas de saúde mental, específicas para a população LGBTQIA+, deveriam existir, devido às “violências da cisheteronormatividade, existência de demandas de saúde, saúde mental específicas e necessidade de cuidados especializados:

*“A população LGBTI+ possui muitas vulnerabilidades sociais decorrentes de todo pensamento LGBTIfóbico da sociedade, o que influencia diretamente na forma como a saúde mental dessa população é afetada, portanto existe uma grande necessidade que se tenha especificamente para tal pois existem situações que apenas quem é da comunidade LGBTI+ vivência”.* (narrativa de respondente do QOL)

Neste sentido, a população LGBTQIA+ está sujeita a processos de discriminação e violências, afetando suas atividades humanas, como demonstra a fala de um profissional:

*“A realidade de boa parte da comunidade LGBTQIA+ é complexa. Alguns expulsos de suas casas, crises de identidade, ruptura das relações familiares, dentre outras”* (narrativa de respondente do QOL)

Além da vulnerabilidade social já exposta, os profissionais também relataram que o grupo pode estar mais exposto ao uso abusivo de álcool e outras drogas, ao desemprego e à violência, que podem se materializar na forma de assassinatos (PRADO, 2022).

*“(…) saúde pública deve ser destinada a inclusão de todas as pessoas da sociedade, voltadas especialmente para aquelas menos favorecidas, as minorias, e as que têm menor acesso a voz, que sofrem discriminação, estão no alvo de maiores ações violentas e que colocam em risco a sua vida, tem menos oportunidade de emprego e crescimento sócio-econômico e por essa razão estão mais vulneráveis a situações de risco como a prostituição, uso de drogas e substâncias psicoativas, situação de rua e violência.”* (narrativa de respondente do QOL)

Diante do cenário, 23% dos profissionais acreditam na “Formulação de políticas como forma de apoio, inclusão, equidade, superação de desigualdades e sofrimentos” (Item II- Tabela 8). Ou seja, diante das violências advindas da heteronormatividade é preciso a formulação de políticas que promovam a equidade, para a superação, ou amenização das vulnerabilidades que permeiam o cotidiano da população LGBTQIA (PRADO, 2022).

*“De modo geral são populações que têm muitas violações de direitos básicos devido às barreiras de acesso. Quando chegam nos serviços é comum sofrerem LGBTQI+fobia de diferentes formas. Além do que, dentro do campo que atuo, há um vazio maior ainda quando falamos de crianças e adolescentes LGBTQI+ em sofrimento psíquico.” (narrativa de respondente do QOL)*

A necessidade de formação e preparo profissional é citada por apenas 8% dos participantes da pesquisa no item “Formulação de políticas para formação e direcionamento programático para equipes e profissionais” (Item IV- Tabela 8), denunciando também, o pouco aprofundamento dos profissionais com as problemáticas no cuidado com LGTQIA+ (PRADO, 2022).

*“O recorte, nas políticas públicas, auxilia na garantia de direitos e no fazer das políticas enquanto ferramentas de prática. Além disso, auxilia os profissionais das redes a compreender as realidades estruturais que não tem contato.” (narrativa de respondente do QOL)*

Dos profissionais entrevistados, apenas 7% responderam “talvez” para a pergunta norteadora, “Você acredita que deveriam existir políticas públicas de saúde mental específicas para a população LGBTI+?”. As justificativas de resposta se centraram em duas subcategorias: “Foco do cuidado com a diversidade, baseado na inclusão” e “Subcategorias gerando segregação”.

Dos profissionais, 80% centraram sua justificativa na subcategoria “Foco do cuidado com a diversidade, baseado na inclusão”. Os participantes afirmaram que, apesar das especificidades da população LGBTQIA+ o melhor caminho seria a inclusão dessas pessoas nas políticas e equipamentos já construídos.

*“São populações específicas, com cuidados específicos, mas creio que os serviços devem ser inclusivos. Serviços especializados devem ser apenas um degrau para chegar a isso.” (narrativa de respondente do QOL)*

A segunda subcategoria é nomeada “Subcategorias gerando segregação” mencionada por 20% dos entrevistados, pois acreditam que a construção de políticas públicas específicas gera e reafirma processos de segregação, como evidência fala a seguir:

*“Creio que devemos trabalhar com a diversidade focada na inclusão, não criar subcategorias para atender o público LGBTI+, que pode gerar mais segregação. Mas também entendo os limites da saúde mental da maneira que se coloca como política hoje e de que nem todos profissionais de saúde estão aptes ao desafio que se coloca.” (narrativa de respondente do QOL)*

Segundo Prado (2022), observando o tópico anterior, também é possível questionar a real eficácia de apenas incluir a população LGBTQIA+ em políticas generalistas, visto que, muitos dos documentos, não específicos, sinalizados pelos profissionais, apresentam grandes problemáticas, falta financiamento e formação inadequada, para o cuidado integral e equitativo da população.

Por fim, dos profissionais entrevistados, apenas 3% responderam “não” para a pergunta norteadora. Nesta categoria se encontra apenas uma subcategoria nomeada “Inclusão de profissionais qualificados na rede”. A justificativa de resposta desse profissional se centrou na falta de profissionais qualificados na rede:

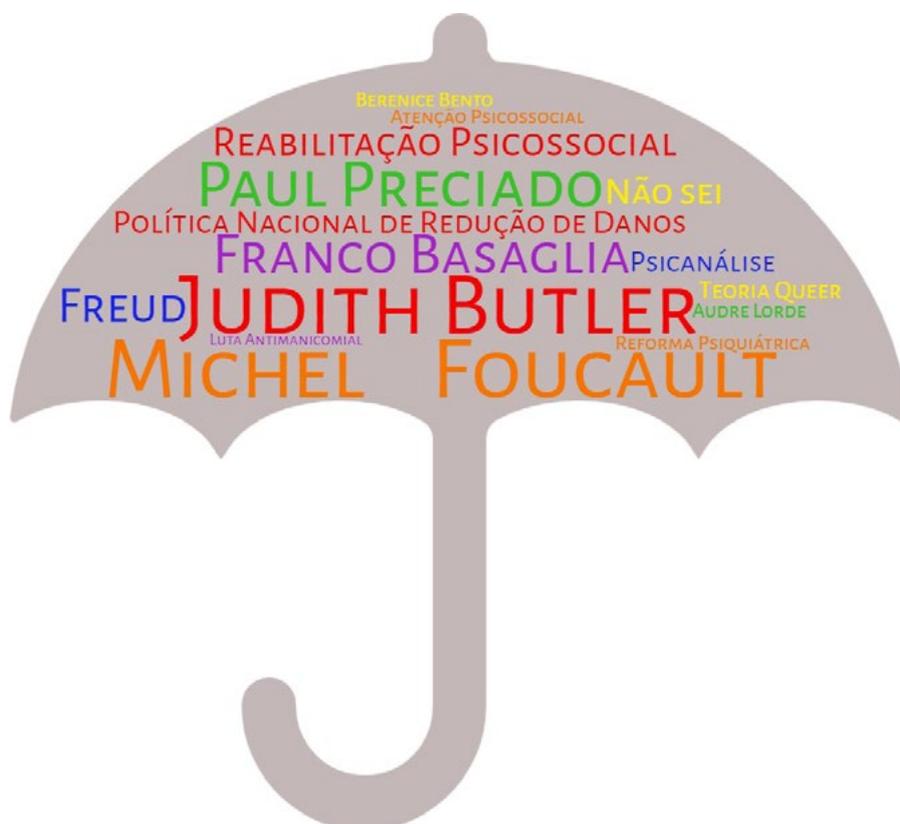
*“Sou a favor da inclusão de profissionais qualificados para nos atender de forma digna, trabalho com profissionais de saúde com CRM que mal sabem como dialogar com pessoas como nós.” (narrativa de respondente do QOL)*

A constante falta de preparo de profissionais na rede é uma realidade, entretanto a problemática só será solucionada com a construção de políticas públicas que garantam e incentivem esses

profissionais a buscarem conhecimentos específicos, seja através de direcionamentos das políticas, inclusão de temas sobre diversidade nos currículos acadêmicos, entre outras ações.

Sobre os referenciais teóricos do campo da Saúde Mental, que contribuem para a prática do cuidado à população LGBTQIA+, obtivemos 104 respostas ilustradas na figura 8 a seguir:

**Figura 8-** Referenciais Teóricos do campo da Saúde Mental



**Fonte:** Própria (2022) 28

Foram citados referenciais, nomes de autores como Foucault, Butler, Berenice Bento, Preciado, Audre Lorde, entre outros menos citados, que são pesquisadores já elucidados aqui, como base das nossas construções, para pensar sexualidade e gênero, não diretamente a saúde mental. Foram citados também autores clássicos da Reforma Psiquiátrica, que, não necessariamente, se debruçaram sobre o tema gênero e sexualidade, como Franco Basaglia, assim como autores que correlacionam claramente saúde mental e sexualidade, como Freud. As correntes teóricas explicitadas, sem referência a nomes de autores incluem, Teoria *Queer*, Psicanálise e Atenção ou Reabilitação Psicossocial.

Chama a atenção, o fato de diversas respostas apontarem para movimentos sociais - como a Luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica – e documentos institucionais (Política Nacional, normativas de conselhos etc.), dando-nos pistas sobre a interferência direta dos movimentos instituídos e instituintes nas práticas de cuidado, assim como, na indução de políticas.

Por fim, também ficou evidente o grande volume de respostas “não sei”, o que também, indica as lacunas de formação e informação, assim como, de ferramentas conceituais difundidas entre profissionais da saúde mental sobre o tema em questão.

Dos 132 participantes, 90% responderam que, já prestaram cuidados em saúde às pessoas LGBTQIA+. Em relação a esses cuidados prestados, os locais e áreas mais citados estão ilustrados na figura 5a seguir, incluindo locais do setor público, privado, terceiro setor, em diferentes níveis de atenção, incluindo serviços de saúde (especialmente da atenção básica e especializada), com a presença significativa de espaços do setor da Educação (escolas e universidades) e da Assistência Social (em especial os espaços de referência socioassistencial básica e especializada).

**Figura 9** - Local do cuidado proporcionado à pop. LGBTQIA+

Fonte: Própria (2022) 29

Chamamos a atenção à expressão da presença dos CAPS e equipamentos substitutivos entre as respostas, com a inserção da RAPS, expressando-se também na Atenção Básica e na Atenção Secundária.

Segundo o site do Ministério da Saúde (<http://www.saude.mg.gov.br/sus>), a Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), enquanto o nível médio de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade feito nos hospitais.

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível comunitário, ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (DEPOLE, 2018). Desse modo, compreende-se que, os Caps estariam contemplados entre os serviços da “atenção especializada” citada pelos participantes.

Houve uma citação referente ao cuidado na Atenção Terciária, ou alta complexidade, que se designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organizam também procedimentos que envolvem alta densidade tecnológica e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia ortopedia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica) e otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo).

A presença de ONGS também foi bem recorrente no cuidado à população LGBTQIA+, pois se sabe que é esse tipo de iniciativa o mais comum ao cuidado, como forma de mobilização social e política, em busca de direitos sociais, de saúde, moradia e trabalho, especialmente para pessoas com deficiências mentais. A presença marcante das APAEs, neste quadro, também

explicita a necessidade de ampliação do tema da sexualidade e gênero e sua intersecção com as deficiências intelectuais.

A maior parte dos estudos relacionados à deficiência, gênero e sexualidade, está focada na abordagem das deficiências físicas, em detrimento das questões de deficiência intelectual, pessoas que, por terem questões intelectuais, muitas vezes têm sua vida sexual infantilizada, inclusive por profissionais da saúde. Nesse sentido os estudos são ainda mais escassos quando se pensa nas sexualidades e gêneros.

De acordo com o estudo de Nicolau (2015), as necessidades de saúde das pessoas com deficiência, mesmo no que se refere à vida sexual, são centralmente determinadas pelo tipo e grau da deficiência, em detrimento dos determinantes socioculturais de gênero ou sexualidade.

Dando seguimento às questões do QOL, quando perguntado se o cuidado ofertado estava vinculado diretamente ao fato da pessoa ser pertencente à população LGBTQIA+, 46% (60 participantes) responderam que sim, 32% (42) responderam que não, 17% (23) talvez e 5% (7) não responderam a referida questão.

Sobre as demandas que chegaram por parte de familiares e usuários, as que mais se destacaram estão representadas na figura 6, onde se destacam uma presença marcante de diagnósticos psiquiátricos, processos de sofrimento psíquico, assim como, experiências de violência, como *bullying* e abandono familiar:

**Figura 10-** Demandas de cuidado



**Fonte:** Própria (2022) 30

Demandas de cuidado relacionadas aos sintomas, ou diagnósticos em saúde mental como, depressão, ansiedade, baixa autoestima- ou atitudes que explicitam alto grau de sofrimento, como as tentativas de suicídio, são as mais frequentes e comumente permeiam a população LGBTQIA+. Desde a infância, com as rotulações atitudinais, ou nas escolas, o “simples” fato da descoberta da

sua sexualidade, ou gênero na adolescência, podem acarretar conflitos emocionais e sofrimento, diretamente relacionados ao enfrentamento de estigmas e efeitos da sociedade heteronormativa.

Como bem relata a pesquisa da USP (2021), a divisão social de gênero em ambiente escolar produz desconforto para o exercício de tarefas simples, como ir ao banheiro, ou frequentar aulas de educação física, o que gera exclusão e pode levar ao agravamento negativo na saúde mental, desmobilização para com os estudos, dificuldade de aprendizagem e potencialização da evasão escolar.

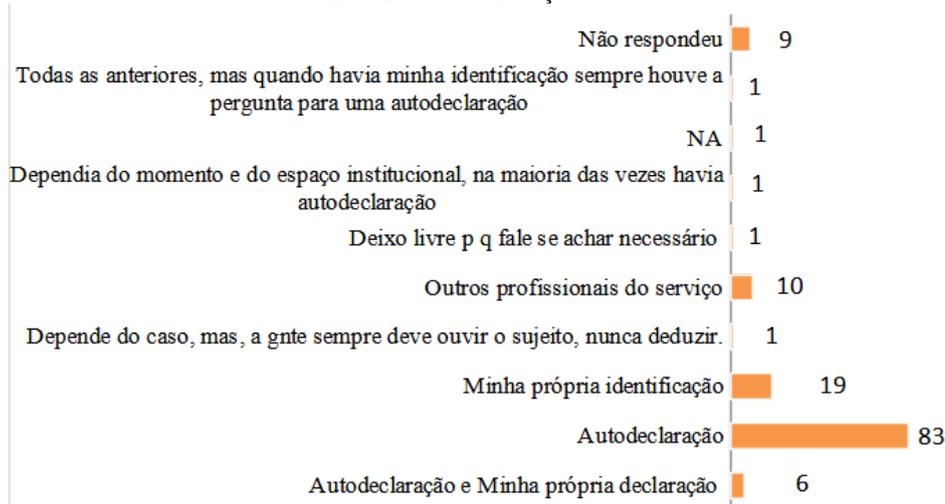
A questão da saúde mental LGBTQIA+ tem sido considerada um problema de saúde pública, no entanto, a maioria dos dados, programas e estudos advindos de ações governamentais pertencem a um recorte temporal de Governos passados, não havendo lastro na gestão bolsonarista.

Enquanto 5,8% da população geral brasileira sofre de depressão e 9,3% sofrem de ansiedade, em pesquisa focada em LGBT+ 28% relatam já terem diagnóstico de depressão, antes da quarentena. Destes, 47% foram classificadas com o risco de depressão no nível mais severo (VoteLGBT, 2020).

Apesar de existir a Coordenadoria de Saúde Mental no Ministério da Saúde do Brasil, responsável pela promoção de políticas públicas em nível federal, sobre a temática, nenhuma política pública é identificada pela mobilização da promoção de saúde mental às populações LGBTQIA+ em nível federal (USP, 2021).

Quanto à identificação da pessoa que chegou até seus cuidados, como pertencente ao grupo da população LGBTQIA+ as respostas variam conforme o gráfico a seguir:

**Gráfico 15 - Identificação do usuário**



Fonte: Própria (2021) 31

De 132 participantes, 121 responderam à questão referente a: como saber que a pessoa que buscou cuidado do serviço é LGBTQIA+. Com isso, 83 participantes responderam que sabem que a pessoa é LGBTQIA+ pois ela se autodeclara, porém, também há o “conhecimento” do outro ser LGBTQIA+ pela “inferência”, ou seja, própria declaração e até mesmo, pela fala de outros profissionais do serviço.

É preconizado nos serviços de saúde, incluir os campos “identidade de gênero” e “orientação sexual”, além do campo de sexo biológico, nos registros de triagem, anamnese, fichas de acompanhamento, cartão de vacinação e outros documentos.

Além de que, nos serviços de saúde, o uso do nome social já é uma garantia do direito dos usuários e está previsto na Política Nacional de Saúde Integral LGBTI, sendo o nome social aquele, pelo qual, pessoas trans, travestis, mulheres transexuais e homens trans preferem ser chamados (as) cotidianamente, refletindo sua identidade de gênero. O nome social é utilizado, quando ainda não foi realizada a retificação do registro civil, e não há exigência de comprovação legal do mesmo (BRASIL, 2011; 2013).

Se a pessoa declarar um nome diferente de seus documentos oficiais, o(a) profissional deve cadastrar o nome social e cabe perguntar à pessoa com quais pronomes ela prefere ser tratada: femininos, masculinos ou neutros (ela/ele/ilu, senhora/senhor/senhore, dela/dele/dilu etc.) (SÃO PAULO, 2020).

A imagem a seguir retrata bem esse movimento de busca pela igualdade nos atendimentos no SUS:

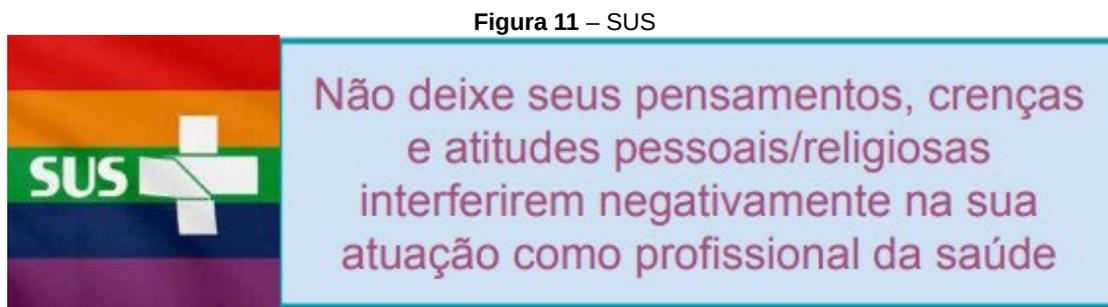


Figura 11 – SUS

Fonte: Laticsufcg.blogspot.com 32

Referente à prática profissional, 57 (43%) participantes responderam que existem ações direcionadas ao cuidado da população LGBTQIA+, sendo específicas do seu núcleo profissional, 59 (45%), que não existem ações nucleares específicas, e 15 (11%) consideram que, talvez, existam especificidades profissionais e 1% não respondeu à questão.

Sobre o acolhimento inicial ao paciente, as ações específicas e as referências teóricas mais citadas por cada núcleo profissional estão descritos na tabela 5 a seguir:

Tabela 5 - Núcleo profissional, acolhimento, ações específicas e os referenciais teóricos

Núcleo	Acolhimento	Ações Específicas	Referências Teóricas
Terapia Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Penso que a principal questão é ter conhecimento sobre as especificidades de gênero e sexualidade, saber que gênero e sexualidade não são a mesma coisa, e saber que a população LGBTQI+ não é homogênea. Gays, Lésbicas, mulheres trans, homens trans, pessoas interssex, pessoas não binárias, pessoas bissexuais... cada população tem a sua especificidade.</li> <li>- O acolhimento e cuidado devem envolver o uso específico ou neutro da linguagem. Deve-se saber as diferenças de sexo, gênero e sexualidade. Deve ser disponível, quando não souber, em perguntar. Criar um ambiente físico acolhedor e não opressor, como por exemplo nas cores e mensagens que geralmente são estampadas em serviços de saúde, que diferenciam lógicas binárias da sexualidade e gênero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Construção de projetos de vida, voltados para ocupações da vida cotidiana.</li> <li>- Entendo que a LGBTI+fobia leva pessoas LGBTI+ a possíveis dificuldades em relação a suas ocupações (relações familiares, exercício da sexualidade, trabalho, paternidade/maternidade etc.), e que posso atuar nesse sentido.</li> <li>Identificação do papel social e otimização da saúde mental.</li> <li>- Ajudar na inclusão dessa população, nas discussões sobre preconceito, de respeito às diferenças. Acho que questões com papéis sociais, alteração de papéis de pessoas trans etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estudos da Ocupação e interseccionalidades.</li> <li>Marcadores sociais da diferença. Terapia Ocupacional Social. Estudos de gênero e sexualidade. Estudos pós-coloniais e decoloniais.</li> <li>- Referencial da Ocupação Humana.</li> <li>- TO em Saúde mental, TO Social, e na verdade toda formação em T.O, que lida com as questões de cotidiano, com a história do sujeito, com seus projetos de vida etc.</li> </ul>

	<p>As avaliações devem ser adequadas ao contexto do cuidado e realidade destas pessoas. Respeitar o uso do nome social, quando houver. Terapeutas ocupacionais devem ser capazes de conhecerem a si mesmas, para lidarem com a diferença e não reproduzirem assimetrias de poder e abjeções.</p> <p>- Acredito que o acolhimento tenha que ocorrer a partir de um compromisso ético- político bem estabelecido pelo profissional, através de uma perspectiva crítica em Terapia Ocupacional, e com capacidade para ouvir o outro, além do sistema vigente.</p> <p>-Ajudar a buscar maiores informações sobre as características do enfrentamento dessa população, em relação aos conceitos, aos preconceitos, ao cenário atual das medidas sociopolíticas, facilitando uma reflexão geral sobre esse autoconhecimento, além de propor um espaço de saúde para compor novas narrativas e ações pessoais.</p> <p>Acredito que o primeiro encontro com a pessoa é precioso e, nesse acolhimento, penso ser importante estar disponível para uma escuta sensível e atenta para o que vier (para que a pessoa se sinta segura para trazer suas diferentes necessidades e demandas).</p> <p>Acolhimento entendendo ser ferramenta transdisciplinar, então, considero que devemos escutar a pessoa, perguntar sobre rede de apoio, projetos de vida, recursos materiais para tomar conta de si, sentimentos e sofrimentos.</p> <p>Pode ser por demanda espontânea, ou por identificação de situações de risco, ou de necessidade identificada pelos profissionais ou familiares, desde a atenção primária nas ESF até serviços de maior complexidade, e saindo nas anamneses questões relacionadas às demandas da temática como, violência, sexualidade, identidade de gênero, preconceito.</p> <p>- Não há um protocolo específico para o acolhimento a essa população, e não podemos perder de vista, que é uma população bastante heterogênea com diversas demandas.</p>	<p>Creio que, como terapeuta ocupacional, muito pode ser realizado com a população LGBTI+, nos campos de autocuidado, como reafirmação de suas identidades, acesso ao trabalho para identificar vagas LGBTI+ e incentivar a busca de emprego/estágio, ocupações significativas etc.</p> <p>Capacitação de toda rede de atenção primária, ensinando o básico: o que é identidade de gênero, orientação sexual, uso de nome social, acolhimento, o que dizer e não dizer.</p> <p>- Ampliação da inserção social das pessoas, favorecendo que, a partir das atividades humanas, potencializar e ressignificar as habilidades e capacidades das pessoas, possibilitar desejos, na perspectiva de produção de vida.</p> <p>- Pensar esse novo cotidiano após “sair do armário”, questões de identidade.</p> <p>- Compreender a situação do sujeito, além de conhecer sobre ele e seu cotidiano e, descobrir como sua rotina e suas atividades de vida diária estão sendo prejudicadas, para assim, encontrar caminhos junto com o sujeito para melhorar sua qualidade de vida.</p> <p>- Atividades de vida diária, instrumentais, lazer, inclusão social.</p>	<p>Material da AOTI- LGBT+ Awareness and Good Practice Guidelines for Occupational Therapists. MDTO é um referencial importante, pois está voltado para valorizar os potenciais e encontrar o sentido e significado de suas ações.</p> <p>Atenção Psicossocial, referenciais teóricos-metodológicos que abordem conceitos importantes para a TO tal como cotidiano, atividades humanas.</p> <p>- Sandra Maria Galheigo. Terapia Ocupacional centrada na pessoa, referencias da ciência ocupacional, referencial do desempenho e engajamento ocupacional, a própria política nacional de humanização, e de saúde mental também.</p> <p>- O referencial da Reabilitação Psicossocial, que leva em consideração a pluralidade do individuo, suas singularidades, seu território, junto a compreensão do individuo pela Terapia Ocupacional, de como a atuação deste indivíduo em seu cotidiano poderia nos nortear sobre práticas direcionadas à população LGBTI+ a partir da leitura deste contexto identificando as reais demandas.</p> <p>-Gustavo Monzeli - sobre travestilidade e homens gays</p>
--	--	--	---

	<p>O acolhimento deve ser realizado com escuta, sensibilidade, preparo técnico. A pessoa deve ser chamada pelo nome e pronome que eleger, no caso de transexuais e travestis. E em outros casos, não necessariamente, o acolhimento vai abordar a orientação sexual e identidade de gênero do usuário, em um serviço de saúde mental, variando muito do quanto o acolhido consegue falar sobre esse assunto e, se esta é a demanda mais urgente.</p> <p>-Acredito que, em algum momento das trocas, no processo de escuta da pessoa, seu cotidiano e relações, tal tópico irá surgir, conforme os vínculos forem sendo desenvolvidos. A pessoa, sentindo-se segura e, confiando no profissional, podem juntos pensar em estratégias para lidar com as questões referentes ao tema.</p>		<p>Leticia Ambrósio - sobre interseccionalidade raça-gênero-sexo e lesbianidade.</p> <p>Dionne - sobre intersex e transexualidade. Kezia Maximiliano - sobre transexualidade.</p>
<p>Psicologia</p>	<p>-De escuta intensa e acolhedora. Ajudar na desconstrução de crenças limitantes.</p> <p>Fortalecer a autoaceitação, autoestima e autoconfiança, para o enfrentamento das dificuldades e, para melhorar o bem-estar mental e emocional.</p> <p>Ofertando um espaço de escuta e de fala, levando em conta como ela se identifica, como prefere ser chamada e tratada.</p> <p>Auxiliá-la em reflexões sobre sua trajetória pessoal, identificação de pontos de apoio e dificuldades no atual momento, construção de projetos de futuro.</p> <p>Idealmente, qualquer pessoa deveria tratá-la com respeito e acolher a demanda que essa pessoa apresenta, qualquer que seja, independentemente dos julgamentos pessoais que possa haver, principalmente</p>	<p>-TCI, atendimento ambulatorial, grupo de meditação.</p> <p>-Comissão de psicologia, gênero e diversidade sexual do CRP.</p> <p>-Temos resoluções a respeito do atendimento da população LGBTI+.</p> <p>-O aprofundamento das questões subjetivas de cada indivíduo, de acordo com suas experiências singulares de vida e uma perspectiva e formação transfeminista da profissional que realiza o atendimento.</p> <p>-Existem ações e movimentos para que os profissionais respeitem e entendam como o seu atuar é importante e significativo para a população LGBTI+; luta contra a cura gay; cartilhas para acolhimentos específicas.</p>	<p>-Todas as partes humanistas, os referenciais de desenvolvimento humano.</p> <p>-Estudos de gênero e sexualidade, estudos queer, psicologia positiva, saúde pública etc.</p> <p>-Autores do campo da Atenção psicossocial, clínica ampliadas e referenciais teóricos da abordagem clínica de cada profissional.</p> <p>-Teóricas feministas, estudos de gênero, psicanalistas contemporâneas.</p> <p>-Autoras/es feministas e transfeministas que ajudam a compreender e conhecer as experiências de vida LGBTI+, a história dessa população e a história da discriminação contra ela.</p>

	<p>porque todes que atuam comigo são agentes públicos e devem à população tratamento respeitoso, igualitário e livre de preconceitos.</p> <p>Penso que o acolhimento humanizado já seria bastante coisa, até que a pessoa LGBTI+ chegue até mim, uma vez que, cada profissional tem sua área de atuação específica e, eu considero que o que esteja em falta seja principalmente a compreensão e respeito à população LGBTI+.</p> <p>Escutar e ir, a partir da sabedoria da pessoa, sobre suas vivências e corpos.</p> <p>-Em primeiro lugar não patologizar a sexualidade ou identidade de gênero dela, respeitar nome social e pronomes.</p> <p>Entender que a lgbti+fobia é uma opressão estrutural e, que há rede de amparo fora do ambiente familiar. Acompanhar e pensar em estratégias pra lidar com a opressão seria um caminho, sendo essa a questão central, ou não.</p> <p>- Sempre levando em consideração a forma como ele se reconhece e está inserida no mundo. A pauta jamais deve surgir do profissional, mas sim da demanda emergente do paciente.</p> <p>- Em primeiro lugar, uma escuta respeitosa, empática, atenta e delicada, que valide todas as vivências e os sentipensamentos, agradáveis e desagradáveis, da experiência de ser LGBT em um mundo cisheterossexista.</p> <p>- Acolhimento é embasado em escuta qualificada e empatia. Ouvir a queixa, a demanda, ou simplesmente o dito.</p> <p>Orientar, informar - caso haja espaço e desejo.</p>	<p>-Escuta e acolhimento.</p> <p>-Uma especificidade interessante é o acompanhamento da população de pessoas trans e travestis em relação aos processos de hormonização e encaminhamentos cirúrgicos - essa é uma demanda específica do meu núcleo profissional dentro desse serviço específico.</p> <p>- O combate contra práticas preconceituosas e desaprovadas pelo nosso conselho, como “cura gay”, também é importante.</p> <p>-O aprofundamento das questões subjetivas de cada indivíduo, de acordo com suas experiências singulares de vida, uma perspectiva e formação transfeminista da profissional que realiza o atendimento.</p>	<p>-Scott, Deleuze, Guacira Louro, Foucault.</p> <p>-Cartilhas específicas CRP/ CFP.</p> <p>-Estudos críticos de gênero e sexualidade (Judith Butler, Audre Lorde, Patrícia Hill Collins, Marco Aurélio (UFMG), Jaqueline Gomes de Jesus, Amana Mattos e outros nomes).</p> <p>-Preciado e Butler já ajudariam. Mas penso que é um problema muito mais estrutural do que teórico, envolve mais uma posição de disponibilidade e renunciar ao moralismo mesmo.</p>
Medicina	<p>-Livre de julgamento, começando em perguntar como o indivíduo gostaria de ser chamado.</p> <p>- Uma verdadeira escuta ativa, sem pré-conceitos, ou achar que toda consulta da pessoa está relacionada ao fato de ser uma pessoa LGBTI+.</p>	<p>-Atenção diferenciada às demandas, criação de grupos de trabalho para discutir atenção à população LGBTI+, entre outros.</p> <p>-Saúde da população LGBTI+ na Estratégia Saúde da Família e Comunidade.</p>	<p>-Rodrigo Moretti-Pires</p> <p>-Protocolo Ministério da Saúde e municipais.</p> <p>-PNSILGBT</p> <p>-Documentos da WPATH</p>

	<p>- Inicia-se com o nome social, SEMPRE, e acredito que, em seguida, deve-se partir de um lugar de honestidade de que, de fato, não há muita literatura capaz de nos dar repertório para fazer um atendimento integral da saúde de pessoas LGBTQIA+. Mas colocar-se à disposição para, juntas, buscarem um espaço de cuidado mútuo facilitando a formação de vínculo. É sobre estar presente.</p> <p>- Precisa ocorrer várias sensibilizações e capacitações nesta temática, bem como, a construção de protocolos específicos.</p> <p>- As profissionais devem ter noção de singularidade.</p>	<p>Saúde Mental. A população LGBTI+ parece, na prática clínica, necessitar de maior atenção em relação a saúde mental, além de, muitas vezes, precisar de um enfoque com conhecimentos específicos.</p> <p>-Organização de protocolo clínico para prescrição de hormônios para pessoas Trans, na Atenção Básica e ambulatório de especialidades.</p> <p>Articulação de hospital para realização de cirurgias para pessoas Trans.</p> <p>-Respeitar a identificação pessoal e ampliar a escuta.</p>	<p>-Ética médica. Dever do médico. Códigos de postura.</p>
Enfermagem	<p>Primeiro realizar a escuta ativa, e deixar aberto o modo como a pessoa deve ser tratada, além da criação de confiança e vínculo, para continuidade e longitude do cuidado.</p> <p>- Tratamento respeitoso, garantindo a equidade no atendimento.</p> <p>Primeiramente precisamos conhecer seu nome social que é a forma que a pessoa gosta de ser tratada. E tratá-la com respeito, avaliando sua singularidade, como qualquer outro usuário do serviço. Não podemos negar que a assistência precisa respeitar suas necessidades.</p> <p>O acolhimento ocorre na porta de entrada do atendimento, pois muitas pessoas transgênero não possuem no seu documento o seu nome social e a humanização devem começar ali. Muitos ficam constrangidos e fogem do atendimento, quando são chamados pelo seu nome de nascimento.</p> <p>- Chamá-la por seu nome social, ou como a pessoa preferir; respeitá-la na sua identidade e vontade; oferecer atendimento integral, igualitário sem preconceitos ou discriminações.</p>	<p>-Notificação de agravo à saúde e violências.</p> <p>-Respeito ao nome social, consultas e orientações de acordo com sua singularidade. Devo ressaltar que, não são todos os profissionais, mas, já percebemos uma evolução sim.</p> <p>-A humanização.</p>	<p>- A política LGBTI+ que deveria ser trabalhada em todos os cursos da área de saúde. Os coletivos que estão funcionando nos estados, destaque para Pernambuco que já possui uma organização definida e atuante.</p> <p>-Treinamento, proatividade de aprendizagem.</p> <p>-Acredito que as orientações do ministério da saúde, no entanto, não conheço autores específicos da minha área que escrevem sobre o assunto.</p>

Agente de ação social em um CAPS AD	- De forma respeitosa e, principalmente, sem julgamentos, além de ser tratada pelo nome social.	N / E	A violência contra esse público e, como abordar para melhorar isso, em nossa sociedade, os direitos das/os cidadãs/os, além de abertura de espaço profissional, com cursos profissionalizantes, para que estas pessoas não tenham que se prostituir para sobreviver.
Teologia	N / E	Religião	-Referenciais ligados a Teologia Queer.
Agente Comunitária de Saúde	O mais natural possível, com respeito, atenção e discernimento,		Específico, seria mais, em prevenção e promoção da saúde para infecções sexuais transmissíveis.
Fisioterapia	O acolhimento deve ser sem distinção de gênero / sexualidade. Livre de julgamentos perante sua história.  Trato igualmente como qualquer paciente que eu atendo, sendo ele hétero ou não.	-Quanto às especificidades da população LGBTI+, penso especialmente nos cuidados durante o processo de redesignação sexual, seja pela hormonioterapia, que atinge diretamente funções musculoesqueléticas, quanto pela cirurgia em si, em que podemos auxiliar desde a função até a estética	-Prevenção, saúde pública.
Educação Física	- O ideal é que fosse tratado como ser humano. Com respeito e empatia.  - Acredito em um cuidado integral e de forma mais natural possível, sem distinção.	-Tem muito sexismo nas atividades realizadas dentro da Educação Física e conseqüentemente homofobia.	N / E
Serviço Social	- Realizo uma acolhida buscando desmistificar condutas que reforçam qualquer tipo de preconceito.  - Dialogar, empatia sempre, deixar que ela diga o que sente e tentar orientar para o melhor atendimento.	-No processo transexualizador do SUS, exclusivamente, tanto assistentes sociais e psicólogos/as/es devem operar seus pareceres como atribuições privativas quando operam em equipes.	- DUARTE, ROCON, ALMEIDA, BRASIL, IRINEU, FERREIRA etc. -Atenção básica e inclusiva.
Odontologia	- Deixando livre para se identificar/ revelar orientação sexual.	N / E	-Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual.

Fonte: Própria (2021) 33

Evidencia-se o esforço da valorização das identidades profissionais, assim como, das especificidades disciplinares em diálogo com o objeto central de cada profissão, como a atividade humana no caso da Terapia Ocupacional; a psiquê, no caso da Psicologia, para citar exemplos das profissões mais representadas quantitativamente.

Ficaram em evidência o enfoque (1) em questões atitudinais e posturas profissionais, que são, na realidade, deveres éticos de qualquer profissional da saúde; (2) práticas apontadas como nucleares, que são, muitas vezes, próprias do campo da saúde, ou ações de natureza interdisciplinar e (3) a valorização dos referenciais das Ciências Humanas e Sociais como ancoragem teórico-prática.

Foi perguntado aos participantes se, antes de serem interpelados por esse instrumento, já havia pensado sobre esse tema na sua vida profissional e 90% afirmaram que sim.

Cruzando esses dados numéricos com o processo vivido pela própria pesquisadora, também profissional da saúde mental e pertencente à população LGBTQIA+, encontra-se na análise qualitativa diferentes perspectivas e processos experimentados nas práticas de cuidado do outro, processos aos quais daremos passagem pela narrativa dos/as/es participantes. Em duas categorias: (1) Violências vividas, (2) Processos singulares das vidas LGBTQIA+ e saúde mental.

## **VIOLÊNCIAS VIVIDAS: ATRAVESSAMENTOS DA EXPERIÊNCIA DE SER LGBTQIA+**

*“Ela chorou  
Por muitas noites  
Ela chorou  
Sozinha  
Ela tentou  
Ela gritou  
Ela contou  
Tua vida  
Ela falou  
De uma garota  
Ela sorriu  
Como nunca  
Sua mãe falou  
Que se assustou  
Não era o que  
Ela sonhou  
Com medo vi  
Que ela ficou  
Mas logo após  
Me abraçou  
A mãe chorou  
E entendeu  
Não a julgou  
A acolheu*

*Ela sou eu  
Vivendo o que  
Sempre escondeu”*

*Ana Gabriela  
Canção: Carta Para Mãe*

Um dos aspectos importantes que comparecem como constitutivo do sofrimento psíquico da população LGBTQIA+, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde mental é a vivência de processos de violência. Entre as violências citadas textualmente pelos participantes no QOL, tiveram destaque as violências familiares, institucionais e estruturais.

### • NÃO ERA O QUE EU SONHEI PARA VOCÊ: **Violências familiares**

Na representação social da maior parte das pessoas, quando se pensa em núcleo familiar, idealiza-se um lugar que deveria ser abrigo, acolhida e lar, no entanto para a população LGBTQIA+, muitas vezes, esse espaço se torna prisão, medo e uma constante tensão em “ser descoberto” pelos seus familiares.

*“Uma paciente relatou a dificuldade da família, da esposa, em aceitar o relacionamento, e discutimos sobre como esse sofrimento a afetou, como está ligado a uma estrutura maior, e pensei, em como é difícil enfrentar, em atendimento individual, algo muito maior.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Foi um paciente de um serviço privado de saúde mental. Sofria fortes agressões e intolerâncias por parte da família. Pensei sim, no assunto, mas confesso que, na época, sinto que não dei devida atenção, apesar de ter acolhido e trabalhado a demanda.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sim, estávamos acompanhando um caso em que a família não aceitava a orientação sexual da adolescente e, em decorrência disso, ela já havia tentado suicídio por 2 ocasiões. Em seus relatos, trouxe-nos memórias de diversas situações, que no contato com a sociedade se sentia menosprezada, com dificuldade de relacionamentos, preconceitos advindos da escola. Após esse atendimento, realizamos uma roda de conversa entre os profissionais e inserimos em nossos atendimentos a abordagem das questões de gênero e sexualidade, percebendo que saúde mental não pode estar afastada destas questões.”(narrativa de respondente do QOL)*

*“Uma paciente lésbica foi expulsa de casa pela família. Quando comecei a atendê-la, já havia alguns anos desse fato e, ela foi acolhida pela mãe da namorada. O sofrimento psíquico da paciente estava diretamente relacionado a essa violência familiar.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“O mais recente caso de LGBTQIA+fobia, muito claro, de um adolescente gay, com dificuldade de diálogo com sua mãe, pai e outros familiares.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Atuo em um CAPSij e, eventualmente, recebemos casos de usuários com conflitos familiares, e/ou quadro de adoecimento mental relacionado à não aceitação de sua sexualidade/gênero por parte de familiares, amigos, e desconhecidos, na rua. Muitas vezes, são vítimas de violências físicas e psicológicas.”(narrativa de respondente do QOL)*

*“Muitas vezes a pessoa não se encaixa no núcleo familiar, ou social, por rejeição e incompreensão do núcleo em que vive, causando dor, depressão.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A sociedade é preconceituosa, muitas vezes a família não aceita. É onde as pessoas começam a desenvolver depressão e outros problemas psicológicos.” (narrativa de respondente do QOL)*

A família é o primeiro lugar onde as pessoas, independentemente do modo como vivenciam seus gêneros e sexualidades, aprendem a afirmação das diversidades, ou a LGBTQIA+fobia, seja no sentido de serem atores, seja no de ser alvo da mesma.

Para Schulman (2010), a homofobia familiar é um fenômeno que faz parte da vida da comunidade LGBT e, que se configura como uma crise cultural ampla, visto que, se trata de uma violência inequívoca, mas, ao mesmo tempo, negada e invisibilizada no mundo privado:

As especificidades e dimensões da homofobia familiar são amplas. Elas podem variar desde pequenos desrespeitos a graus variados de exclusão, chegando a ataques brutais que deformam a vida da pessoa gay, ou até a crueldades diretas e indiretas que literalmente acabam com a existência daquela pessoa (SCHULMAN, 2010, p.67).

Para responder a heteronormatividade, as famílias investem pesadamente, e de modo inconsciente, para que, seus filhos e filhas tornem-se heterossexuais e façam as correspondências das performances de gênero correspondentes ao seu sexo biológico (TOLEDO; TEIXEIRA, 2013). Esse processo foi apontado pelos participantes como uma das violências vividas pelos usuários que os acessam, sendo ela, uma fonte de sofrimento psíquico que acompanha os usuários ao longo da vida.

Durante uma entrevista, Bento<sup>14</sup> denuncia que, os pais continuam levando seus/suas filhos/filhas para serem “tratados/as” nas clínicas e nos consultórios. A pesquisadora ainda reitera: Diagnosticar como homossexual não pode, mas diagnosticar como transtorno de identidade de gênero é legalmente possível? E, por que os pais procuram a ajuda de profissionais? Seria porque suas filhas não gostam de brincar de bonecas? É só isso? É o fantasma da homossexualidade, que ronda a produção de subjetividade na vida doméstica, resultando em processos de opressão e normalização de corpos, que não correspondem ao esperado socialmente (DIAS, 2014).

São muitas convergências que existem dentro do tabu do ser LGBTQIA+. Sim, em superfície parece que a maior parte das pessoas já aceita pessoas LGBTQIA+ nos seus convívios sociais, mas

14 Acesso: <https://doi.org/10.1590/0104-8333201400430475>

isso é completamente diferente quando essa pessoa LGBTQIA + é seu filho(a), sobrinho(a), neto(a), irmão(ã), pai ou mãe. Há ainda muita violência escondida nos discursos de “ah se fosse meu filho, eu aceitaria com certeza!”, violências que são vividas cotidianamente quando simplesmente as expectativas de uma vida cis-heteronormativa são quebradas socialmente e, com isso, o caminho para a não violência ainda é longo, e profissionais da saúde estão cada vez mais recebendo essas demandas conforme vimos acima, então incluir familiares nos acolhimentos é uma potente abertura do caminho, para a compreensão da existência das tantas siglas e, que, não se trata de uma estranheza seu familiar fazer parte de uma delas.

- **POR MUITAS NOITES SOZINHAS: Violências institucionais e estruturais**

A construção de ações e cuidados em saúde são discriminatórias e produtoras de violência, parecem compor a lógica heteronormativa que orienta a formação e os padrões de atendimento em saúde, assim como, em outros setores assistenciais. Os atendimentos apareceram como heteronormativos, produzindo violências e reproduzindo uma estrutura que perpetua a hierarquização sexual.

*“Não foi respeitado o seu nome social quando foi ao médico. Preconceito, falta de empatia por parte do profissional.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Um caso de uma usuária (Lésbica), que foi realizar o exame de lâmina (citologia oncológica) e a técnica disse que a mesma não precisa fazer o exame. Porque duas mulheres juntas era a mesma coisa de chupar charque. Na frente das outras usuárias e ficaram todas rindo da mesma.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Em uma reunião com uma das secretárias municipais de saúde de meu território, quando discutíamos sobre a implantação da hormonoterapia para pessoas trans no município (...) me foi dito haver problemas de saúde mais urgentes.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Vejo que, ainda temos tanto preconceito e discriminação! Algo que me marcou foi quando trabalhei em um CAPSadIII, local, onde recebíamos com frequência pessoas trans. Presenciei por diversas vezes profissionais que insistiam em não chamar a pessoa pelo nome social e fazíamos sempre discussões com relação a isso (garantindo que o nome dos prontuários fosse o nome social e, que os profissionais respeitassem isso, não tolerando falas preconceituosas). Vejo que, o que me auxiliou a aprender e a rever também minhas posturas, foi ter uma mulher trans na equipe (quando cheguei na equipe ela me contou que quando ela iniciou o trabalho lá - alguns anos antes que eu - houve resistência de alguns profissionais, de que ela utilizasse o banheiro feminino!!! Dentre tantas outras situações absurdas que ela viveu. Vejo que a gestão local teve um papel essencial de colocar a temática na roda, problematizar e fazer com que as pessoas agissem com respeito e revissem suas posturas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A violência à comunidade LGBTI+ faz parte da realidade dos serviços de saúde e sempre mobilizam muitos sentimentos, tanto de ordem pessoal, como de ordem profissional. O triste é ver alguns colegas de profissão insensíveis à causa.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A própria equipe de saúde faz comentários tendenciosos na ausência do paciente.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A falta de políticas públicas em defesa da população LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Pensei na situação de violência, pois isso é algo comum entre pessoas LGBTI+, e pode ser facilmente negligenciado por profissionais da saúde. Já presenciei muitas situações, com os usuários atendidos, em que isso ocorria. É necessário, que se discuta sobre isso na área da saúde e, haja atenção a esses casos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A própria equipe de saúde faz comentários tendenciosos na ausência do paciente.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“De modo geral são populações que têm muitas violações de direitos básicos, devido às barreiras de acesso. Quando chegam aos serviços é comum sofrerem LGBTQI+fobia de diferentes formas. Além do que, no campo que atuo, há um vazio maior ainda, quando falamos de crianças e adolescentes LGBTQI+ em sofrimento psíquico.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Os modos de enfrentamento da violência, vivenciados por pessoas LGBTQs, cotidianamente, geram traumas psicossociais, assim como a morte, seja por homicídio ou suicídio. A violência contra LGBTQs, além de um caso de justiça, segurança pública, é também de Saúde pública, pois infere no desenvolvimento emocional e, sobretudo, implica negativamente no desenvolvimento de habilidades e capacidades, para que pessoas LGBTQs construam trajetórias ocupacionais dignas e justas com aquilo que esperam para si mesmas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Uma população com sofrimentos específicos, em decorrência dos parâmetros sociais e individuais estabelecidos e, que, sofre diversas violações de direitos que a torna mais vulnerável, inclusive no sentido de acessar os serviços públicos de saúde, assistência social, etc.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Essa população sofre por questões que, nem sempre, são as mesmas da população cis hétero, e demandam soluções e tratamentos que a rede, nem sempre, está preparada para dar. No futuro, espero que a rede pública possa acolher essa demanda, normalmente, nos serviços, mas acho que por enquanto a LGBTQ+fobia institucional é um obstáculo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Ainda é muito raso o acesso aos serviços de saúde. O acolhimento não tem preparo e muitos profissionais colocam suas ideologias a frente do paciente.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A população LGBTQ+, em muitos momentos, deixa de procurar assistência em saúde por medo e vergonha. Muitas vezes inventa rotinas de vida, para serem aceitos na sociedade, e isso inclui o atendimento em saúde.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Comunidade LGBTQ+ é vítima constante de violência por parte de muitos setores da sociedade, desde o núcleo mais íntimo até esferas públicas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“É uma população que ainda vive em grande vulnerabilidade e exclusão. Boa parte dos profissionais não possui, sequer, manejo no cuidado a esse público.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“O que mais falta é atendimento para essa população, pois são poucos profissionais qualificados para isso.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A violência institucional é difícil de superar. Dificuldades de espaços adequados para acolhimento desta população, ausência de formação para profissionais, assim como, sensibilidade ao tema.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A violência estrutural a esta população gera sofrimento e violência a quase a totalidade dela, e como sociedade devemos nos responsabilizar por isto e acolher estas dores em um espaço seguro.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Como havia falado antes, percebo muito preconceito e discriminação (e até desconhecimento em algumas situações) nos diferentes espaços de saúde (seja no que contei do CAPS, ou do que ainda percebo hoje na atenção básica. ex: em várias discussões de caso, já vi profissionais falando de “opção sexual” ao invés de “orientação sexual” e, aí, é importante que a gente já discuta na hora... acho que é algo que tenho tentado estar atenta e fazer, mas ainda temos que caminhar muito! Lembro de vários relatos de usuários que atendia no CAPS ad que, quando precisavam passar pela UPA (em um episódio que estavam intoxicados) eram tratados com preconceito, descaso e até mesmo com violência (desde verbal até mesmo a contenções físicas desnecessárias). Se isso acontece nos serviços de saúde, que estão ali, para prestar um cuidado, quanto que não acontece no cotidiano de cada um?” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Na minha prática clínica, os dois principais enfrentamentos externos correspondem, a lidar com uma família que oprime o lado mais vulnerável, uma criança, e lidar com uma equipe que, em sua maioria de profissionais, inviabiliza questões associadas a esta temática, ou prática violência simbólica, através de piadas e comentários inadequados. E, ainda, com uma equipe gestora opressora, que não avança na direção da defesa da diversidade. E isto representa um grande contrassenso, pois trabalhar com pessoas com autismo e outras deficiências, já se constituem como uma ação ética e política, na medida em que, estas crianças encontram-se à margem da sociedade em muitos aspectos, e não seria possível desconectar isso das outras formas de opressão, mas, na prática, isto ocorre internamente. O meu maior enfrentamento está relacionado a uma profunda sensação de impotência, e de um trabalho terapêutico limitado, que esbarra em questões maiores.” (narrativa de respondente do QOL)*

Paulino (2016), em sua pesquisa, identificou os discursos de médicos da atenção básica sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBTQs+. Uma das falas que

apareceram, questionava a necessidade de um ambulatório diferente, específico para o cuidado da população LGBTQIA+. O autor contesta essa proposta, pois, já, que, se deve pensar na população LGBTQIA+ como um todo, o ideal é que todos (as) tenham acesso e atendimento garantido com qualidade na Estratégia Saúde da Família, porta de entrada do SUS, pois a justificativa é, de que, as pessoas desta população estão sujeitas às mesmas doenças da população em geral.

O estudo de Fébole (2017) investigou a produção de violências na relação de cuidado em saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTs) em sua relação com os efeitos de visibilidade e invisibilidade, dessa sexualidade, no âmbito da saúde pública no Brasil. Desse modo, as ações em saúde se orientam majoritariamente para o cuidado com corpos heteronormativos e, quando essa lógica é quebrada de alguma forma, há um esforço de correção, por parte de profissionais, em normatizar aquilo que foge de seu campo de inteligibilidade. Ademais, a construção identitária LGBT é marcada por associações, estigmas e relações de saber/poder, que tornam essas pessoas inteligíveis a partir de certas marcas.

O atendimento, sendo organizado a partir da heteronormatividade, gera uma violência, que se relaciona à negligência às necessidades em saúde dessa população, a invisibilização de identidades, ao “armariamento” dessas pessoas e, sobretudo, serve como dispositivo de manutenção de uma estrutura e uma dada regulação da vida social. Mantém-se uma lógica social a partir das relações de “cuidado”. Como afirma Fébole (2017), “a heteronormatividade constrói os modelos de ação em saúde. Ela se associa, ainda, à construção de um lugar de poder de profissionais de saúde.”

O ser humano, na sua pluralidade de características, comportamentos e fazeres, não encontra lugar para existir nessa diversidade sem esbarrar em violações amplas de seus direitos básicos. Essas violações são vivenciadas cotidianamente, e por isso, e a construção de garantias desses direitos se faz imperativo na produção de vidas potentes (SILVA et al.,2016, p.200).

Serviços de saúde e socioassistenciais, de forma geral, estão em um processo de, não só entender as demandas da população LGBTQIA+, mas reorientar suas práticas relacionais. De nada adianta, que o profissional do serviço entenda as siglas e as normativas, mas na hora de realizar um acolhimento inferir o gênero da pessoa pela sua vestimenta ou expressão de gênero. De nada adianta, se o profissional da saúde, que está inserido na educação, no setor cultural ou na assistência social dominar as legislações, mas não incorporar as noções de direito e cidadania da população LGBTQIA+ em suas ações cotidianas e, no Dia dos Pais comemorar, como se não houvesse a possibilidade de uma família ser composta por duas mães e vice-versa.

#### • IDOSOS E CRIANÇAS ADOLESCENTES LGBTQIA+ EXISTEM: **Especificidades experimentadas em diferentes ciclos da vida**

Pensando nas diferentes faixas etárias que envolvem todo ciclo da vida humana, logo, identificamos nas falas das participantes processos de negligência em relação às crianças, adolescentes e idosos LGBTQIA+, em diversos contextos de suas vidas e relações que os circunscrevem.

*“Atuo diretamente com pessoas idosas LGBTs, e duplamente sofrem violência, por serem velhas e dissidentes.”  
(narrativa de respondente do QOL)*

*“Atendemos uma garota trans de 14 anos, que estava em situação de prostituição e uso abusivo de SPA. Queixava-se de diversas situações, em que sofreu preconceito e, se sentia desesperançosa quanto ao futuro.”  
(narrativa de respondente do QOL)*

*“Eu atendo um paciente de 10 anos, que apresenta preferências por temas que fazem parte, socialmente, do universo feminino, e ele vem sofrendo muita opressão dos seus pais. No entanto, se eu for bastante diretiva com esta família, quanto ao manejo pouco adequado, que eles vêm tendo com esta criança, corro o risco de romper a aliança terapêutica com a família, a qual facilmente o retiraria da minha terapia. Diante desta possibilidade, do paciente ficar sem nenhum tipo de apoio terapêutico, optei, a priori, por ter uma abordagem mais lenta e gradativa, no sentido de mobilizar esta família aos poucos. É muito delicado, quando há o risco de ruptura do apoio terapêutico, e o Conselho Tutelar não é uma boa opção, pois os profissionais*

*que assumem o cargo de conselheiro não são habilitados para perceberem as nuances das violências mais simbólicas, sendo mais um órgão negligente e opressor, na medida em que categoriza violências simbólicas, como menos importantes.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Pensei, e muito, na época foi um garoto trans e, como, no local que eu estava, o chamado é eletrônico, chamaram-no pelo nome de registro e não pelo social, mesmo eu avisando se tratar de um homem trans.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Estou tendo contato com uma adolescente, que deseja fazer transição de gênero e não tem qualquer suporte familiar. Tem mobilizado a equipe.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Trabalho em uma clínica de reabilitação, vinculada a uma escola de educação especial, onde atende crianças, jovens adolescentes e adultos. Já presenciei comentários de outros profissionais da equipe desaprovando tom de voz, a forma de andar, ou de gesticular com as mãos, referindo-se a uma forma desnecessária, de um usuário da instituição com, segundo ela, “comportamento afeminado”. O comentário gerou-me incômodo e reflexão, visto que, fica evidente o despreparo de profissionais da saúde para atender, compreender, e acolher os pacientes e usuários que não se enquadram no padrão de aceitação, no quesito sexualidade e identificação de gênero, da sociedade. Esse acontecimento me levou a discutir a situação com outros profissionais, inclusive com o que gerou o comentário, a fim de problematizar o nosso ponto de vista e verificar o impacto, que isso pode estar gerando, na alimentação de comportamentos homofóbicos, na sociedade em que vivemos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Cuidei de uma criança trans, um menino trans, e a tia, mulher cis lésbica tinha dificuldades em aceitar o novo nome da criança, e confundia, dizendo que, criança não tem sexualidade, que era uma fantasia. E, no serviço de saúde, a médica que recebeu o caso, queria que eu conversasse com a mãe do menino, que estaria “incentivando” esta questão de gênero, ao explicar sobre a mastectomia, para redesignação de gênero.” (narrativa de respondente do QOL)*

Preciado e Marcondes Nogueira (2008) e Preciado (2018) discutem que os protetores da infância e da família apelam à família política, que eles mesmos constroem, e uma criança que não se declara de antemão heterossexual é usualmente submetida às normas de gênero de diversas formas, entre elas, ao tolher qualquer forma de resistência, ou da possibilidade de usar seu corpo livre e coletivamente, usar seus órgãos e seus fluidos sexuais.

De acordo com um estudo feito pela Universidade Estadual de San Diego<sup>15</sup>, nos Estados Unidos, com 4,5 mil crianças, 1% dos meninos e meninas entre nove e 10 anos de idade são LGBTQIA+, ou acham que podem ser. Segundo a pesquisa, os pais acreditam mais, que os filhos poderiam ser gays (7%), ou transgêneros (1,2%), do que as próprias crianças (CALZO; BLASHILL, 2018).

Na fase da velhice, isso se repete, com uma representação social que invalida duplamente a possibilidade de vida sexual livre para essas pessoas, por serem velhas e serem LGBTs. Rebellato et al. (2021) provocam algumas reflexões quando questionam sobre a saúde de pessoas idosas LGBTQIA+. “O que tem sido produzido sobre as vivências e o cuidado dessas pessoas, sobretudo no âmbito da promoção da saúde?”. Não há informações precisas sobre o número de pessoas idosas LGBTI+ na sociedade brasileira. “Falar da desigualdade imposta às velhices LGBTI+ é se deparar com a desigualdade e as vulnerabilidades sociais numa sociedade com discurso simplista de que, “somos todos iguais”. Na verdade, não somos!”.

Silva et al. (2016) reiteram a necessidade de se produzir espaços de aprendizagem dialógica, escuta sensível e criação sobre os direitos sociais e humanos junto às populações que vivenciam, de alguma forma, seu cerceamento. Pensar através da transformação cultural talvez seja um caminho conforme as autoras propõem:

No bojo da construção desses direitos sociais é importante apontar a questão da inclusão da cultura como direito básico, bem como as barreiras encontradas na discussão e realização de ações públicas para garantir tal direito. Discutir cultura é refletir sobre modos de vida, sobre singularidades e expressões na diversidade, sobre como lutar por políticas que acolham essa demanda e viabilizem reconhecimento e acesso aos meios e fazeres culturais materiais ou imateriais (SILVA, et al., 2016, p.73).

15 Acesso em: <https://www.studyfinds.org/study-one-percent-children-identify-lgbt/>

Essa infância e velhice que a sociedade, através dos seus estatutos, afirma proteger, na prática, vêm exercendo um terror, opressão e não obstante, a morte para determinados grupos populacionais. Não apenas a morte literal, mas também um conjunto de mortes concretas e subjetivas de modos de existir e ser, em cada ciclo da sua vida, não permitindo nem a criança SER o que quiser durante sua infância e posterior vida adulta, e nem o idoso VIVER aquilo que quer, livremente, finalmente SER e VIVER.

**PROCESSOS SINGULARES DE VIDAS LGBTQIA+:  
PRÁTICAS DO CUIDADO EM SAÚDE E SAÚDE MENTAL**

*“Peço por favor  
Se alguém de longe me escutar  
Que venha aqui pra me buscar  
Me leve para passear  
No seu disco voador  
Como um enorme carrossel*

*Atravessando o azul do céu  
Até pousar no meu quintal  
Se o pensamento duvidar  
Todos os meus poros vão dizer  
Estou pronto para embarcar  
Sem me preocupar e sem temer*

*Vem me levar  
Para um lugar  
Longe daqui  
Livre para navegar  
No espaço sideral*

*Porque sei que sou  
Semelhante de você  
Diferente de você  
Passageiro de você  
À espera de você (...)*

*Arnaldo Antunes  
Canção: Contato Imediato*

Neste eixo, buscamos abordar as especificidades da vivência LGBTQIA+ e seus múltiplos possíveis encontros com a rede de saúde mental, desde a descoberta e aceitação de si, como um corpo que escapa aos padrões heterocisnormativos, até a criação de estratégias coletivas e individuais para o cuidado de si e do outro. Esse processo será apresentado em 6 momentos identificados nas narrativas:

- 1. Acessar:** O que conduz pessoas LGBTQIA+ ao cuidado em saúde mental?
- 2. Florescer:** Da descoberta à autoaceitação;
- 3. Ser:** LGBTQIA+ fobia e suas consequências;
- 4. Cuidar:** Estratégias para o processo do cuidado com o outro e o cuidado de si;
- 5. Silenciar ou Posicionar-se:** atravessamentos do cuidado
- 6. (Re) existir:** estratégias, redes e forças coletivas para o enfrentamento dos ciclos de violência.

**1. ACESSAR: O que leva a população LGBTQIA+ a buscar cuidado em saúde mental?**

Como vimos, entre tantas situações que a população LGBTQIA+ enfrenta, ao longo de sua existência, como preconceitos, violências familiares, LGBTQIA+fobia, falta de oportunidades, precariedades, que

podem acarretar questões de saúde mental, as falas a seguir elucidam essa realidade e a importância de garantir acesso aos serviços de saúde mental, quando as pessoas não conseguem enfrentar seus conflitos com seus meios habituais. Um acesso a ser garantido, primeiro pelo seu direito humano de sofrer, ou adoecer, como qualquer outra pessoa, mas também pelas especificidades das suas condições de existência socialmente construídas. Neste sentido, o motivo que leva alguém a procurar um serviço de saúde mental, pode ser também um movimento voltado para o desejo do outro sobre si, incluindo o desejo hétero-imposto de “curar-se de seu desvio”, ou por outro lado, um movimento de cuidado de si, em seu processo de autoafirmação, entre tantas outras possibilidades.

Neste item, buscaremos apresentar as narrativas que nos mostram os diversos motivos que levam a população LGBTQIA+ a buscar cuidados em saúde mental, na perspectiva dos profissionais que os recebem.

*“Há questões específicas desta população que requerem abordagem profissional adequada à garantia de direitos humanos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Ser LGBTI+, não necessariamente, é um requisito para acessar serviços de saúde mental específicos, porém é inegável que esta população está mais exposta a uma série de violações e violências, que contribuem e causam sofrimento, o que leva essa população a acessar os serviços de saúde mental.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A população LGBTI deve procurar os serviços de saúde mental pelas mesmas razões que qualquer pessoa busca. Para cuidar de si, refletir e elaborar questões que implicam em seu desenvolvimento pessoal e social. Há uma certa visão, de que as questões de saúde mental para LGBTs estão somente vinculadas ao, o que estabeleceram, como problemas do gênero e sexualidade. Mas, o problema está exatamente na violência estrutural, que impede pessoas LGBTs vivenciarem a vida como todas as pessoas, criando marcas e subjetividades vulneráveis. Por isso, o cuidado da saúde mental de pessoas LGBTs é muito importante, mas precisa ser levada como um cuidado em saúde, como o é para todas as pessoas. Além disso, garantir o cuidado em saúde mental às pessoas LGBTs também é um direito social, visto que, se refere a um grupo em maior vulnerabilidade, sobretudo pessoas trans e travestis.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Uma parte da estrutura responsável por cuidar da Saúde Mental da população brasileira ainda é moldada por violências, como por exemplo, as retrógradas “terapias de conversão” (“cura gay”), que já não são mais permitidas, mas, que, podem permear o imaginário de alguns profissionais e usuários. Isto é, não há garantia de que a população LGBT não sofrerá violência ao procurar acolhimento em SM. Mas, considerando o fato, de que, a existência de muitas pessoas LGBT+ é marcada desde cedo, por uma suposta “inadequação”, o acesso a bons cuidados de SM pode ser um apoio fundamental para o desenvolvimento das mesmas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Em busca de um maior suporte, em vista das dificuldades que podem enfrentar, e, por poderem ter um espaço de cuidado e acolhimento.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Como forma de fortalecimento individual e coletivo, diante dos inúmeros desafios, que essa população enfrenta todos os dias: autoimagem; autoconhecimento; identificação; reflexões sobre o passado, violências vividas e construção de projetos de futuro; relações interpessoais (família, trabalho, espaços de cultura e lazer); estratégias cotidianas de enfrentamento; rede de apoio, etc.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Profissionais de saúde mental preparados para atender e acolher a população LGBTI+ podem colaborar no processo de autoaceitação que, por vezes, pode ser um fator de sofrimento para a pessoa, ou então, podem auxiliar no manejo com as situações de discriminação, bem como ajudar a pessoa no processo de fortalecer-se, de organizar-se e traçar planos futuros que lhe possam garantir uma vida mais digna e envolta de laços sociais mais saudáveis e funcionais.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acolhimento e orientação. Rejeição da família, dificuldade de relacionamento, dificuldades profissionais.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Entender sua importância e o significado de representatividade, além de, emponderar-se na luta e enfrentar os dilemas e problemas advindos da LGBTIfobia.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Pelo simples estresse diário, de não ter apoio em muitas áreas, de viver e adaptar-se em ambientes hostis, para trabalharmos. Ter que engolir o choro para apenas seguir em frente, isto desgasta. É exaustivo.”*

*Ter profissionais na área da saúde para cuidar da saúde mental já seria uma grande ajuda.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Para poder aprender a emponderar-se e acreditar que, aqui o sol é para todos. Evitando até possível suicídio.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acredito que, em situações de sofrimento psíquico (desde sofrimentos decorrentes de situações de discriminação, preconceito que possa ter passado, como também decorrentes de outras situações que, não necessariamente, esteja diretamente ligado a isso). Alguns exemplos: Problemas decorrentes do uso abusivo de álcool, e/ou outras drogas, transtornos mentais graves, transtornos mentais leves, outros sofrimentos que possam surgir (que, não necessariamente, tenha um diagnóstico clínico, mas que traga prejuízos para a sua vida cotidiana).” (narrativa de respondente do QOL)*

Visualizar facilidades para possibilitar a inserção das diversas formas de vivências e expressões da sexualidade nos serviços de saúde é uma das maneiras para se concretizar o acesso, que, por sua vez, pode não se efetivar pela presença de entraves (SILVA et al., 2021).

Considerando os elementos que influenciam o desenvolvimento humano e os diferentes ciclos da vida, destacam-se aqueles que podem atuar como coadjuvantes no desenvolvimento saudável do indivíduo e outros que podem prejudicar seu bem-estar, identificados respectivamente por fatores de proteção e fatores de risco.

Nem toda pessoa LGBTQIA+ vai precisar buscar um serviço específico de saúde mental, mas todos, em algum momento do seu ciclo de vida, vão necessitar entender o que se passa dentro de si, seus sentimentos, desejos e volições mais internas que, muitas vezes, não poderá verbalizar aos outros, por medo da rejeição, abandono e violência no seio familiar, trabalho, sociedade e amigos. Pelo simples fato de viver esses processos, atravessados pelo afeto do medo, essa experiência acaba por se constituir como um fator de risco para tantas outras questões emocionais e sofrimentos psíquicos surgirem. Assim, a pessoa LGBTQIA+ poderá acessar os serviços de saúde e saúde mental, seja em qual nível for, pelas demandas inúmeras que poderão surgir, no decorrer dos papéis ocupacionais, que for experimentando e, que, compõem o cotidiano de cada ciclo com suas especificidades.

Para a Terapia Ocupacional Anglo Saxã, os papéis são um aspecto da identidade ocupacional pois ajudam a definir quem uma pessoa, um grupo ou uma população acredita ser com base na sua história ocupacional e nos seus desejos para o futuro. Alguns papéis são muitas vezes associados a atividades e ocupações específicas; por exemplo, o papel de pai/mãe está associado à alimentação dos filhos (KIELHOFNER, 2008; TAYLOR, 2017). Ao explorar os papéis, os/as terapeutas ocupacionais têm em conta a complexidade da identidade e as limitações associadas à atribuição de ocupações estereotipadas a papéis específicos (p. ex., com base no gênero) (AOTA, 2021), ou seja, muitas vezes, os papéis ocupacionais são pré-estabelecidos e estão associados aos “conjuntos de comportamentos do grupo ou população esperados pela sociedade e moldados pela cultura e pelo contexto, que podem ser conceptualizados e definidos pelo grupo ou população” (AOTA, 2021, p.39)

A questão que se coloca é que, esses papéis e suas respectivas atividades se constituem por um conjunto de performances, que são amplamente atravessadas por questões culturais relacionadas ao gênero, definindo socialmente as pessoas que se enquadram ou não nos padrões socialmente aceitáveis. Neste sentido, as atividades fazem gênero, os fazeres fazem gênero na mesma medida em que as diferentes performances de gênero (re)inventam atividades humanas.

Assim, processos naturalmente complexos como a infância, a adolescência e o processo de envelhecimento, ganham uma camada adicional de complexidade, que é a concorrência entre a necessidade/desejo de correspondência às performances esperadas pela sociedade heretocisnormativa, para cada uma dessas etapas e a necessidade/ desejo de afirmação de si. Em cada uma dessas etapas, o direito à liberdade de expressão sexual e de gênero, não é apenas uma bandeira circunscrita à esfera dos relacionamentos amorosos, mas um direito para

viver suas atividades cotidianas como brincar, estudar, namorar, trabalhar ou aposentar-se sem constrangimentos ou exposição às violências.

## 2. FLORESCER: Da descoberta à autoaceitação

Descobrir-se e aceitar-se LGBTQIA+ é um processo diretamente relacionado à produção de subjetividade, e, portanto, às possibilidades de produção de saúde mental, ou de sofrimento psíquico.

O movimento de “sair do armário”, ou de preservar-se nele, talvez seja um gesto diariamente experimentado pela população LGBTQIA+, em diversas situações de seus cotidianos. Um exercício constante de libertação, ou controle de seus movimentos, seus desejos, seus enunciados.

Desde que, se entende sendo diferente do **CIS**tema heteronormativo, o processo de “florescer”, para a maioria, passa por um processo de descobrir, sentir, de rever-se, passa pela busca da compreensão dos seus sentimentos, entender, aceitar ou não. Aceitar-se, ou tentar essa aceitação, ou simplesmente negar aquilo que se pode vir a ser, ou sentir, são processos subjetivos que permeiam as falas a seguir, respondidas por profissionais da saúde mental que são também LGBTQIA+:

*“Desde que, sabemos que somos, quem somos, há uma luta árdua e diária que, ora nos oprime, ora nos liberta. Nossa saúde mental é afetada por todos os lados e, muitas vezes, sofremos violência psicológica dentro da nossa própria família.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Desde o início de sua percepção, com uma orientação sexual diferente daquela que a sociedade espera, ou seja, compatível com o seu sexo biológico, passando por todo um processo de autoconhecimento, empoderamento, e autoafirmação, até a sua inclusão no mercado de trabalho e ascensão financeira, ponto final. Digo isso porque o próprio processo de autoconhecimento, nessa situação, gera muitos conflitos internos, impacta sobre o nível de autoaceitação e saúde mental do indivíduo pertencente ao grupo LGBT.” (narrativa de respondente do QOL)*

Neste processo de descoberta e aceitação de si, em muitas situações o trabalho de profissionais da saúde mental pode ser necessário, para que esse processo seja menos solitário e, para que os afetos produzidos neste contexto possam ser acolhidos, elaborados e transformados. Isso não significa dizer que não existam outras formas de enfrentar essa experiência, mas pelo olhar dos profissionais de saúde mental, sua presença se mostra relevante, como nas narrativas a seguir:

*“O processo de descoberta e de assumir suas identidades é marcado por conflitos, inseguranças e medos. Quando essa identidade foge aos padrões impostos, o peso do julgamento é ainda maior, e, se tratando da segurança de vida dessa população, em alguns casos, é extremamente necessário, que sejam acompanhados por profissionais capacitados o suficiente para poderem juntos elaborar estratégias de enfrentamento frente às circunstâncias.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A população LGBTI+ deveria procurar ajuda de profissionais da saúde mental quando está em sofrimento; quando está em processo de construção de identidade- sexualidade.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Principalmente, para seu autoconhecimento e reconhecimento pessoal da sua existência, entendendo como agir, em situações de confronto, com a identidade e com a população.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Por diversas questões, como o não reconhecimento do corpo, a dificuldade de aceitação, o bullying familiar/ escolar, os pensamentos suicidas, entre outros.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A escuta e o afeto tem sido nossas maiores ferramentas (...) seguimos objetivando a construção conjunta de fatores de proteção em busca de autonomia, protagonismo e liberdade dessa população, majoritariamente negra e marginalizada pela cisheteronormatividade, capitalismo e racismo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Atendi por anos, em acompanhamento terapêutico ocupacional, uma pessoa esquizofrênica, que se via e se sentia uma mulher. Para mim, ela era essa mulher, que ela se via. Mas, bastava sair às ruas e o sofrimento surgia: olhares, cochichos, tratamento no masculino. Muitas vezes, depois de nossas saídas, a tarefa era “juntar os caquinhos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Penso que, a depender do enquadre do trabalho e da relação terapêutica, pode-se atuar de diferentes formas. Num trabalho mais autônomo, sinto que, consigo fazer um acolhimento mais individual e pensar em estratégias de como lidar com a Lgbti+fobia, ou até indicar para um serviço.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Eu sou psicóloga e atuo na atenção básica de saúde, em uma cidade pequena do interior do PR. Lá, já foram minhas pacientes, algumas pessoas da comunidade LGBTI+. Como eu mesma sou membro da comunidade LGBTI+, e este é um tema que estudo na minha área profissional, pensei sobre as situações de LGBTI+fobia dos meus pacientes e busquei referenciais teóricos para auxiliá-los a lidar com a situação. Mas, reconheço que a maioria dos profissionais de saúde, inclusive os psicólogos que conheço, não costumam ter muita proximidade com o tema, o que, muitas vezes, es leva a ter uma atitude preconceituosa para com o público LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

Nestas experiências de cuidado, a LGBTQIA+fobia e as violências enfrentadas ao longo da vida aparecem nos discursos como o principal fator que leva essa população a necessitar de cuidados em saúde mental, por isso, esse fator foi incorporado como um item próprio.

### **3. SER: LGBTQIA+Fobia e suas consequências**

Outro elemento indissociado do sofrimento psíquico são os efeitos de uma sociedade heteronormativa, traduzidos sobre a forma de LGBTQIA+fobia. As falas demonstram essas tantas violências diárias e crescentes, que a população LGBTQIA+ enfrenta, em diversos papéis ocupacionais, que permeiam a sua vida e seu cotidiano.

Pessoas com orientação sexual e identidade de gênero não normativa (LGBTI+) são alvos de discriminação, denominada LGBTI+fobia, e essa discriminação geralmente pode ser uma violência simbólica e, estar relacionada à linguagem, ofensas verbais e comportamentais também no ambiente virtual, embora também possa se manifestar por meio de agressão física (VASSELO et al., 2021).

Ser LGBTQIA+ resume-se, muitas vezes, no olhar do outro à nossa sexualidade. Por isso, em algum momento da sua vida, não importa onde, ou por quem, essas pessoas passarão por pelo menos um episódio de LGBTQIA+fobia e, a partir disso, tantas marcas podem desenvolver-se, como demonstrado no relato dos participantes da pesquisa:

*“Trabalho com mulheres LBTs, que usam drogas e em situação de vulnerabilidade e, muitas, têm suas vivências intensamente marcadas por diferentes sofrimentos, chegando à morte, seja por parceiros, ou seja, por outros homens, que as encontram sozinhas, as estupram e exploram”. (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acompanhei, à distância, um caso de um homem trans que foi vítima de LGBTI+ fobia em um banco, fiquei muito chateada e indignada de saber que pessoas são desrespeitadas e maltratadas neste, e em outros espaços, por conta da sua identidade de gênero, e/ou da sua orientação sexual.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“LGBTQIA+Fobia diz muito mais sobre a pessoa que pratica, do que sobre quem sofre. Porém, ainda é, na realidade, triste e chega a dar raiva de ver, que ainda, é algo que muitas pessoas definem como “piada”. Falas são homofóbicas, independente, seja por mal, seja por desinformação.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Trabalho na área Técnica de Saúde LGBT da Secretaria de Saúde da Bahia e recebo frequentemente demandas de saúde, e/ou vítimas de LGBTfobia.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“No cotidiano do Caps ij III atendemos diversas crianças e adolescentes que sofrem LGBTI+fobia, em diferentes contextos (familiar, escola, espaços públicos etc.), porém, o que se destaca no cotidiano são as mais diversas violências contra meninas trans, em sua maioria negras, em situação de rua, e em uso de SPA. Já, inclusive vivenciamos juntamente com usuárie situações de violência.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sempre penso LGBTI+fobia e, como ela está presentes nos serviços públicos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Faço parte de um coletivo LGBTQIA+ na minha cidade, Sorocaba, e, já participo de intervenções em saúde mental/aconselhamento de saúde sexual. Nestes momentos a transfobia é sempre muito presente.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“De como a intolerância está relacionada com ignorância e medo do desconhecido, não esclarecido, medo ou repulsa das pessoas que se recusam apenas respeitar, indo pelo caminho da ignorância. Deixando de exaltar o profissional, dignidade e a integridade. E, revoltante, nos dias de hoje, ainda, de certa forma precisar encenar o normal. Para se proteger.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“É uma população que se encontra fragilizada, estigmatizada, negada e excluída pela sociedade, e em decorrência disso é violentada e morta diariamente. Se não perdem suas vidas, a sociedade mata suas identidades de outras formas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Por conta da homofobia e transfobia sofrem mais danos a sua saúde mental. Os familiares também precisam de acompanhamento e de orientações.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Devido à repressão e sofrimento grande das pessoas LGBTI. Falta de compreensão das famílias, escola, saúde e sociedade.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Por causa da homofobia. A realidade de boa parte da comunidade LGBTQIA+ é complexa. Alguns expulsos de suas casas, crises de identidade, ruptura das relações familiares, dentre outras.” (narrativa de respondente do QOL)*

Essas três últimas falas abordam diretamente o tema da saúde mental dos familiares também, além da saúde mental da pessoa LGBTQIA+. Uma ação importante dos profissionais, que tem sido valorizada pelos profissionais e usuários, é o trabalho voltado à atenção aos familiares.

“Mães pela Diversidade”<sup>16</sup> é uma organização não-governamental que reúne mães e pais de crianças, adolescentes e adultos LGBTQIA+. Foi criada em 2014 por mães preocupadas com a violência e com o preconceito contra seus filhos gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e mais.

A família é o primeiro lugar onde as pessoas LGBTQIA+, independentemente do modo como vivenciam o erotismo, aprendem a homofobia, seja no sentido de serem atores, seja no de serem vítimas da mesma. A família cria punições sobre seus membros homossexuais que vão desde “pequenos desrespeitos a graus variados de exclusão, chegando a ataques brutais que deformam a vida da pessoa gay, ou até as crueldades diretas e indiretas” (SCHULMAN, 2010, p. 70).

Todas essas dificuldades de aceitação da dissidência da heteronormatividade vivenciada por uma filha ou filho precisam ser ressignificadas a partir do luto da heterossexualidade. As mães e pais de homossexuais geralmente experimentam sentimentos de culpa, considerando o fato como um ‘castigo’, responsabilizando-se, como se tivessem ‘falhado’ na educação deles, ou culpando alguém por ‘transformar’ sua filha ou seu filho em homossexual. Também são comuns os sentimentos de decepção e sofrimento pelas expectativas da heterossexualidade (noivado, casamento, netos nos moldes tradicionais) rompidas (TOLEDO; TEIXEIRA FILHO, 2013).

*“É uma população que sofre de muitos preconceitos e isso deixa marca psíquicas por muito tempo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“LGBTfobia é responsável por diversos atravessamentos e sofrimentos psíquicos na população, bem como acometem as pessoas próximas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Vulnerabilidade, discriminação e violências acarretando sofrimento psicológico.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Por qualquer sofrimento, que esteja difícil de lidar em sua rede pessoal. Imagino que questões frequentes, seja a expulsão de casa, rompimento de vínculos afetivos por LGBTI+fobia, dificuldade de inserção no mercado de trabalho, violência sexual, violência institucional. Mas também há sofrimentos comuns às demais pessoas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Os sentimentos negativos advindos da LGBTfobia podem influenciar nas ocupações humanas de diversas formas, de maneira prejudicial.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Devido à realidade de sofrimento psíquico que muitas pessoas LGBTI+ enfrentam no cotidiano: preconceito, violência psicológica, violência física, assédio moral, oportunidades limitadas na área de trabalho.” (narrativa de respondente do QOL)*

O estudo de Meira et al. (2022), logo em seu título, “Ser-LGBTQIA+ as reminiscências de vida: para além do preconceito e da discriminação” elucida as falas anteriores, que só o fato de SER uma pessoa dentro de uma das siglas você diretamente, ou indiretamente vai sofrer em algum momento da sua vida preconceito e, ou somado a discriminação. Reiterando ao longo do estudo que as

violências se apresentam de diferentes formas, seja física, negligência social, violência de gênero, abuso sexual, violência psicológica, violência urbana e institucional, de estado entre outros.

#### **4. CUIDAR: Estratégias para o processo do cuidado com o outro e o cuidado de si**

Neste item buscamos incluir processos do cotidiano de trabalho que impulsionam os profissionais acuidar do outro, assim como, as estratégias para efetivar esse cuidado.

Essas estratégias incluem a construção de espaços de formação, de acolhimento, ações de inclusão e, que, se atualiza sobre a forma de atendimentos individuais, grupais, debates, produção de espaços protetivos, acolhimentos etc.

O primeiro plano, e talvez o mais evidente espaço de cuidado em saúde mental, se apresente no plano da clínica, ou seja, na importância de acesso à espaços e profissionais de saúde, para o cuidado às situações de sofrimento psíquico enfrentadas por pessoas LGBTQIA+.

*“Acho que profissionais da saúde mental podem auxiliar muito nos conflitos presentes internamente, quando uma pessoa se reconhece enquanto LGBTI+, auxiliar em todas as questões que envolvem um preconceito internalizado, uma não aceitação de si e, questões com a autoimagem e autoestima. Também podem auxiliar nos conflitos que podem ser gerados no meio social em que a pessoa convive, que, na maioria dos casos, não aceita LGBTI+, ou mesmo que a pessoa conviva em um ambiente mais acolhedor, LGBTI+ em algum momento sofrerão uma situação de preconceito e discriminação. Há também muitos estigmas, ainda relacionados a essa população, que podem afetar o modo como a pessoa se enxerga, ou afetar no que isso pode gerar.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Escuta livre, sem julgamentos, acolhimento, apoio, seguimento com terapias conforme as necessidades levantadas (psicoterapia, Terapia Ocupacional, entre outros), grupos, entre outros.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Empoderamento, em relação aos seus direitos, apoio psicológico, inclusão social.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Práticas integrativas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Apoio, grupalidade, fortalecimento, defesa de direitos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acesso à informação, acolhimento, elaboração de cotidianos possíveis, etc.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Respaldo para facilitar na construção do empoderamento, bem como, do respaldo para o livre poder de fala e de transitar por todos os espaços com equidade.” (narrativa de respondente do QOL)*

As práticas grupais, de cuidado, foram apontadas como importantes, para esse cuidado em saúde mental especializado voltado à pessoa LGBTQIA+ em sofrimento psíquico, no entanto, com perspectivas distintas, que, ora apontam para a necessidade de grupos específicos, ora para a necessidade de integração dessa demanda nos grupos tradicionais, junto a outros usuários heterossexuais.

Como qualquer outra demanda de cuidado, que em muitos momentos alguns usuários vão necessitar, de momentos individuais, para serem acolhidos de forma mais singular, em outros, vão necessitar “ajuntar-se”, para promover socialização, trocas e produção coletiva de estratégias de emancipação social. Acreditamos que, a sensibilidade do profissional, que está na linha de frente para realizar tais movimentos com os sujeitos será de grande valia, pois através desse vínculo saberá ao certo os momentos, que esses movimentos deverão e necessitarão acontecer.

*“Espaços de troca, reflexão em grupo, sobre suas experiências, sobre relacionamento, autocuidado.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Terapias (alternativas ou não), grupos de conversa, acolhimento, para os que foram expulsos de casa, projetos assistências/profissionalizantes.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acho que os serviços poderiam ofertar maior acolhimento para as questões relacionadas com essa população. Poder realizar grupos e discussões com essas populações. Realizar também uma sensibilização de profissionais e outros usuários para essas questões e, discutir sobre discriminação e preconceito, sobre formas respeitadas e acolhedoras de como tratar as pessoas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Creio que devemos trabalhar com a diversidade focada na inclusão, não criar subcategorias para atender o público LGBTI+, que podem gerar mais segregação. Mas, também, entendo os limites da saúde mental da maneira que se coloca como política hoje, e, de que, nem todos profissionais de saúde estão aptes ao desafio que se coloca.” (narrativa de respondente do QOL)*

Essa temática da especificidade, ou não, do cuidado à pessoa LGBTQIA+ nos serviços de saúde mental foi trazida por diferentes profissionais.

*“Penso que o suporte dado deva ser como qualquer outro, dado à população, mas o profissional que presta o cuidado deve conhecer sobre a temática para oferecer abordagem específica.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Requer um cuidado específico, por questões ligadas à orientação e identidade de gênero, como a pessoa se vê, e toda opressão de uma sociedade que normatiza as pessoas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“São populações específicas, com cuidados específicos, mas creio que os serviços devam ser inclusivos. Serviços especializados devem ser apenas um degrau para chegar a isso.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“CAPS de diferentes modalidades para pop LGBTI+, casas de acolhida, programas de geração de renda, centros de saúde especializados (ambulatórios trans) e espaços de convivência.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acolhimento, empoderamento, vivências, proteção e projetos terapêuticos singulares multidisciplinares, com acompanhamento longitudinal.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Os serviços poderiam estar mais engajados na luta contra o preconceito, discriminação, na comunidade em geral, mas também com ações mais específicas, com a mesma temática para familiares.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Atendimento individual, oficinas, todas de conversas, rede de oferta de empregos, atividade de geração de renda e acolhimento familiar.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Interlocução com outros setores para inclusão no mercado de trabalho, auxílio em benefícios governamentais; grupos de discussão/capacitações, em que os protagonistas fossem da população.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Moradia emergencial, apoio para inclusão no mercado de trabalho/geração de renda, se necessário, atendimento individual e grupal, atendimento familiar, apoio em processos de transição de gênero, etc.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Atendimento humanizado, psicológico, social e de saúde, no sentido de atender todas as necessidades expostas por eles!” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Espaços que acolham indivíduos e vulnerabilidade, terapias, espaços que tragam reflexão e informações e auxiliem todo o indivíduo que passa por esse processo de se conhecer e aceitar sua sexualidade.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Uma escuta qualificada para manter vinculadas apenas aquelas que necessitam de fato de um serviço de saúde mental, sob manutenção constante da despatologização. Além disso, deveriam orientar sobre os demais serviços públicos e articular rede!” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Aceitação de si mesmo e, como se posicionar diante de pessoas para promover a mesma aceitação. Melhora de autoestima (sentir-se amado pelo que é). A comunidade LGBTI+ deve ter acesso aos serviços, assim como, qualquer outra demanda.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acompanhamento especializado específico para o público, desde psicólogo, psiquiatras, terapeuta ocupacional, terapeuta holístico e profissionais que trabalhem com práticas integrativas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“O básico: cuidado humanizado que respeite a comunidade, pois, na prática, só vemos julgamentos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Serviços de orientação psicológica, serviços de educação sexual e orientação, sobre os serviços de saúde disponíveis para situações de risco (sexo sem segurança), testes para doenças infecto-contagiosas, acolhimento às vítimas de violência urbana, em decorrência de comportamentos homofóbicos de outros cidadãos, grupos de proteção social primário com a ampliação da rede de suporte e criação de vínculos, equipamentos de acolhimento de média e longa duração, para pessoas em situação de rua, e divulgação de políticas públicas, e disponibilidade de serviços para realização de exames e prevenção de doenças, além, é claro, de serviços de média e alta complexidade de saúde, com atenção direcionada para procedimentos vinculados à mudança de sexo, como colocação de próteses, retirada das mamas, congelamento de gametas, ou cirurgia plástica para modificação de genitália, contribuindo para a autoaceitação(autoaceitação), identificação de si mesmo, reduzindo números de depressão e suicídio desta população.”(narrativa de respondente do QOL)*

Já existem locais específicos dentro da rede pública<sup>17</sup> para atender as demandas desta população, porém são poucos e com baixo financiamento, limitando também o acesso e as especialidades contratadas para atuar dentro desses serviços, muitas vezes com filas de espera.

As ações de cuidado colocam-se, também, nos espaços de debate entre comunidade e serviços, demonstrando a importância desse cuidado construído de forma participativa e não tecnocentrado.

*“Debates entre comunidade LGBTI+, debates com profissionais inclusivos, grupos de acolhimento.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Como membro da comunidade LGBTI+ tentamos fazer do local de cuidado, um espaço de acolhimento para aqueles que não se sentem confortáveis em procurar locais onde possam ser “julgados”, ou não se sintam confortáveis em expor sua real situação de saúde, que pode estar impactada por seu “estilo de vida”. (narrativa de respondente do QOL)*

*“Proteção a quem sofre violência intrafamiliar; proteção a quem sofre violências em outros locais públicos/privados (escola, trabalho, etc); atendimento específico para pessoas trans em processo de transição.”(narrativa de respondente do QOL)*

*“A aproximação da população LGBTI e seu acompanhamento. Além disso, a educação dos profissionais da área da saúde, pois existe uma precariedade de informações, mitos e preconceitos que envolvem os diversos setores.” (narrativa de respondente do QOL)*

Algumas narrativas nos fornecem pistas sobre algumas especificidades das demandas de cuidado da população LGBTQIA+, que, embora não sejam exclusivas desta população, expressam parte de suas necessidades latentes no encontro com profissionais de saúde, além de indicarem a necessidade de qualificação desses encontros.

Entre essas especificidades de cuidado incluímos aspectos vivenciados apenas por pessoas LGBTQIA +, como o apoio à processos de transicionalidade e o direito ao uso do nome social, como também situações de cuidado, que são importantes no atendimento à população geral, mas, que ganham contornos singulares para a população LGBTQIA+, como os cuidados em relação à violência familiar, a garantia de sigilo e de segurança ao expor sua intimidade e ausência de julgamentos na postura do profissional.

Esses contornos singulares se colocam em decorrência da cultura heteronormativa e homofóbica, que expõe os usuários, usuárias e usuáries LGBTQIA+ à uma maior chance de serem moralizados, julgados, expostos ou violentados em sua vida pessoal, inclusive por familiares e profissionais da saúde.

A humanização do cuidado, citada algumas das narrativas anteriores, por exemplo, precisa ser discutida à luz de singularidades, que não foram contempladas em suas especificidades pela construção da Política Nacional de Humanização (PNH). Por mais que a política tenha cumprido um papel fundamental para a transversalização de práticas de cuidado e de democratização dos

17 Centro de Referência LGBTQIA+ “Nivaldo Aparecido Felipe de Miciano” (Xuxa). Local que inicialmente, antes da pandemia, seria realizado a etapa presencial. O município de Araraquara- Sp atualmente também conta com uma de Casa de Acolhimento às Pessoas LGBTQIA+ “Ricardo Corrêa da Silva” Acesso: <http://www.portalmorada.com.br/noticias/cidade/70661/centros-de-referencia-da-mulher-e-lgbtqia-ganham-nova-sede>

processos de trabalho, a humanização não foi pensada, especificamente para grupos que sofrem processos de maior vulnerabilização, por sua posicionalidade em termos de gênero, raça ou classe social. Ainda assim, diferentes dispositivos induzidos pela PNH foram citados como ferramentas para o cuidado à essa população, como o Projeto Terapêutico Singular e Acolhimento, sendo esta última, a estratégia mais citada entre os profissionais.

O professor de Saúde Coletiva, Tadeu de Paula Souza<sup>18</sup>, na sua fala no evento interseccionalidade como força da humanização do SUS, discorre como a humanização a partir das experiências concretas do SUS, teve uma função de desbloquear a imaginação e possibilitar vivências, novas diretrizes e modos de produzir saúde, redes de trocas e, a partir disso pensar novas maneiras de estar nesse local de cuidado. E partir de experiências criativas, inventivas e disruptivas possibilitarem novos modos de fazer saúde. No entanto, para ele, as práticas de humanização do cuidado voltadas para a ressignificação das relações entre profissionais e usuários, ainda avançaram pouco diante das especificidades de combate ao racismo, ao machismo e a heretocisnormatividade.

Em última instância, unir as ações de humanização, já consolidadas em diretrizes, com a incorporação dos determinantes de raça, classe social e gênero, como estruturantes destas diretrizes significa radicalizarmos o cuidado em saúde mental, em vistas à equidade, que já é um princípio fundamental do SUS. As falas a seguir elucidam um pouco essa realidade:

*“É fundamental compreender o significado de equidade. A igualdade, aqui, em nada diz respeito e, muito menos, o provérbio “todos diferentes, todos iguais”. Isso é uma falácia de um raciocínio analógico. Há a necessidade de criar direitos para a comunidade e mudar mentalidades, desconstruindo paradigmas e princípios.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A população LGBTI+ demanda uma atenção específica por apresentar questões que outras populações não apresentam, como a disforia de gênero, ameaças e risco de ser expulso de casa devido à orientação sexual.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acho que deveria existir políticas específicas, pois existem questões de saúde mental da população LGBTI+, específicas. Por exemplo, o índice de tentativas de suicídio é maior na população LGBTI+, há muitas questões que envolvem imagem corporal, autoestima. Temas relacionados a relacionamentos abusivos e conflitos familiares. Uma infinidade de questões que afetam diretamente a saúde mental de LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Políticas específicas de saúde mental são necessárias, porque é nessa população, que se insere os principais agravos ligados a depressão, ansiedade e abuso de substâncias psicoativas, muito do que, se pode relacionar ao estresse de minoria.” (narrativa de respondente do QOL)*

As narrativas também apontam para estratégias clássicas da saúde mental e da atenção psicossocial, para sua população em geral, que podem beneficiar singularmente à população LGBTQIA+. Refiro-me especialmente à orientação e atendimento aos familiares e, à articulação das práticas de cuidado com estratégias de geração de renda.

A relação com o trabalho também se coloca como uma fonte de sofrimento singular para as pessoas LGBTQIA+, uma vez que, se adiciona ao sofrimento imposto a todos pelas práticas do produtivismo neoliberal, os preconceitos para a contratação de pessoas LGBTQIA+ que não estão no armário e as violências de gênero vividas no cotidiano. Essa dificuldade se escancara, ainda mais, entre pessoas trans de baixa renda, que muitas vezes têm como única saída a precarização de trabalhos informais de risco, como a prostituição.

No campo do trabalho, são comuns os casos de discriminação e de preconceito, a falta de regulamentações na área e um insuficiente conhecimento sobre as realidades de todas as siglas da população LGBTQIA+, também impactada pelas atuais diretrizes de um governo federal pautado pelo conservadorismo. Mesmo com um orçamento insignificante, a pasta de Direitos Humanos, rebatizada de Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, gastou apenas R\$ 111,6

<sup>18</sup> Evento da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) realizou um debate sobre humanização, antirracismo e antixisismo, elaborado para pensar as interseccionalidades na construção das políticas de humanização do SUS. Acesso: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/interseccionalidade-como-forca-da-humanizacao-do-sus-e-tema-de-esquenta-abrasco/68362/>

mil de um orçamento de R\$ 2,6 milhões destinados às políticas LGBTQIA+ em seu primeiro ano (2019), ou seja, apenas 4,3%; e em 2020 (USP, 2021).

A população transexual e travestis enfrentam barreiras para o acesso às instituições formais da sociedade como saúde e trabalho. Dados levantados pela FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em 2020, revelou que apenas 13,9% de mulheres trans e travestis possuíam empregos formais. Já, entre os homens trans, o percentual foi um pouco maior, totalizando 59,4%.

Além das ações realizadas internamente às instituições, ou por iniciativas dos profissionais, outras narrativas chamam a nossa atenção para a importância deste cuidado, que precisa ser tecido em redes, incluindo as especificidades individuais e coletivas da comunidade LGBTQIA+ e, a possibilidade do setor saúde ser uma via de acesso a outros direitos em articulações intersetoriais, como o direito à renda e à moradia.

*“Espaço de acolhimento e reflexão sobre questões individuais e coletivas, facilitar o acesso a outras políticas públicas, inclusão social e trabalho com a comunidade sobre a temática, por exemplo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acolhimento, escuta, compreensão, apoio e orientação em relação aos conflitos familiares, fortalecimento do usuário, orientação sobre acesso a direitos e políticas públicas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Além de, aconselhamento, escuta e apoio. Abrigo temporário seria ótimo”. (narrativa de respondente do QOL)*

No que se refere à prática de cuidar, também foram expressos os limites deste cuidado e os processos que os dificultam, que incluem barreiras institucionais, de formação e as barreiras subjetivas.

*“Com as famílias, normalmente sempre muito difícil. E, com alguns profissionais conservadores. E, com as gerências das instituições.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“As barreiras institucionais estão, muitas vezes, vinculadas às posturas das/os trabalhadoras/as de saúde mental, que operam com preconceitos e discriminações. Portanto, o acolhimento, que seria uma disposição estratégica para todos os usuários, não deveria ser feito de modo a excluir esses, seja por orientação sexual e identidade de gênero, inclusive, quando esses, já são usuários dos serviços. Em síntese, na lógica da rede e do território, vários dispositivos grupais e terapêuticos poderiam ser feitos para acolher, atender e cuidar de LGBT em sofrimento mental, em decorrência da LGBTfobia, ou não, com seus marcadores sociais de diferença, inclusive de forma intersetorial.”(narrativa de respondente do QOL)*

*“Existem muitos enfrentamentos externos. Acho que, por ser uma população LGBTI+ e estudar sobre a temática, já não considero que existam enfrentamentos internos, mas os enfrentamentos externos são muitos. Fazer com que, outros profissionais compreendam algumas questões que LGBTI+ passam, por exemplo. Apontar certas coisas que outros profissionais não consideram no atendimento. Às vezes, há até os enfrentamentos legais e institucionais para o atendimento ou continuidade, principalmente com população trans, por exemplo, o uso do banheiro na unidade, uso no nome social em exames, necessidade do sexo para determinados exames, critérios patologizantes etc.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Muitos profissionais acham desnecessário esse recorte, acham mimimi, ou coisa de militante. É muito mais difícil lidar com profissionais da rede, do que com a galera LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A consciência de que, só posso enxergar à superfície da problemática destas pessoas, sendo eu uma mulher branca heterossexual, cis, com nível superior e casada, e o tamanho da responsabilidade de estar à frente deste tema. Existe o esforço, para sempre lembrar que, este lugar que ocupo é temporário, até que, as pessoas LGBTI+ cheguem aqui e falem por si mesmas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Vejo que tem um enfrentamento externo das equipes e serviços (tal como situações que descrevi em outros itens, de situações de discriminação e, tenho tentado problematizar algumas questões quando surge, tal como, em confusões, ou uso errado de termos, mas que, nem sempre, essas “intervenções” são vistas como bem-vindas). Vejo também que tem um enfrentamento interno de lidar com o desconhecimento das especificidades e qualificarme para isso.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A linguagem médica é muito binária heteronormativa. E, às vezes, é difícil fugir de certos vícios que nos foram enraizados, e podem excluir certos indivíduos. Tenho tentado buscar formas de mudar, sobretudo a*

*linguagem, na hora de atender pacientes LBGT, para tentar ser inclusiva e criar um ambiente acolhedor.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acredito que a heteronormatividade hegemônica nos serviços de saúde, impacta como um grande obstáculo, para esse público, na busca por tratamentos e na revelação de suas reais necessidades em saúde (muitas vezes por medo da discriminação).” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Interno de estar sempre atento para, como eu estou me posicionando e gerando acolhimento. Externos na forma, como meu serviço está tendo acesso pela população, principalmente nos modos on-line, de conseguir pensar em quantas pessoas não possuem acesso à internet, e/ou renda para pagar pelos serviços oferecidos e, o quanto eu tenho disponibilidade física e financeira para oferecer o serviço e acolhimento necessário.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Às vezes, surgem dúvidas sobre em qual momento, abordar com os usuários as questões de sexualidade e identidade de gênero, com delicadeza e sem ser invasiva. Além disso, é um universo que está sempre se recriando, então, também me sinto aprendiz no contexto LBGT+. Os enfrentamentos externos não são no nível de equipe de trabalho, mas sim, ao nível macro do desmonte das políticas de cuidado e atenção às populações vulneráveis, entre elas a pop. LBGT+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Principalmente em escolas, já que, vivemos em uma época em que a escola sem partido vive entrando em pauta. Essas discussões acabam sendo proibidas e as famílias muitas vezes não aceitam.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“ Gera-me muitos questionamentos acerca de, como os meus colegas lidam com as demandas, como eu lido com as demandas. Como é colocado a ética profissional e o compartilhamento pessoal de informações, como, por vezes, os usuários nos destratam por nossa orientação sexual, ou por coisas que falamos na tentativa de desconstrução dos mais variados preconceitos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Vivemos em um estado genocida, branco, cis-hétero, psicofarmacopornográfico (como diria Paul Preciado) sob a vigente necropolítica. Os atravessamentos são muitos. Vivenciar a micropolítica, desse estado de promoção da morte, é extremamente complexo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Diante de uma equipe que naturaliza situações de LGBTFOBIA é necessário se colocar, bem como atravessar os preconceitos próprios, vícios de linguagem, etc.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Quando estamos no corpo a corpo do atendimento, é que assistimos como o preconceito fere. Talvez, se tivéssemos uma formação mais específica, saberíamos não só proteger, quando fosse o caso, mas, defender com leis claras o lugar dessas pessoas e seu direito a uma vida comum.” (narrativa de respondente do QOL)*

Refletindo sobre essas múltiplas facetas do cuidado, em especial a necessidade de atendimentos específicos, ou não, gostaríamos de reafirmar nossa perspectiva, de que, a população LGBTQIA+ não é apenas diferente das demais, mas também diferente entre si. Existe uma diversidade nesta população. Não é porque as pessoas LBGT têm demandas específicas em saúde que, necessariamente, sempre irão apresentá-las ou sempre estarão doentes (PAULINO, 2016).

Cada sigla deve ter um cuidado específico, único e singular, que atenda as suas demandas, em cada ciclo de vida, assim como, cada pessoa na relação específica com sua sexualidade e com sua vida.

Não há uma identidade LBGT única, mas várias. E tem-se que atentar para isso para que as políticas públicas e ações no SUS não criem um tipo de usuário(a) modelo LBGT, mas que acolham e respeitem a todos(as) eles(as) em suas ricas e mais diversas características (PAULINO, 2016).

Ao entrar em contato com as narrativas, identifica-se também uma via dupla de cuidados, que se fortalecem mutuamente, quando observamos, especialmente, as narrativas de profissionais LGBTQIA+, que é, por um lado o cuidado ao outro, que se atualiza em sua dobra: o cuidado de si.

Em muitas narrativas, tornou-se explícita a presença do cuidado do outro como cuidado de si, de modo que, as pessoas se incluíam na construção de suas frases, também como pessoas LGBTQIA+ que necessitam de cuidados.

*“Sou a favor de inclusão de profissionais qualificados, para nos atender de forma digna. Trabalho com profissionais de saúde, com CRM, que mal sabem como dialogar com pessoas como nós.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sofremos muito preconceito, e, muitas vezes, é difícil lidar com isso sozinhos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Pois, somos um grupo em constante sofrimento social. Um cuidado mais direcionado seria de extrema importância.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sofremos muito. Ser “diferente”, num mundo igual, requer muita coragem. E, muitas vezes, a gente não aguenta tanta pressão. Ter um respaldo, um apoio, uma ajuda psiquiátrica, e/ ou psicológica ajudaria (e muito) o nosso empoderamento enquanto pessoa LGBTQI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Tenho, na família, casos. E o sofrimento do familiar, né, afetou demais. É mais questão pessoal, que profissional.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Para mim, é delicado lidar com situações de LGBTI+ fobia, por me reconhecer em situações de violência relatadas pelas pessoas atendidas, também, e busco fortalecer-me, para acolher. No caso das pessoas T, para mim, é um desafio, pois tenho que lidar com meu próprio processo de desconstrução de uma transfobia, de uma criação cis-centrada, e sinto-me desconfortável, porém não menos disposta. Sinto também muita dificuldade ao pensar em situações no CAPS, nas quais, a violência vinha de outros usuários, ou profissionais do próprio serviço, e por vezes, não consegui me posicionar por me sentir, eu mesma, violentada, e me sinto culpada e covarde por isso. Mas, também me vejo potente por ter uma postura muito empática, em relação às pessoas violentadas, na situação e, por conseguir acolher. Acho que minha maior dificuldade é lidar com um coletivo LGBTI+fóbico, envolvendo o contexto do cuidado.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Uma construção diária, me impacta ainda mais por eu também ser gay.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Por pertencer à comunidade e pelas dificuldades enfrentadas em nosso dia a dia, sempre busquei que nosso espaço e equipe fossem referência para esta parcela da população.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“As questões de gênero e sexualidade sempre se fizeram presentes em minhas reflexões, principalmente pelo reconhecimento da minha orientação sexual.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Para mim, enquanto profissional e homossexual, também é difícil, quando sou atendida por profissionais da saúde, quando o tratamento é sempre homem e mulher, quando a minha sexualidade não é nem perguntada e, sim, já imposta pelo pré-julgamento profissional.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Me afeta por identificação, por entender que em nenhum atendimento que realizei em saúde, como usuária, foram consideradas as minhas questões de sexualidade e gênero, os preconceitos que sofro/sofri, em algum momento da vida e, penso em fazer diferente em minha prática profissional.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sempre são atendimentos com uma carga emocional importante, mas acredito que tenho a sorte de trabalhar em um serviço que não discrimina seus usuários e têm profissionais atuando com tudo que está ao seu alcance para cuidar dos que chegam a nós.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sinto-me extremamente agredido. Coloco-me no lugar da pessoa e sofro, pensando que o próximo poderá ser eu. Então, procuro fazer meus atendimentos a essa população da melhor maneira possível.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Lidar com meus próprios sofrimentos por LGBTI+fobia, lidar com meus processos de desconstrução e preconceitos, lidar com trabalhadores da equipe, que não respeitam a identidade de gênero da pessoa e não reconhecem seus sofrimentos, etc.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Eu sou um homem gay. E vivo a violência contra a minha orientação sexual há muitos anos. Em casa, com a família, meu pai me batia por conta disso. Na rua, PM, os vizinhos e, principalmente, na escola. Ir para a escola era muito sofrimento. Ao passo que fui tomando consciência sobre mim mesmo, estas questões foram se incorporando à defesa da vida dos sujeitos de quem cuidei e cuido. Por isso, as questões de gêneros e sexualidade sempre estão marcadas na minha prática, porque constituem as formas de envolvimento ocupacional das pessoas, e quem elas são.” (narrativa de respondente do QOL)*

Segundo Foucault (2010), para o cuidado de si, constituir o sujeito, é importante estabelecer uma intensidade de relações de si para consigo, em que, o sujeito consiga tomar a si mesmo, como objeto

de conhecimento e ação, que através das relações de si possa transformar-se, corrigir-se, purificar-se, e promover a própria salvação. O cuidado de si pode ser entendido como o conhecimento de si, que exige certo número de regras de conduta e princípios que precisam ser conhecidos. Assim, o sujeito encontra sua singularidade através da valorização de si e, do conhecimento de si, realizado através do cuidado.

Articulando processos de identificação, de enfrentamento da violência e dos silenciamentos e, o desejo de transformação social, permitimo-nos pensar mais uma vez, em uma similitude dos profissionais LGBTQIA+, cuidando de usuários LGBTQIA+ em sofrimento psíquico com os processos de cuidado de si:

A vivência de situações de descuido ou de violência contra usuários LGBTQIA+, se por um lado, reatualiza as próprias violências e descuidos vividos, por outro, reatualiza também a culpa por processos dos quais não seriam exatamente sua responsabilidade (DEPOLE; FERIGATO, 2022).

## 5. SILENCIAR OU POSICIONAR-SE: atravessamentos do cuidado

As narrativas a seguir expressam o quanto, nós, como profissionais da saúde, posicionamo-nos, ou silenciemo-nos, frente às demandas de cuidado, que chegam até nós, quando o assunto é a população LGBTQIA+. O quão, muitas vezes, sim, ocorre uma negligência do cuidado, ou não, o quanto nos posicionamos, de forma legal, para que o cuidado seja proporcionado de maneira equânime. As narrativas abaixo são depoimentos de pessoas que presenciaram cenas de violência contra pessoas LGBTQIA+ em contextos da saúde e/ou situações de apoio, oferecidas a essas pessoas, após uma situação violenta.

Entre os afetos verbalizados estão incluídos a tristeza, a raiva, em contraponto à motivação para a luta.

*“Fiquei extremamente triste com a situação e tentei dar apoio, mas a dor da pessoa nunca será sentida por mim, como é pra ela, é muito triste.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“É sempre bastante difícil, porque penso em situações que eu mesmo vivenciei. Por um lado, sinto bastante raiva, por outro, me movimenta muito, me dá motivação para lutar.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sinto-me contente pelo acolhimento prestado aos pacientes. Em alguns momentos, o silêncio se fez, por entender o despreparo do paciente para lidar com uma questão tão complexa e encarada pelos próprios com muito preconceito.” (narrativa de respondente do QOL)*

Todo afeto, assim como as afecções produzidas por esses testemunhos geram por vezes, um movimento de reação ou ação, em outras vezes silenciamentos e paralisias.

*“Os meus silenciamentos, em diversos momentos, implicaram e implicam em ser conivente com as opressões, ainda que, de modo inadvertido ou inconsciente. Lidar com outros tipos de opressões, na minha prática clínica, me mantém em um constante dilema, de adquirir força para enfrentar posicionamentos hegemônicos de uma equipe cristalizada em certas formas de atuação, baseadas no poder sobre o outro.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acredito que eu, sempre me atentei para essas questões e o sofrimento que possa vir delas, ainda mais por ser alguém da população LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Não é uma temática que eu costumo debater com frequência em meu espaço de trabalho e de educação permanente, acredito que pude me aprofundar mais em questões de raça, classe e gênero, na minha trajetória. Mesmo assim, busco na minha prática manter uma postura aberta e com disposição para escutar as pessoas e aprender com elas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Penso que me posicionar é uma escolha ética, pois questões de gênero e sexualidade abrangem a existência humana de forma geral, sendo assim, considero esses posicionamentos parte da integralidade do cuidado.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Arrependo-me de não me posicionar frente à homofobia, em uma casa espírita.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Incomoda-me muito pensar em atitudes preconceituosas que já tomei no início da carreira.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sempre fui militante do SUS e do acesso, então, toda diversidade precisa ser ouvida como tal e acolhida.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Eu deveria levantar essa bandeira de forma mais ampla, porém tenho colegas que são muito conservadores em meu ambiente de trabalho.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Meu posicionamento sobre questões de gênero não aparece nos atendimentos. O sigilo é resguardado à pessoa.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“O que mais me afeta é pensar que meus posicionamentos frente à resistência da gestão poderiam ter sido mais enfática, mais perseverante, que talvez eu não devesse ter-me silenciado em certas ocasiões.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Eu sempre me ative em um cuidado livre de preconceito, mas saber de todas as negações de direitos, sensibiliza a realizar o cuidado que acolha de fato as pessoas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acredito que possa ter passado por situações em que escutei algum comentário e, optei em não me posicionar contra aquele preconceito, a fim de evitar uma discussão, ou dor de cabeça, mas acredito, hoje, que é importante ser debatido esse assunto com a equipe e pacientes.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sempre fui uma T.O. meio disruptiva, trabalhando com Terapia Ocupacional centrada nes indivíduos, isso ajuda a não escapar algumas demandas e nos deixar mais abertos. Porém, só atendi usuáries nos estágios, em que a possibilidade de vínculo não é tão grande e não há muito seguimento, e, ainda assim, algumas pessoas revelaram sua sexualidade para mim, o que, creio, ser algo positivo, visto que, para a maioria dos profissionais, essa é uma informação ignorada. Também, nestes espaços, sempre questioneei o desalinhamento entre feminino/masculino, tanto nos diagnósticos, quanto nas atividades propostas, seja na saúde mental, na reabilitação física, na estimulação precoce. Outrossim, esta sempre foi uma questão que me acompanhou, mesmo durante a graduação, e os caminhos que me trouxeram até aqui, me tornaram uma profissional de saúde melhor e atenta.”(narrativa de respondente do QOL)*

*“Quando não se acessa o conhecimento sobre essa população, a gente pode estar cometendo diversas violências e negligenciando o cuidado, praticando Lgbtphobia, o que dificulta a adesão ao tratamento e restringe o cuidado.”(narrativa de respondente do QOL)*

*“Sinto haver uma limitação no meu cuidado, mas sinto que estou mais amparado que muitos outros profissionais, em termos de cuidado com população trans, por exemplo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Tenho buscado apropriar-me, a cada dia, participei de muitas discussões na graduação e aproximei-me do universo LGBTQIA+ pelo meu círculo de amizade.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Já atuei e continuo atuando de forma desrespeitosa, por ignorância, e isso me deixa culpada. Mas, sei que é um processo e cada dia me aprimoro mais. Hoje sou muito mais gentil e acolhedora, mas sei que há muito que ser trabalhado em mim e nos serviços.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Tenho tomado bastante cuidado nos atendimentos a esse grupo, principalmente no que concerne ao respeito à diversidade de gênero. Ofereço o melhor que posso, na medida em que meus conhecimentos permitem, mas acredito que deveria haver mais treinamentos da equipe para abordagem desse grupo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Desde o início da minha carreira profissional, meu olhar esteve focado na sensibilidade com as questões da população LGBTQIA+, então, sinto-me tranquila quanto a isso.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Estou percebendo a grande necessidade de posicionar-me e entender como essas questões são importantes e devem ser percebidas, até para termos um olhar holístico sobre a pessoa e, principalmente, o quanto eu conheço e entendo, cada vez mais, as vulnerabilidades.” (narrativa de respondente do QOL)*

Entre os fatores que contribuem para o silenciamento, ou para posturas preconceituosas podemos citar a falta de conhecimento e domínio sobre o assunto, o que pode gerar uma onda de desconforto e receio de abordar o assunto, tanto com o sujeito cuidado, quanto com os profissionais da equipe.

*“Na formação médica e de saúde, este conteúdo é pouco discutido nas aulas de graduação.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Quando comecei a trabalhar na área da saúde, era ignorante de saber e entender a população LGBTQI+, mas o convívio com um amigo e parceiro de trabalho, foi abrindo os meus horizontes, e fazendo com que, eu questionasse e, ao mesmo tempo, entendesse o público. Fiz pequenas capacitações em congressos, mas sinto serem insuficientes. Mas, penso que, antes de qualquer coisa, o que deve prevalecer é o respeito e a empatia.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Vejo como um despreparo meu, mas também das instituições de formação, que muito pouco abordaram o tema durante minha vida acadêmica. Também não tenho grande acesso à divulgação de programas de formação, ou referenciais específicos, visto que, esta não é também uma demanda específica do meu serviço, e, sim, parte das possíveis características da população que eu atendo.”(narrativa de respondente do QOL)*

*“Na minha formação nunca havia ouvido falar sobre essas questões de gênero e sexualidades e, isso me afeta de um jeito ruim. Deveríamos falar abertamente sobre essas questões desde sempre. Mas, fico contente que o meu trabalho na Humanização foi um caminho potente para aproximação com o tema, e busco sempre levar para discussão não espaços que frequento.” (narrativa de respondente do QOL)*

O medo do desconhecido gera insegurança, que, pode sim, levar ao um silenciamento das ações e posicionamentos, preferindo não sair da zona de conforto e deixar as coisas como estão. Em contrapartida, posicionar-se, muitas vezes, é interpretado como ser também parte da população LGBTQIA+, adotar um posicionamento político, o que pode acarretar segregação e preconceitos entre os pares, no local de trabalho, ou ainda, ser encarado como alguém que adota uma postura de questionamento sobre a capacidade técnica do outro colega. Essa dualidade permeia a conduta dos profissionais da saúde, que ainda, não conseguem ter segurança para abordar esse tema de forma natural, como parte do cuidado. Esse cuidado ainda é visto como sigiloso, ou que acarreta medo e insegurança, sendo um reforço sobre a inadequação dessa prática.

## **6. (RE) EXISTIR: Estratégias e forças para o fortalecimento da população LGBTQIA+ e suas redes de cuidado**

Além de apontar os diversos fatores relacionados à vivência LGBTQIA+ e sua relação com a saúde mental, os profissionais apontam também caminhos e desafios macro e micropolíticos para a construção de uma política e uma rede de apoio mais efetiva.

*“Precisamos de mais serviços especializados para o cuidado, como, também, o matriciamento dos profissionais na área da saúde e assistência para o cuidado integral.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Em um serviço, como ONG ou os, é possível articular rede, organizar coletivos, fazer matriciamento com outros serviços, sobre o tema, entre outras possibilidades de atuação, frente a esta opressão estrutural.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Deveriam existir políticas públicas de saúde mental específicas, pois as opressões do sistema heterocispatriarcal gera sofrimento psíquico em vários níveis. É um sofrimento específico. Os profissionais precisam estar preparados.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A formulação de políticas públicas para a população LGBTI+ são fundamentais da medida em que o Estado e a sociedade precisam ter um olhar diferenciado para uma população, que sofre mais violências, atravessada por diversos tipos de opressões simultaneamente. É uma forma de contribuir para a redução das desigualdades e injustiças, pois quando os programas governamentais atendem demandas supostamente universais, tendem a manter as opressões de gênero e sexuais.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Eu acredito ser uma forma de incluir essas pessoas nas discussões de implementação de políticas públicas, na formação dos profissionais, desconstruir ideias do senso comum, e precisa de uma atenção às necessidades específicas desta população.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A saúde pública deve ser destinada à inclusão de todas as pessoas da sociedade, voltadas especialmente para aquelas menos favorecidas, as minorias, e as que têm menor acesso à voz, que sofrem discriminação, estão no alvo de maiores ações violentas que colocam em risco a sua vida, têm menos oportunidade de emprego e crescimento socioeconômico e, por essa razão, estão mais vulneráveis a situações de risco como, a prostituição, uso de drogas e substâncias psicoativas, situação de rua e violência.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Devemos pensar em políticas que orientam serviços, práticas e formações profissionais direcionadas a todo tipo de violência e, para todos os profissionais de saúde, por exemplo, pois é necessário a descontração em*

*cada um de nós para cuidar do outro, e antes disso, estar sensibilizado e entender que aquilo que é trazido é demanda de cuidados em saúde, senão apenas negligenciamos, tipo, “não é problema meu”, vemos como se tudo fosse prática de algum especialista.”(narrativa de respondente do QOL)*

*“É necessário pensar a saúde como uma clínica ampla, que transcende a perspectiva individual, incluindo o sujeito em um processo de construção social, onde sofrimentos e processos de adoecimento podem se fazer presentes.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Porque são necessárias ações, metas e planos voltados a essa população, que sofre, com cuidados de saúde mental, devido o preconceito e a falta de inclusão.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Os atravessamentos vividos por essa população precisam de cuidados específicos, estratégias individualizadas, equipamentos especializados, educação permanente da equipe e coconstrução da gestão com pessoas usuárias do mesmo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“O recorte, nas políticas públicas, auxilia na garantia de direitos e no fazer das políticas, enquanto ferramentas de prática. Além disso, auxilia os profissionais das redes a compreender de realidades estruturais que não têm contato.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Educação permanente e ações preventivas, incluindo a comunidade, rede de saúde e assistência social.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acredito que todo serviço de saúde (e não só específico de saúde mental) deveria estar capacitado para atender a população LGBTI+ com qualidade (sejam serviços da atenção básica, diferentes modalidades de CAPS, Centros de Convivência, Consultório na Rua, Unidades de Pronto Atendimento dentre outros), nas diferentes demandas que possam surgir.” (narrativa de respondente do QOL)*

Como se pode notar, a maior parte as estratégias de resistência entre os profissionais apontam para: (1) a força da construção de políticas, programas e serviços especializados para atender a demanda específica desta população; (2) a ampliação de relação com a rede básica por via do matriciamento, assim como, a ampliação da articulação em rede setorial e intersetorial, (3) fortalecimento de ações de inclusão e organização coletiva e, (4) formento à formação de profissionais, tanto nas universidades, quanto em processos de Educação Permanente, para uma maior qualificação para os atendimentos em saúde e saúde mental voltado à população LGBTQIA+.

Embora a maior parte dos depoimentos localizem as ações de saúde mental no âmbito do setor saúde, onde os participantes atuam mais fortemente, também foi frisado sua insuficiência e os riscos da restrição do olhar para a saúde mental de LGBTQIA+ por uma mirada sanitária.

*“Acho que, não apenas os equipamentos de saúde mental podem ofertar cuidados de saúde mental, isto é uma visão fragmentada do cuidado, fruto da visão cartesiana e biomédica. Todos os profissionais de saúde devem cuidar da parte integral da saúde. Não se deve separar mente do corpo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A população LGBTI+ possui muitas vulnerabilidades sociais decorrentes de todo pensamento LGBTIfóbico da sociedade, o que influencia diretamente na forma como a saúde mental dessa população é afetada, portanto, existe uma grande necessidade de que, se tenha, especificamente, políticas articuladas com a vida, para tal, pois existem situações que apenas quem é da comunidade LGBTI+ vivência.” (narrativa de respondente do QOL)*

É notável a importância da Educação Permanente, entre os profissionais de saúde, impedindo a estagnação profissional e pessoal desses elementos, gerando um processo influente no desenvolvimento crítico e na percepção, de que a busca de ensino é instrumento para aprendizagem e um cuidado integral à população LGBTQIA+.

O Ministério da Saúde elaborou, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como um dos principais investimentos para a formação de trabalhadores. Ela é o resultado de lutas e esforços promovidos pelos defensores do tema da educação dos profissionais de saúde, como forma de promover a transformação das práticas do trabalho, no entanto suas políticas foram desinvestidas a partir de 2016, com a derrubada do governo Dilma. Até a presente data, os processos de formação no SUS e para o SUS sofreram decréscimos sucessivos.

Ao cruzar os demais eixos com este último, ou seja, ao correlacionarmos as ações de SER, CUIDAR e POSICIONAR-SE com a ação de RESISTIR, encontramos um eixo comum, que é a própria saúde mental individual e coletiva, como um elemento de resistência.

Afirmar existências, desejar a diferença, cuidar dos processos subjetivos dessa existência, que desvia da normalidade imposta, com posicionamentos emancipatórios e inclusivos – tudo isso não são apenas ações do campo da saúde mental como um campo profissional. Todos esses processos são geradores de saúde mental, são produtores de subjetivação e, por tanto, constituem modos de existência, não apenas por efeito das ações do campo, mas por afirmação de processos de vida e do viver.

## **A MUDANÇA ACONTECER: A ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS COM TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

*“Com minha voz eu tenho fé  
Com minha mãe  
Cansada de esperar pra ver  
A mudança acontecer  
Tô aqui pra ver  
Eu sei que eu vou mudar o mundo  
Eu acredito no amor  
Qualquer matéria de amor  
Que gente mais bonita.”*

*Júlia Mestre  
Canção: Mudar o Mundo*

Nesse momento serão apresentadas as 8 categorias que emergiram do encontro com 4 participantes do grupo focal, cujo objetivo foi identificar as especificidades do núcleo da Terapia Ocupacional no cuidado à população LGBTQIA+. As falas dos terapeutas ocupacionais participantes do grupo focal foram sendo interpoladas com as falas de terapeutas ocupacionais respondentes do questionário on-line, ao longo desse capítulo.

As frases que abrem cada categoria foram extraídas do livro “O Pequeno Príncipe”<sup>19</sup>, narrativa essa, que elucida as aventuras do protagonista, que percebe como as pessoas deixam de dar valor às pequenas coisas da vida, à medida que vão crescendo. O Pequeno Príncipe traz uma mensagem universal de um cuidado e autoconhecimento, alusão essa, que fiz ao conduzir o grupo e tornar as pessoas pertencentes aos seus próprios processos.

### **TODAS AS PESSOAS GRANDES FORAM, UM DIA, CRIANÇAS, MAS POUCAS SE LEMBRAM DISSO: ESPECIFICIDADES DA TERAPIA OCUPACIONAL**

Nessa categoria, abordamos as questões que surgiram e são específicas do núcleo da Terapia Ocupacional e ficaram elucidadas nas falas dos participantes do grupo focal<sup>20</sup>:

<sup>19</sup> Le Petit Prince é uma novela do escritor, aviador aristocrata francês Antoine de Saint-Exupéry, originalmente publicada em inglês e francês em abril de 1943 nos Estados Unidos

<sup>20</sup> Foram usados nomes fictícios em homenagens a grandes pessoas LGBTQIA+ que fizeram história no Brasil.

**Cássia**, para homenagear a **Cássia Eller**, mulher, lésbica, sagitariana, foi uma cantora, compositora e multi-instrumentista brasileira. Foi uma das maiores representantes do rock brasileiro dos anos 90. A roqueira viveu com a parceira Maria Eugenia por 14 anos e juntas criaram o filho biológico da cantora, Francisco, até a morte dela, em 2001, com 39 anos, de ataque cardíaco. Após a sua morte, Eugênia entrou em uma batalha judicial e conseguiu a guarda do Chico. Foi um caso inédito no Brasil, e abriu as portas para que outros casais LGBTI+ conquistassem o mesmo direito.

**Marielle**, em homenagem a **Marielle Franco**. Mulher, negra, lésbica, leonina, foi uma socióloga e política brasileira. Filiada ao Partido Socialismo e Liberdade, elegeu-se vereadora do Rio de Janeiro para a Legislatura 2017-2020, durante a eleição municipal de 2016, com a quinta maior votação. Em 2018, aos 38 anos, foi assassinada em um atentado ao carro onde estava.

**Nery**, para o grande **João Nery**, Homem, heterossexual, aquariano, foi um psicólogo e escritor brasileiro. Foi o primeiro homem transexual a realizar a cirurgia de redesignação sexual no Brasil, em 1977, e foi ativista pelos direitos LGBTQIA+. Em 2013, ele

**Cássia:** “Eu compreendo, que a Terapia Ocupacional vai olhar para questão da ocupação das atividades e afazeres humanos, e do cotidiano, e, aí, eu acho que os seres humanos estão aí dentro. Mas, o que acho que é mais importante é a gente entender, que a Terapia Ocupacional não é uma profissão genuinamente desconstruída para entender o ser humano, então a gente tem um histórico que, inclusive, até é mais excludente do que inclusivo, se a gente pensar lá atrás mesmo, no surgimento de uma profissão, que era ainda de mulheres, mas mulheres de uma elite né, mulheres brancas, uma associação que foi colocada por homens brancos e tal. Então, eu acho que esse cuidado específico, ele vem a partir do momento, que a gente entende, que hoje, que a sociedade contemporânea, ela precisa olhar para outras questões, ela precisa olhar para as questões que eu venho chamando de diversidade, que aí, seja de gênero, sexual, étnica, cultural e econômica. Eu acho que o cuidado específico, ele se dá no momento que a gente olha para esses objetos, a nomenclatura né, não vou entrar nessa de dizer qual é, mas ocupação, atividade e cotidiano. Mas olhar para essas características, para esse ser humano, que não é mais aquele das origens da profissão, a compreensão desses conhecimentos sobre gênero, sobre sexualidade, sobre diversidade, vai dando a esse terapeuta ocupacional instrumento para entender, que ali, tem uma questão. Então, a partir do momento, que a gente entende, que essa questão, ela é estrutural e, que aí, gera uma série de violências e preconceitos na nossa sociedade, a gente consegue fazer um atendimento que seja voltado para essas pessoas, para essas singularidades. E aí, eu venho entendendo e apostando muito, num processo de primeiro encontro, de acolhimento, de anamnese bem-feita, então, eu acho que o cuidado específico, ele vai se dar a partir daí, a partir do momento que a gente articula essa prática específica do núcleo da T.O, compreendendo que a pessoa tem a sua especificidade e, que isso, está implicado dentro de uma sociedade que tem uma série de problemas com essas especificidades (...).” (narrativa de participante do GF)

**Marielle:** “(...) população da pessoa idosa, eu acho que para o T.O, falta essa capacitação, essa sensibilização, de que essa população tem questões específicas de saúde física, emocional, passou por certas violências, por questões sociais, e isso vai fazer completamente a diferença, eu acho, na atuação desse terapeuta ocupacional, porque uma pessoa que fez um tratamento hormonal, ela vai ter questões específicas na velhice, ela vai ter talvez um problema ósseo mais sério, ela vai ter outras questões que são mais ligadas à saúde física, as próprias violências que podem deixar marcas tanto físicas quanto emocionais né, e acho que a pessoa idosa tem uma questão social e de suporte bem importante porque, não generalizando, mas a maioria dessa população idosa LGBT talvez não tenha filhos, e os filhos hoje são os principais responsáveis pelo cuidado, quem vai assumir esse cuidado, dessa pessoa idosa, na velhice, quando ela perder a autonomia e a independência dela, então essa população pode ficar desassistida de um cuidado, desse cuidador familiar que, talvez, ele não tenha. Essas pessoas podem ter sido excluídas do convívio familiar também, irmãos, parentes, e a gente já identificou situações aqui, e não tinham pessoas que dessem o suporte para esse idoso, esse idoso perdeu a independência, perdeu autonomia, e aí, por conta de todo histórico de rejeição, de violência, de distanciamento da família, essa pessoa está sozinha nesse momento, e eu vejo isso influenciar muito no trabalho aqui da minha equipe de T.O e outros profissionais também.. Eu preciso orientar algo, eu preciso que essa pessoa faça algo na casa dela, e aí, eu não tenho com quem fazer isso por ela, essa pessoa não vai conseguir fazer isso sozinha, ela, às vezes, não pode mais viver sozinha, e aí ela fica na dependência de um equipamento do Estado, de uma ILPI pública, de um Centro Dia, então tem muitas questões específicas que influenciam no tratamento, em todo o planejamento da intervenção da T.O, porque eu entendo a intervenção do T.O com a pessoa idosa, é muito com a família também, não é só com essa pessoa idosa em si, e, às vezes, a gente não tem com quem contar, a gente fica com uma atuação limitada, e a gente também não tem um preparo pra isso, assim, uma formação específica, com essas questões específicas LGBT’S, a gente não tem isso na graduação, a gente não tem isso na especialização, nem na minha especialização, nem no meu mestrado, eu não vi nada sobre população idosa LGBT.”(narrativa de participante do GF)

**Paulo:** “(...) me fez pensar também no histórico da profissão no Brasil, como a Cássia falou, que profissão foi essa, como ela foi se constituindo, onde a nossa regulamentação é da época da ditadura né, os cursos foram todos importados de Europa e Estados Unidos, então, como é que a gente consegue lançar um olhar para essas questões, com toda essa importação de fora, porque é isso da reabilitação, até da questão de saúde mental também, como é que a gente consegue lançar esse olhar, porque é específico nosso do país mesmo (...)Então, quando eu trabalhei no CER também, está sempre muito transversal as questões que aparecem, por exemplo, como é que eu vou fazer uma atividade, ou uma questão terapêutica, nem que seja física, mas quais modelos eu vou utilizar para aquela criança, por exemplo, porque eu não posso usar uma família com dois pais para ela pintar, para trabalhar a coordenação motora, por exemplo, sei lá, sendo bem pobre no exemplo, mas enfim, enquadrei um exemplo importante.” (narrativa de participante do GF)

participou da elaboração do projeto de lei 5002/13, Lei de Identidade de Gênero João W. Nery, proposto pelos deputados federais Jean Wyllys e Erika Kokay, que daria um impulso na discussão sobre uma legislação de proteção aos transexuais. Embora esteja arquivado no momento, esse projeto certamente foi fundamental para importantes desdobramentos na área jurídica. Recebeu o prêmio Direitos Humanos, concedido pelo Ministério dos Direitos Humanos no Brasil (“pelos relevantes serviços na promoção dos direitos humanos no Brasil”) Em 2018, aos 68 anos, morre vítima de um câncer.

E por fim **Paulo**, para saudar o querido **Paulo Gustavo**, Homem, gay, escorpiano, foi um ator, humorista, diretor, roteirista e apresentador brasileiro. Em 2021, aos 42 anos, perde a luta contra o Covid19, deixando o marido, Thales, e dois filhos pequenos, Gael e Romeu.

**Cássia:** “Eu acho que, pensando no que todo mundo falou, acho que o grande problema é quando o terapeuta ocupacional, quando essa profissão vai entendendo que o seu objeto, ou o seu núcleo é desarticulado dessas questões, então, quando a gente pensa assim, o cotidiano, que cotidiano é esse? É o cotidiano só da pessoa branca ou hétero-cis? Não né. Então assim, por isso eu falo que é de todo T.O, porque o cotidiano, não tem como a gente ignorar o cotidiano das pessoas trans, o cotidiano das mulheres lésbicas, o cotidiano das bichas afeminadas ali de frente, faveladas, então, o problema é que as pessoas acham que isso é dissociado, então, se eu vou olhar para o cotidiano, ou para ocupação, para reabilitação física, então eu dissocio tudo, porque o que eu vou ver agora é o típico e o atípico da biologia, e não é assim. A ocupação, a atividade, o cotidiano, onde eles tiverem, não vão ser descolados da cultura, da sociedade, das questões estruturais em nenhum lugar. (...) acho que, quando a gente olha para tudo que é nosso, do nosso núcleo, da nossa especificidade, o problema é quando a gente olha descolada, aí, isso faz parecer que é de outra área, mas não deveria, porque inclusive os nossos referenciais teóricos vão falar que isso está atrelado, que a cultura, seja um referencial até norte americano, seja um referencial aqui, brasileiro, todos eles vão falar disso. Então, eu acho que o T.O, ele se engana e se equivoca, quando ele pensa que isso vai estar descolado em determinadas áreas, ou dispositivos de atenção e em outro isso vai aparecer, isso aparece sempre (...) então, a gente reproduz essas coisas da formação e também reproduz a ideia de que o cotidiano, a atividade, o fazer humano e tal, ele é padronizado, e aí, se eu vou pra T.O social isso vira misturado, e não é, isso é para ser assim, eu acho que todo T.O tem que sim (...)” (narrativa de participante do GF)

**Paulo:** “(...) exercício profissional, a relação com a equipe, a relação com os familiares, a relação com a criança, com o adulto e com o idoso, e é isso, a gente tem, já, padronizado essa ideia do cotidiano, já está muito cristalizado na gente, que a gente pouco pensa. Eu fui um dia numa palestra para falar sobre papéis ocupacionais, e daí gente, um horror assim, e as pessoas não sabem lidar com nossos questionamentos, porque pensam que a gente está criticando, não gente, mas você falar que tem um papel da mulher, que é esperado que a mulher faça, ou deixe de fazer, ou do homem, exclui também uma diversidade de pessoas, aí, que tipo de exercício você está provocando para profissão (...)” (narrativa de participante do GF)

**Cássia:** “(...) a gente fala em gênero e sexualidade, mas a gente também não está preparado para olhar para o sexo, para o ato sexual, que enfim, está no cotidiano das pessoas, do fazer humano, o sexo de uma pessoa tetraplégica e sei lá, trans, o sexo de duas mulheres lésbicas, que são estereotipadas como masculinas, mas que, enfim, é outro sexo. Então, a gente não está preparado para muitas coisas, e isso acho que é verdade (...)” (narrativa de participante do GF)

**Marielle:** “(...) a gente começou a incluir em todas as divulgações de vaga “esta é uma instituição que preza pela diversidade”, então, toda divulgação de vaga a gente incluiu isso e, hoje, a gente tem muito mais LGBT’s trabalhando aqui, em cargos de coordenação, como meu cargo, em cargos de atendimento, mesmo, em cargos de maior importância, cargos de confiança e tudo mais (...)” (narrativa de participante do GF)

**Paulo:** “(...) tem uma coisa na T.O, que acho, que é isso né, é uma profissão que são muitas mulheres, então, às vezes, eu, por ser gay não senti muito isso, porque, às vezes, as mulheres comigo, foram um pouco o inverso, me senti mais acolhido ali, com mais brincadeiras, mas, às vezes, com uma mulher lésbica pode ter até um efeito contrário, assim né, de afastar. Fiquei pensando muito nisso, assim, e o quanto que o meu exemplo é o contrário, assim, com os homens héteros, que eram poucos, geralmente homem que estava na T.O a gente conhecia, contava, ou era enrustido, que a gente também sabe, inclusive já peguei um que era hétero, mil hétero, mas enfim né, a gente sabe muito bem, que isso acontece, mas na frente de todo mundo era o hétero né, o boy, inclusive, altas questões, mas enfim, o que eu queria dizer é que, às vezes, para com a gente, que são poucos homens, eu não sei, não tenho nenhum amigo hétero acho. Acho que dessa dificuldade deles e aí, cria uma dificuldade nossa também, um pouco, não sei, de pensar “ah poxa vai pensar que estou dando em cima dele.” (narrativa de participante do GF)

Algumas formas de se fazer Terapia Ocupacional têm, no contemporâneo, invertido a lógica disciplinar e produzido caminhos que apontam para a direção oposta, afirmando o direito à diferença e encontrando positividade em formas de vida, as mais singulares e em situações, as mais adversas, conforme continua Lima que já em 2003 pensava sobre as pluralidades de públicos a serem atendidos pela Terapia Ocupacional:

O pivô dessa inversão das práticas e suas lógicas têm sido, a meu ver, o compromisso ético-político que os terapeutas ocupacionais têm assumido com a população alvo de suas ações. Compromisso este surgido, talvez, de uma estranha proximidade, uma zona de indiscernibilidade que se instaura entre o terapeuta ocupacional e seu paciente, decorrente do lugar – de certa forma marginal – que a Terapia Ocupacional tem ocupado frente à Medicina e a Psiquiatria (LIMA, 2003, p.65).

Avançando nas discussões sobre os públicos múltiplos e diversos da Terapia Ocupacional, incluindo novamente a temática do acompanhamento às pessoas LGBTQIA+ em diferentes etapas de suas vidas, seus familiares, assim como os profissionais da saúde. Os terapeutas ocupacionais do OQL trouxeram:

*“Há uma necessidade primeira de aceitação familiar, que gera sofrimento psíquico, violências. Precisamos pensar projeto de vida, cotidiano trans, infância trans.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Para mim é delicado lidar com situações de LGBTI+ fobia por me reconhecer em situações de violência relatadas pelas pessoas atendidas também, e busco me fortalecer para acolher. No caso das pessoas T, para mim é um desafio, pois tenho que lidar com meu próprio processo de desconstrução de uma transfobia de uma criação cis-centrada, e sinto-me desconfortável, porém, não menos disposta. Sinto também muita dificuldade ao pensar em situações no CAPS, nas quais a violência vinha de outros usuários, ou profissionais do próprio serviço, e, por vezes, não consegui me posicionar por me sentir eu mesma violentada, e sinto-me culpada e covarde por isso. Mas, também, me vejo potente por ter uma postura muito empática em relação às pessoas violentadas na situação e conseguir acolher. Acho que minha maior dificuldade é lidar com um coletivo LGBTI+fóbico envolvendo o contexto do cuidado.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Usuários com quadro de adoecimento mental relacionado à não aceitação/compreensão de familiares, sobre sua sexualidade, e/ou gênero e ocorrência de violências de diferentes tipos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A falta de aceitação e respeito da família, homofobia na escola e necessidade de esconder o que sentia, para ser aceita socialmente.” (narrativa de respondente do QOL)*

As cenas relatadas, tanto no grupo focal, quanto no questionário *on-line*, nos trazem a evidência de uma questão sobre a quantidade de vezes em que, nas ações práticas de cuidado, ensino e, sim, em pesquisa, corremos o risco de suprimir o outro, ou não deixarmos o outro ser quem ele de fato é, ou como ele é capaz de se expressar, pelo simples fato de nem ter passado pela nossa cabeça as questões relacionadas às sexualidades, gêneros e performatividade. Por termos tido uma formação tão “biomédica-quadrada- dentro dos moldes cisheteronormativos” que, quando escutamos, por exemplo, que “o paciente quer se vestir de Lady Gaga” já tendemos a relacionar esse desejo à um possível diagnóstico patológico de desvio de comportamento ou delírio.

A penetração do senso comum e da cultura hegemônica nas nossas práticas é tão naturalizada, que ainda separamos os brinquedos, brincadeiras ou grupos terapêuticos por gênero, sem sequer pensar o porquê, só no automatismo da vida corrida – clínica – cotidiana, repleta de afazeres e reproduções dos modos de vida socialmente aceitáveis.

Para os participantes, é difícil pensar uma especificidade da Terapia Ocupacional junto à essa população, pela própria complexidade do nosso objeto e de nossos cenários de prática, visto que, somos uma profissão plural, que atravessa diversos campos do saber, para se constituir enquanto profissão da saúde, que se insere no setor da saúde, da assistência social e educação, conforme descreve o Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior do Ministério da Educação (MEC).

Porém, temos potência para realizar práticas singulares, dentro de cada micro espaço de atuação, seja na escolha de um brinquedo sem gênero, seja na percepção que o outro é diferente do que, já, inferi ser, que ali, na minha anamnese, ou mesmo já atuando, aquele usuário, na minha frente, poderá trazer suas reais demandas e necessidades porque vai perceber que não será julgado e, sim, acolhido, respeitado e empoderado a ser quem quiser.

“Este compromisso ético-político dos terapeutas ocupacionais, com os sujeitos que atendem, pode fazer surgir, para além da tolerância e da defesa dos direitos, o desejo de diferença” (LIMA, 2003, p.70).

Nas respostas do QOL, terapeutas ocupacionais trouxeram também um pouco desse cuidado em saúde, que seria específico de terapeutas ocupacionais:

*“Acredito que, para a Terapia Ocupacional, interessa saber o que as pessoas fazem, o que deixam de fazer, como fazem, quais seus desejos, habilidades, potências, como usam seu tempo, com quais pessoas se relacionam (e serviços, instituições...), como se relacionam, ou não. Enfim, partindo da consideração do cotidiano, como objeto da TO, é importante fazer uma leitura ampla de como as pessoas se expressam no*

mundo (e reconhecer que podem ter situações influenciadas por situações de discriminação, preconceito, dentre outras situações). Para mim, a TO tem como objetivo a ampliação da inserção social das pessoas, favorecendo que, a partir das atividades humanas, potencializar e ressignificar as habilidades e capacidades das pessoas, possibilitar desejos, na perspectiva de produção de vida.” (narrativa de respondente do QOL)  
 “Compreender a situação do sujeito, além de conhecer sobre ele e seu cotidiano e, descobrir como sua rotina e suas atividades de vida diária estão sendo prejudicadas, para assim, encontrar caminhos junto com o sujeito, para melhorar sua qualidade de vida.” (narrativa de respondente do QOL)

## **O AMOR NÃO CONSISTE EM OLHAR UM PARA O OUTRO, MAS SIM EM OLHAR JUNTOS PARA A MESMA DIREÇÃO: INTERFACE CAMPO DA SAÚDE E NÚCLEO DA TERAPIA OCUPACIONAL**

Nas falas a seguir, os participantes trazem questões e ações, que são do campo da saúde, ou da saúde mental e, que, fazem interfaces com o núcleo da Terapia Ocupacional, pensando em tudo o que atravessa esse cuidado amplo à população LGBTQIA+. Essa interface, ora se apresenta como positiva, no sentido de garantir a integralidade do cuidado, ora se apresenta como um fragilizador para o núcleo da Terapia Ocupacional, que pode se diluir nessas ações, embora guarde suas especificidades:

**Marielle:** “(...) não envolve só o trabalho como T.O, envolve todo esse trabalho de gestão de equipe, de visão do SUS e de humanização, de todos os conceitos de humanização, e é um trabalho que está crescendo ainda (...)” (narrativa de participante do GF)

**Paulo:** “(...) estava aqui pensando, porque acho, que eu nunca atuei num serviço específico, voltado para população LGBT, mas sempre, durante as minhas atuações, eu sempre tive muito implicado, seja nos atendimentos, olhando para essa questão de uma maneira mais transversal (...)

(...) eu sempre defendo essa coisa, do muito específico, da atuação específica, a gente tem que tomar certo cuidado com isso, para gente não criar os quadradinhos e fracionar mais ainda esse corpo que já está super fracionado, que é a saúde física, a saúde mental, aspectos sociais, enfim, tomar um cuidado, mas quando eu escuto a “Marielle”, também me vem uma questão importante, que é, que tem um conhecimento também, que é específico né, como é que esse corpo vai envelhecer nessa dada cultura, nessa dada sociedade, que tem coisas específicas sim pra gente olhar, e que a gente tem uma defasagem muito grande, que a gente não olha no processo normativo. Eu acho que hoje mais, hoje a gente tem gente fazendo pesquisa de doutorado, mestrado, sobre essas questões, então a gente está se deparando mais com isso, mas será se a gente chega nesse lugar que a “Marielle coloca? Não sei, me perguntei assim, será se a gente consegue olhar para esse corpo que envelhece, mas não esse corpo físico, ou também esse corpo físico né, acho que também, mas não só limitando, mas trazendo várias questões, porque quando a gente fala de ocupação, de cotidiano, a gente esta falando de tudo isso também, de aspectos da cultura dessa dada sociedade, aspectos que tão atravessando muito e dessas ondas de força, que vão, ou enrijecendo ou flexibilizando mais, eu acho que a T.O tem o olhar, eu também não gosto dessa palavra “o olhar da T.O”, mas tem um conhecimento que, para ser ainda produzido, que a gente ainda não chegou nele, mas eu intuo que a T.O tem capacidade de construir coisas muito importantes assim (...)

(...) eu não sei responder, mas ouvindo vocês me veio muito essa questão do específico, com certo cuidado, para gente também não criar essas caixinhas, mas também encarando que, tem uma importância da gente produzir esse conhecimento, que é específico dessa população, que foi historicamente negligenciada, tanto na profissão, quanto na sociedade, então a gente não se aproximou dos modos de cuidado, dos modos de viver, que essas populações específicas podem produzir, ou podem pedir mais necessidade de cuidado, mais ou menos delineado, não sei, enfim fui pensando um pouco nisso.”(narrativa de participante do GF)

**Nery:** “(...) começar com essa questão já é um, “meu Deus e agora”, e, ao mesmo tempo, eu acho que sim, e acho que não, com questões que podem ser mais específicas e, tem questões que acho que não. Concordo muito com a “Marielle”, com a “Cássia”, que é uma questão, que é importante, para ser debatida nas nossas formações e nas nossas graduações, porque o que eu tenho visto, o que eu vi, também, mesmo eu passando por lugares diferentes, serviços diferentes, era isso, como me mobilizava ela aparecia (...)

(...) dependendo da área que a gente está atuando, se você está no social, na saúde mental, a gente vai tendo um certo tipo de foco no trabalho, seja pelo seu próprio olhar, ou seja, pelo olhar que nos é um tanto quanto exigido da profissão, da área, enfim, da onde a gente tiver atuando, mas eu acho que acabam aparecendo muitas questões em relação às populações LGBTQIAP+, negligenciadas, quando a gente não se abre para né, não tem esse tipo de abertura mesmo, para que, acho, que a gente possa discutir isso com a própria pessoa, ou com quem a gente tiver ali no atendimento. Eu via muito isso quando estava atuando, era meio isso, independente de qual fosse a questão, as pessoas vinham falar comigo, mesmo se fossem questões, que não fossem necessariamente da Terapia Ocupacional, se fosse um assistente social, psicólogo, enfermeiro, tal,

nutricionista, acabavam vindo falar comigo, um pouco porque não sabiam muito o que fazer, como atender, como tratar, e, acho, que isso vão tendo coisas, que a gente vai, um pouco, ampliando o olhar também, dessas outras pessoas. Porque eu acho que vão ter coisas muito específicas e, às vezes, é também você dizer “é só uma pessoa qualquer, atende aí”, não tem muita diferença. Então, eu fico muito pensando sobre isso, sobre quais são essas interfaces, que pode ser específico, o que não, e, ao mesmo tempo, eu acho que tem coisas que a gente pode, muito, auxiliar (...)” (narrativa de participante do GF)

**Pesquisadora:** “(...) lógico que, a gente, pensando na questão da formação, e acho que foi um ponto que todo mundo trouxe aqui, a formação ainda, do que a gente presencia, do que a gente acompanha, ela ainda é muito formativa, a base curricular ainda é muito horizontal. Eu falo nas discussões, que os temas sexualidade e gênero deveriam atravessar todas as áreas da T.O transversalmente, não é porque eu estou na atenção básica, ou porque eu estou no contexto hospitalar, que eu não deveria estudar sexualidade e gênero, e esse cuidado específico. Essa demanda específica, que vai chegar para gente, a maioria das vezes, não como demanda para T.O porquê é LGBT, até porque tem LGBT's que não tem demanda para T.O, a questão é, vai chegar uma demanda pra T.O e qual é o meu olhar sensível para isso. Eu tenho um olhar sensível para isso? Eu deveria ter?” ( )”

**Nery:** “(...) eu acho que essa questão também, ela não é uma questão, um problema, só da T.O também, acho que, também tem essa questão nas outras áreas, que isso também é muito empobrecido, porque é isso, não sei como é para vocês, mas eu sou T.O. Geralmente sou muito solitário em ser o único T.O do serviço, acho que a gente tem um pouco esse problema, agora, no hospital, eu tenho outra T.O também e tal, e a gente tem trocas super interessantes, mas geralmente, eu estou numa posição meio solitária, sendo o único, e aí, eu vou vendo isso, das outras áreas também, não sabem como lidar, não sabem fazer, não sabem como são as vivências, a linguagem, a cultura, então muitas vezes até há uma necessidade de ficar explicando(...) (...) acho que não só na T.O, mas em todas as áreas, porque isso ainda é algo muito pouco conhecido, as pessoas ainda têm muitas dúvidas, os outros profissionais, ficam também, com muito receio no atendimento, e aí, vão acontecendo N situações, discriminação, preconceito velado, que acho que são bem fortes e importantes, ou quando a pessoa traz uma questão que é importante para ela, e aí, o profissional não sabe lidar, que pega em outro aspecto dele. Então são coisas que, são de fato difíceis e que a gente precisava mesmo ter mais desse tipo de discussão e poder falar sobre isso nas mais diversas áreas que a gente estiver (...)”(narrativa de participante do GF)

**Cássia:** “Quando somos atendidos por outras profissões a gente percebe né, eu, como sapatão lembro (...), e aí, eu mudei, e depois de bem mais velha consegui chegar para uma ginecologista e falar, como que eu fazia sexo, qual era a minha especificidade. Então, a nossa vivência permite a gente afirmar que isso realmente não é da T.O né, é uma coisa, que é um problema para todas as profissões que tão aí, com o cuidado com o ser humano e tal (...)” (narrativa de participante do GF)

A Terapia Ocupacional está inserida em diversos serviços de saúde, em diferentes níveis de complexidade e, na maioria das vezes, a demanda da população LGBTQIA+ não vai chegar até o serviço, porque a pessoa é LGBTQIA+, até porque, ainda são poucos os serviços específicos para essa população e, nos poucos que existem, não há terapeutas ocupacionais contratados. Contudo, as pessoas LGBTQIA+ irão chegar aos serviços de saúde geral, e muitas vezes, de forma indireta, por ter uma demanda típica de saúde e, quando essa demanda implica em prejuízo de seus papéis ocupacionais, será encaminhada ao T.O, que, talvez, a partir de um acolhimento integral e escuta qualificada pode proporcionar, que apareçam as questões referentes a sexualidades e gêneros.

O acolhimento é uma etapa muito importante para estabelecer uma relação de confiança e segurança entre a pessoa LGBTQIA+ e o profissional de Terapia Ocupacional. Algumas orientações que podem ser úteis para realizar um acolhimento adequado são:

- **Escuta ativa e sem julgamento:** É importante que o profissional esteja aberto e disposto a escutar a pessoa LGBTQIA+ de forma atenta e sem julgamento. Isso significa deixar espaço para que a pessoa possa falar sobre suas experiências, preocupações e necessidades, sem ser interrompida ou invalidada.
- **Uso de uma linguagem inclusiva:** O uso de uma linguagem inclusiva é fundamental para transmitir uma mensagem de acolhimento e respeito para pessoas LGBTQIA+. Isso inclui usar pronomes adequados à identidade de gênero da pessoa, evitar estereótipos ou preconceitos, e estar aberto a aprender mais sobre as diversidades de identidades de gênero e orientações sexuais.
- **Respeito à privacidade e autonomia da pessoa:** É importante garantir que a pessoa LGBTQIA+ se sinta segura e respeitada em relação à sua privacidade e autonomia. Isso inclui

perguntar qual é o nome que a pessoa prefere ser chamada, respeitar seu ritmo e necessidades em relação à terapia, e manter suas informações confidenciais.

- **Conhecimento sobre recursos e suporte:** O profissional de Terapia Ocupacional deve estar preparado para oferecer informações sobre recursos e suporte que podem ser úteis para pessoas LGBTQIA+. Isso pode incluir grupos de apoio, organizações comunitárias, tecnologias em saúde geral, serviços de saúde mental especializados, entre outros.

- **Sensibilidade cultural:** O profissional de Terapia Ocupacional deve ter uma abordagem sensível e culturalmente adequada para lidar com as especificidades da experiência LGBTQIA+. Assim, reconhecer as barreiras e desafios que as pessoas LGBTQIA+ enfrentam em relação à saúde mental, e estar disposto a aprender mais sobre as diferentes identidades de gênero e orientações sexuais.

Ainda no que se refere às especificidades da Terapia Ocupacional, no cuidado em saúde à população LGBTQIA+, foram citados diferentes objetos da profissão e referenciais teórico-práticos que colaborariam para a relação construída entre terapeutas ocupacionais e pessoas LGBTQIA+ em sofrimento psíquico:

Terapeutas ocupacionais do QOL corroboraram, refletindo sobre os referenciais, para pensar o cuidado, para com essa população, entre esses conceitos, para pensar a clínica e atuação, destacam-se a ocupação humana, o cotidiano, atividade humana, cultura:

*“A Terapia Ocupacional, por si só, consiste em um núcleo profissional voltado para a valorização das subjetividades, fortalecimento de autonomia e respeito às diferentes formas de existência. Sendo assim, acredito que todos os referenciais teóricos deste núcleo profissional podem contribuir para a abordagem das demandas em questão.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acho que diversos referenciais podem contribuir: Terapia Ocupacional centrada na pessoa, referências da ciência ocupacional, referencial do desempenho e engajamento ocupacional, a própria política nacional de humanização, e de saúde mental também”. (narrativa de respondente do QOL)*

*“Estudos da Ocupação e interseccionalidades. Marcadores sociais da diferença. Terapia Ocupacional Social. Estudos de gênero e sexualidade. Estudos pós-coloniais e decoloniais.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Venho lendo sobre os trabalhos de Gustavo Monzeli - sobre travestilidade e homens gays; Letícia Ambrósio - sobre interseccionalidade raça-gênero-sexo e lesbianidade; Dionne Freitas- sobre intersex e transexualidade; Késia Maximiliano - sobre transexualidade.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Considerando as diversas opressões sofridas pela população LGBTI+, autores como Sandra Maria Galheigo, Enrique Dussel, Djamilia Ribeiro, Carla Akotirene, Pollard e Kronenberg, Aníbal Quijano, Guajardo Córdoba, dentre outros, trazem teorias que permeiam as diversas construções sociais que produzem situações de violência e marginalização. Não conheço referenciais teóricos específicos relacionados à população LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

Foram citados pesquisadores terapeutas ocupacionais contemporâneos, em processos de formações strictu senso, ou já docentes de universidades brasileiras, profissionais jovens dentro da profissão- formação e pesquisa, discutindo sexualidades e gêneros e suas interfaces de cuidado e intervenção dentro da Terapia Ocupacional, não obstante à área de atuação, pois existem diferentes caminhos teóricos e práticos que podem ser percorridos pela Terapia Ocupacional e serem utilizados no cuidado em saúde à população LGBTQIA+. Alguns caminhos incluem:

- **Atividades:** As atividades que são parte da base da Terapia Ocupacional, podem ser utilizadas para produzir a saúde mental e o bem-estar de pessoas LGBTQIA+: (1) em direção a realização de atividades que apoiem processos de expressão e elaboração de si, (2) como a conexão com suas atividades significativas ou (3) na construção de atividades que ampliem o potencial do sujeito de ser ativo no mundo, afirmando suas escolhas, direitos e desejos. As atividades podem ser adaptadas às necessidades e preferências individuais/coletivas, e podem incluir uma variedade de possibilidades em conexão com a cultura e necessidade de cada caso.

- O terapeuta ocupacional também pode favorecer **atividades educativas** que valorizem a diversidade em ambientes coletivos (como escolas, universidades, instituições de saúde, espaços de convivência) usando como dispositivos oficinas com temática LGBTQIA+, atividades expressivas, de escrita ou de expressão corporal que promovam a autoestima e autoconhecimento, podendo utilizar materiais e recursos educacionais que respeitem a diversidade como vídeos, livros e artigos, que abordem questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero. Esses recursos podem ajudar a sensibilizar os usuários e a comunidade em geral, além de auxiliar na compreensão dos desafios enfrentados por eles, nas suas singularidades.

- **Grupos terapêuticos:** Os grupos terapêuticos são uma forma efetiva de proporcionar um espaço seguro para a discussão de questões relacionadas à identidade de gênero e orientação sexual. Os grupos podem ser formados por pessoas LGBTQIA+ e/ou heterossexuais, dependendo da necessidade e preferência dos participantes. Os grupos terapêuticos são uma forma efetiva de proporcionar um espaço seguro para a discussão de questões relacionadas à identidade de gênero e orientação sexual, e promover espaços de apoio específicos para a população LGBTQIA+ e seus familiares para que possam compartilhar suas experiências, compartilhar informações e se sentir acolhidos.

Existem muitas ações específicas que o núcleo da Terapia Ocupacional pode realizar para construir um cuidado adequado e inclusivo para a população LGBTQIA+. A chave é cocriar as intervenções em direção às necessidades e preferências individuais/coletivas, e garantir um ambiente acolhedor e respeitoso para a discussão de questões relacionadas à identidade de gênero e orientação sexual. Visando promover a sensibilização de outros profissionais de saúde para a o cuidado das pessoas LGBTQIA+, o terapeuta ocupacional pode desempenhar um papel importante na promoção da sensibilização de outros profissionais de saúde para as questões relacionadas à população. Isso pode ser feito por meio da realização de treinamentos e palestras, ou pela distribuição de materiais educativos que abordem essas questões.

Em resumo, a Terapia Ocupacional pode utilizar uma variedade de percursos e referenciais teórico-práticos para colaborar na relação construída entre terapeutas ocupacionais e pessoas LGBTQIA+.

### **É PRECISO QUE EU SUPORTE DUAS OU TRÊS LARVAS SE QUISER CONHECER AS BORBOLETAS: SAÚDE MENTAL**

Quando se refere à saúde mental da população LGBTQIA+, identificamos que essa não é apenas uma demanda para terapeutas ocupacionais, especialistas em saúde mental. Também se verificou as interfaces entre, o que é o cuidado específico da Terapia Ocupacional e o cuidado geral, que se deve dar a todo e qualquer cidadão que necessitar dos nossos cuidados enquanto profissionais da saúde, em diferentes campos de atuação.

Aqui as falas estão circunscritas no que se refere ao cuidado em saúde mental da população LGBTQIA+ produzidas por terapeutas ocupacionais em seus diversos espaços, que foram circunscrevendo suas práticas clínicas e de ensino-pesquisa e extensão. A ação de escuta e acolhimento agenciada com a possibilidade de construir saídas concretas, a partir da ação, ganha relevo em relação às outras práticas.

**Pesquisadora:** “(...) para mim, a saúde mental, ela vai estar, seja na população de rua, em situação de rua, seja na infância, porque sim, existem LGBT’s infantes, adolescentes e idosos. A gente também negligência essa população, essa faixa etária, a saúde mental vão estar em todas as áreas da T.O, perpassando e, muitas vezes, ultrapassando no sentido de cuidado mesmo (...)” (narrativa de respondente do GF)

**Nery:** “Eu acho que, só o fato de, seja num acolhimento inicial, da gente poder dar voz, e acho que, não uma certa validação, assim, mas, que a gente possa falar sobre isso e, que as pessoas possam realmente dizer sobre, acho que isso, já é, muito, parte do cuidado (...)”  
 (...) quando chega um homem cis-gay, que descobriu que tem HIV, muitas vezes, a própria família dele, antes mesmo, já virou e falou “você vai morrer de AIDS”, e isso é uma marca tão importante, que fica tão

na gente, que a gente vai vivendo e convivendo com isso. Então, acho que, só nesse primeiro atendimento e nesse acolhimento, se a gente já tivesse uma coisa que fosse mais aberta, mais acolhedora mesmo, nesse sentido, assim né, que você percebe que a pessoa está preocupada com outras questões e, não, já está pré-concebendo coisas sobre você e sobre a sua vida, isso eu acho que já é um primeiro passo, que é maravilhoso, e já faz com que a gente tenha também um movimento de se sentir mais confortável, acho que, em falar sobre e, em dizer.” (narrativa de respondente do GF)

**Marielle:** “Eu estava, aqui, refletindo sobre a questão que vocês falaram do acolhimento e, eu acho que essa é exatamente a porta de entrada, para gente conseguir alcançar essas necessidades dessa pessoa, ela tem que se sentir acolhida, tem que se sentir segura nessa intervenção (...)

(...) então, essa participação em conjunto, esse empoderamento, que a gente fala um pouco de educação e saúde também (...)

(...) eu acredito que esse acolhimento, essa coisa de se sentir segura, esse planejamento em equipe, esse entendimento, de que ele também tem que fazer parte do tratamento, que envolve muito essa questão do autocuidado, acho que isso faz bastante diferença no trato

(...) falta muita escuta, às vezes, a gente está preparada para fazer um atendimento e a gente só quer falar, falar tudo que ele tem que fazer, tudo que ele tem que mudar, e, às vezes, a gente não dedica um tempo só para ouvir, o quanto, talvez, só ouvir aquela demanda vai me fazer tomar outras decisões terapêuticas nesse tratamento.” (narrativa de respondente do GF)

**Paulo:** “(...) ao mesmo tempo, em que tem uma lógica de cuidado, que é mais ou menos delineado, também é muito perigoso, porque é esse acolhimento que é só para algumas coisas né, não é um acolhimento para essa diversidade, que a gente tem falado aqui, então, é um acolhimento muito circunscrito em um dado contexto, e aí, a gente pega, eu, “porque eu sou gay, preciso atender os gays, LGBT’s”, ou alguma pessoa específica para acolher. Então, ao mesmo tempo que tem uma contribuição importante, mas também tem uma questão para ser olhada. Enfim, fiquei pensando muito em, como a gente encara o acolhimento. Eu não posso acolher o diferente então, diferente de mim. Então, os iguais vão sempre acolher os iguais, e a diferença, eu não consigo acolher a diferença? Enfim, fiquei pensando muitas coisas assim, nesse sentido.” (narrativa de respondente do GF)

Além do acolhimento, terapeutas ocupacionais em suas ações de cuidado à saúde mental da população LGBTQIA+ estão atuando na direção de despatologizar a situação vivida, seja no sentido de não reduzir processos complexos da vida cotidiana à um transtorno mental, seja no sentido de incluir na análise de cada caso, componentes macroestruturais, que se relacionam com as ações de usuários e trabalhadores da saúde.

**Cássia:** “(...), mas, eu acho, que nosso papel vai muito, quando vem a patologia, por exemplo, já veio a patologia, vem muito de tentar despatologizar essas questões que são sociais. Então assim, vem uma pessoa com uma depressão ou com uma ansiedade grave, e aí, é isso, é a pessoa que é ansiosa e aquelas questões ficaram para trás. Então, eu acho que, esse trabalho, pensar nessa especificidade, na saúde mental é muito de falar “olha, talvez isso, é porque essa pessoa, simplesmente não consegue falar para família, porque fala para família, ou fica passando fome”. E aí, eu acho que, encontrar essas raízes, desses problemas de saúde mental e, vinculá-los à questão das pessoas LGBTQIA+, porque tem muitas coisas das quais a gente não está preparado ainda (...)

(...), mas, eu acho que, a compreensão do que é violento, do que são essas macroestruturas, e aí, eu acho que, a “Marielle” coloca muito bem, são várias: é o sexo e o gênero, mas também a questão da classe social, a religião, a espiritualidade, a questão étnica e tudo mais. A gente consegue ver que, por trás dessas doenças, essas questões estão rolando, e aí, como T.O, como aquilo vai impactando diretamente na vida daquela pessoa, como T.O, acho que, é mais fácil da gente chegar, se a gente entende essas questões, chegar para equipe e falar “olha, isso não é uma questão fisiológica, química, isso é uma questão que a pessoa está vivendo na casa dela, porque ela é assim, dessa forma”, um tanto por a gente saber, por viver, e um tanto, também, por a gente estudar. Então, eu acho que, o nosso papel na saúde mental, eu fico pensando assim, o grande papel é levar para equipe assim “isso não é necessariamente, a gente precisa colocar aqui, que é um transtorno, que é não sei o que, não sei o que”, porque isso conseguiria ser resolvido, se a gente fosse nas bases, conhecendo essa pessoa. Então, eu pontuo esse grande papel da gente nos dispositivos, nós como pessoas LGBT’S né, e como terapeutas ocupacionais, que vão olhar para esse fazer, para essa vida, acho que é isso, assim.” (narrativa de respondente do GF)

**Paulo:** “(...) eu fiquei pensando nisso também, e o quanto a gente circunscribe a saúde mental, porque isso que a gente fala da saúde mental, contemplar outras coisas é muito contra hegemônico também, porque geralmente é sempre remédio, não tem uma fármaco-política, muito grande, que vai privilegiar os projetos de cuidados medicamentosos. Então, a gente está medicando ansiedade, que é da vida, está medicando sofrimento, que a gente poderia cuidar de outro jeito, e as pessoas vão buscando também isso, porque é o modelo que é apresentado. E quanto a gente tem que tomar muito cuidado, para não estar reproduzindo isso nas nossas

práticas e estar atuando numa certa militância de ir contra elas, inclusive, “poxa, o profissional não escuta”, mas, será se a gente não está escutando enquanto sociedade? Eu acho que isso está no profissional, mas está em todo mundo também, porque, eu acho que, a gente passa por um momento que também a gente pode ler de capitalismo, pode ler essa coisa da colonialidade, mas que a gente não para para escutar nada na vida. Então, a gente está sendo atravessado por um monte de coisas macroestruturais, que a gente falou um pouquinho aqui, e como é que os profissionais estão parando para escutar, para se ouvir. E a gente não consegue dar aquilo, que a gente não tem também, então como é que eu vou conseguir escutar, se eu não consigo nem escutar a mim mesmo, nessa sociedade maluca que a gente está. Então, fiquei pensando que, às vezes, a gente até coloca muito na conta do profissional, mas, às vezes, esquece que esse profissional também está dentro dessa estrutura e, sendo influenciado a todo momento (...)” (narrativa de respondente do GF)

**Cássia:** “a gente não escuta nada, a gente está ouvindo áudio em 2.0.” (narrativa de respondente do GF)

**Pesquisadora:** “(...) primeiro, o que é saúde mental, a gente precisava pensar nela antes do adoecimento, na saúde mental, e não no adoecimento mental. Como que está a nossa saúde mental, como está a nossa saúde mental durante e ainda estamos em pandemia, LGBT’s, T.O’s, pandemia, e acho que, tem questões que são muito mais duras e densas, que estão atravessando esse cuidado. E aí, eu acho que, tem tabus, tabus nossos próprios. Não é porque eu busco serviço de saúde mental, que eu tenho o adoecimento, às vezes, eu quero autoaceitação, às vezes, eu quero empoderamento, às vezes, eu busco descoberta mesmo, em me entender, sobre meu gênero, que eu acho que, é o que anda bastante em pauta, a questão do gênero, então, estar sensível para isso, sair um pouco dessa questão, por que eu busco saúde mental e, o que é saúde mental, por isso que a saúde mental está em todas as áreas da T.O. Porque eu posso chegar lá sim, diretamente, com uma crise de ansiedade, e dizer para você, profissional que, é porque eu perdi meu emprego, mas eu perdi meu emprego por quê? Como que está o meu domínio sobre mim? Eu sou uma pessoa assumida, eu consegui falar sobre mim no trabalho, ou eu perdi o trabalho porque eu me assumi, ou como que está minha autoestima, muitas vezes, muito baixa, e aí, eu não consigo ter um bom desempenho no trabalho, então é isso, é o que vocês falaram, é a raiz. Qual que é a causa, a consequência a gente vê, chega para nós, mas qual que é a causa disso, a gente consegue trabalhar no âmbito da prevenção e da promoção, ao invés de chegar no adoecimento, na tentativa de suicídio, muitas vezes, que de fato os números são absurdamente altos, os dados trazem a cada 16 horas uma pessoa LGBT se suicida no Brasil, é muita gente. Então, esse cuidado específico da saúde mental, desde o acolhimento, desde sim, vamos falar um pouco sobre isso, muitos de nós, LGBT’s, ficamos sim, com os próprios violentadores em casa na pandemia, e muitas vezes, não posso dizer quem eu sou, porque perco meu teto, então, quem é essa pessoa que chega para mim? É muito além de um diagnóstico de saúde mental, ou um diagnóstico qualquer, e aí, vocês narrando um pouquinho sobre esses encontros, de muita afetação entre vocês e o outro, e nós, e nossas próprias histórias mesmo, porque eu falo, que a gente é afetado duplamente, no mínimo, duplamente implicado nesse processo de ser terapeuta ocupacional, ser da área da saúde e ser LGBT (...)”

As práticas concretas dar-se-ão, justamente, na partida e nos encontros com as todas as siglas plurais das populações, que a Terapia Ocupacional se dispõe a cuidar, ensinar, aprender, prestar assistência e acolher. Muitas dessas cenas narradas estão exemplificadas a seguir nos respondentes terapeutas ocupacionais do QOL, que citam algumas das ações de cuidado em saúde mental da população LGBTQIA+, que chega para a Terapia Ocupacional:

“No CAPS AD, uso prejudicial de drogas, em um primeiro momento, e depois outras questões, como as ligadas ao fato de ser LGBTI+. No caso de atendimento remoto, a demanda inicial foi de sofrimentos ligados ao trabalho, sobrecarga, assédio institucional, e depois outras questões.” (narrativa de respondente do QOL)

“Já chegaram muitos tipos de demandas. Demandas envolvendo autoaceitação, aceitação do outro, situações de preconceito, questões que envolviam relacionamentos amorosos e sexuais, prevenção de ISTs, demandas também de familiares para lidar com essa população etc.” (narrativa de respondente do QOL)

“Solidão. Abandono familiar. Perda de moradia, ou moradia precária. Ausência/insuficiência de renda. Fome. Dificuldades de inserção no trabalho. Humor deprimido. Uso abusivo de drogas. Dificuldades de organização do tempo e de se engajar em ocupações necessárias.” (narrativa de respondente do QOL)

“Acho que muitas ações específicas da Terapia Ocupacional poderiam ser realizadas com essa população, além daquelas ações, já regulamentadas como próprias da profissão, pois sempre é possível você atender alguém LGBTI+. Mas, acho que, a Terapia Ocupacional pode ajudar na inclusão dessa população, nas discussões sobre preconceito de respeito às diferenças. Acho que questões com papéis sociais, alteração de papéis de pessoas trans etc.” (narrativa de respondente do QOL)

Nota-se que a demanda, muitas vezes, não chega por ser LGBTQIA+ conforme essa fala reitera:

*“Percebo que, num geral, a demanda não chega pelo fato de a pessoa pertencer à população LGBTI+. Aonde trabalho atualmente, as demandas de atendimento chegam pelas equipes através de momentos de discussão de caso e, num geral chegam expressas como queixas mais vagas, tal como, “ansiedade”; “depressão”; “fez uma tentativa de suicídio”. Ao explorar um pouco mais no próprio momento de discussão, percebo que algumas vezes surge, “não tem mais contato com o pai depois que contou ser homossexual”; “a mãe pediu ajuda, pois não sabe como lidar com o filho trans”, “ela conta que, na escola, fazem ‘xingamentos’ com ela” (isso quando a equipe está mais próxima do caso). Nos momentos de atendimentos, vejo que algumas pessoas já fazem uma relação direta e outras não. Em algumas situações não trazem situações de violência vivenciada por não reconhecerem como algo violento (e que aí no atendimento vamos nomeando juntos isso).” (narrativa de respondente do QOL)*

Tanto nas falas do GF, quanto nos dados do QOL, nota-se que, a sensibilidade da escuta fará com que as práticas sejam efetivas, pensando nas demandas que levou o sujeito até terapeutas ocupacionais, ou as demandas que surgiram depois de sanarem outras tantas questões. Não apostamos em um ponto de partida, ou de chegada do cuidado em Terapia Ocupacional, vemos esse cuidado como um processo contínuo de ser ativo em cada etapa do tornar-se a ser pessoa- pessoa LGBTQIA+ - pessoa LGBTQIA+ inserida nas suas ocupações – atividades – em seu cotidiano.

Na saúde mental, a Terapia Ocupacional possui vários modelos de prática, tendo como objetivo geral desenvolver as pessoas em atividades significativas, para que possam viver ativamente em diferentes contextos socioculturais. A procura da integração social e recolocação da pessoa que, se encontra em sofrimento psíquico numa vida significativa, prevista pelas políticas públicas de saúde mental, é um objetivo fundamental da profissão (MEDEIROS, 2003).

## **O AMOR É A ÚNICA COISA QUE CRESCE À MEDIDA QUE SE REPARTE: A FORMAÇÃO**

As questões sobre formação graduada, pós-graduada e educação permanente, ou educação continuada, para os trabalhadores da saúde, estão elucidadas nas falas a seguir:

**Cássia:** *“(...) todo T.O deveria buscar, e a gente deveria formar T.O’s para isso também, então é uma crítica a essa formação continuada, pode ser, mas, eu acho que, é uma crítica principalmente a essa primeira formação, graduada né, que incentiva ou não para isso.” (narrativa de participante do GF)*

**Paulo:** *“(...) e aí isso é um currículo fechado né, que essas questões, quando entram, entram muito no optativo, nas outras, as pessoas podem escolher não pegar, entendeu, e não né. Acho que, tem que fazer parte da estrutura de conhecimento do T.O, de como ele pensa a prática.*

*(...) então, eu acho que, tem muita coisa muito cristalizada, muito em decorrência de um currículo fechado que não olha para essas questões como se fossem importantes.*

*(...) eu acho que, deveria entrar nas matérias de outro jeito, ah vamos discutir agora o que é LGBT, aí, às vezes, a gente fica muito centrado nas questões LGBTQIAfobia, que também é importante, olhar como essas violências se dão no cotidiano, como elas limitam nossa participação, o que a gente entende de participação, mas é para além disso também, acho que, a Cássia e a Marielle dão exemplos muito ricos disso, de como a gente consegue olhar para saúde do idoso, da idosa, ou do idoso que não tem gênero, que tem as redes sociais super mais fragilizadas, porque não constitui uma ideia de família, mas e como é que a gente lida com isso.”(narrativa de participante do GF)*

**Marielle:** *“(...), mas enquanto vocês falavam, eu fiquei pensando assim, na nossa formação, enquanto T.O’s, nós estamos preparados para trabalhar com a diversidade como um todo? Não só da população LGBT, mas toda a diversidade do ser humano, será que a gente esta preparado para lidar com todas essas diferenças, assim, ou a gente sai talvez achando, tendo expectativas sobre o que a gente vai atender naquele serviço, qual o tipo de paciente que vai vir. Pensando um pouco também em humanização, a gente também não discute conceitos sobre a humanização, política nacional de humanização na formação dos T.O’s, que isso também é um conceito transversal, que atravessa todo esse atendimento de saúde, as questões de clínica ampliada, de ambiência, de direito dos usuários. Então, isso também atravessa todos esses atendimentos. E fiquei refletindo assim, se realmente nós somos formados para ter um olhar para isso tudo.”*

*(...) essa questão dessa formação continuada permanente, em saúde, que não é só responsabilidade da instituição ou do serviço, mas é também, responsabilidade desse profissional, então assim, a minha demanda está mudando, a população da minha instituição está mudando, eu também preciso acompanhar isso, eu tenho esse compromisso ético de me manter atualizado nas melhores abordagens, nas questões mais importantes de cada população específica ou de cada doença específica, ou de novas discussões culturais, sociais, que vêm surgindo em relação a esse tema. Então, acho que não só jogar a responsabilidade para as instituições*

formadoras, que têm um papel importantíssimo, que são a base, mas também tem essa responsabilidade ético-profissional.” (narrativa de participante do GF)

**Pesquisadora:** “Sabemos que as formações ainda são generalistas, elas se pautam ainda nas questões muito básicas, então, será que a gente está sendo formado nas pós-graduações também, em relação a ampliar esse repertório de diversidade?”.

**Cássia:** “(...) acho que a academia é um espaço extremamente complicado, quando a gente fala de formação, que a gente não tem uma formação adequada e tal, isso é uma coisa, mas vai além dos projetos político-pedagógicos, vai nas atitudes das pessoas com a gente, no processo de formação que, às vezes, afasta a gente dos nossos sonhos, então, por muitas vezes, eu me senti assim “será que esse é o meu lugar?” Eu olhava pro perfil das pessoas que estavam lá e eu dizia assim “será que é o meu lugar? será que, só não vai me trazer mais sofrimento ainda?”. Então, eu me questionei muitas vezes, e talvez se eu não fosse eu, não tinha chegado lá não. Às vezes, a gente com uma fragilidade um pouco maior, com uma história mais difícil, não teria dado conta de ir, ir e chegar, então, acho que, são essas questões que eu queria ressaltar. Como meu público alvo, hoje, são os discentes eu recebo muito feedback de representação e tipo “ainda bem que tem uma mulher lésbica, ainda bem que tem alguém falando sobre isso, ainda bem que tem alguém falando que é casada, que tem uma namorada e não esta nem aí” tudo mais, e ao contrário, eu recebo também de outras gerações uma coisa que já é de muito tempo, que é desde que eu comecei no processo de formação e continua na formação continuada, e continua até hoje no meu ambiente de trabalho.”(narrativa de participante do GF)

Pensar a formação é sempre um desafio, seja na matriz curricular dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional, seja nos núcleos de educação permanentes dos serviços de saúde, porém a pauta LGBTQIA+ deve ser cada vez mais incluída, visto as demandas, que são emergentes e, cada vez mais encontradas nas discussões, seja das reuniões de equipes, ou solicitações dos graduandos, em discutirem a temática, pois já estão vendo essa demanda nos estágios que transitam nesse processo de se formarem terapeutas ocupacionais.

É essencial que os profissionais de saúde, incluindo os terapeutas ocupacionais, tenham conhecimentos e habilidades para oferecer um atendimento inclusivo e não discriminatório para as pessoas LGBTQIA+.

Por muitos anos, desejamos e fomentamos a ideia de uma formação generalista em Terapia Ocupacional, como cita uma das participantes. Mas as discussões a partir da pesquisa nos leva a repensar o próprio conceito de um profissional “generalista” e o que compreendemos como central nesta formulação.

Se a intenção crítica de terapeutas ocupacionais ao afirmar essa posição política para a formação de terapeutas ocupacionais generalista era criar uma contraposição ao modelo de formação especialista, ou seja, formar profissionais capazes de intervir em diferentes áreas do conhecimento, é preciso afirmar também sua capacidade generalista de interagir na diversidade humana de todos nós.

O primeiro passo possível para uma formação graduada contemporânea em Terapia Ocupacional comprometida com uma formação generalista-inclusiva, é a inserção de disciplinas que abordem a temática LGBTQIA+ de forma ampla e interdisciplinar. Isso inclui entender, saber, conhecer e aprender sobre as demandas relacionadas à identidade de gênero, orientação sexual e demais questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero. Essas disciplinas devem contemplar a história e a cultura LGBTQIA+, os desafios enfrentados pela população LGBTQIA+ em relação à saúde física e mental, as questões legais e sociais relacionadas à diversidade sexual e de gênero, entre outras questões relevantes, um conjunto de conhecimentos e habilidades que visem compreender as necessidades e demandas dos diversos grupos populacionais dentro das múltiplas siglas LGBTQIA+.

Além disso, é importante que a formação graduada em Terapia Ocupacional inclua ações práticas que possam capacitar os futuros profissionais a atender as demandas específicas da população LGBTQIA+, considerando as diversidades sexuais e de gêneros em todas as áreas de atuação, desde a atenção primária até a reabilitação, bem como em outros setores, além da Saúde.

Isso pode incluir a realização de estágios em serviços específicos que atendem a essa população, o desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão que visem compreender e atender as necessidades dessa população, a transversalização do tema nas disciplinas em geral, entre outras iniciativas.

Os profissionais formados em Terapia Ocupacional devem estar preparados para atender as demandas de todos os grupos populacionais, incluindo a população LGBTQIA+. Para isso, é fundamental que a formação graduada em Terapia Ocupacional contemple uma abordagem ampla e interdisciplinar, com a inclusão de disciplinas e ações práticas que capacitem os futuros profissionais a atender as necessidades específicas da população LGBTQIA+.

Já nos núcleos de educação permanente dos serviços de saúde, deve-se incluir temas como a identidade de gênero, orientação sexual, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, saúde mental e outros tópicos relevantes para o atendimento às pessoas LGBTQIA+. Devem ser espaços de reflexão e aprendizado constante, onde os profissionais possam discutir suas práticas, trocar experiências e atualizar seus conhecimentos. Nesse sentido, é fundamental que esses espaços contemplem a temática LGBTQIA+, permitindo que os profissionais possam se atualizar e aprimorar seus conhecimentos sobre as demandas e especificidades dessa população. Todos os serviços de saúde devem garantir que seus profissionais estejam capacitados para lidar com as especificidades da população LGBTQIA+, promovendo a inclusão e o respeito à diversidade sexual e de gênero. Isso implica em uma formação continuada que contemple a temática LGBTQIA+ de forma ampla e interdisciplinar, permitindo que os profissionais possam atender as necessidades da população LGBTQIA+ de maneira qualificada e sensível, em todos os âmbitos do SUS e, no setor privado.

### **SE TU CHORAS POR TER PERDIDO O SOL, AS LÁGRIMAS TE IMPEDIRÃO DE VER AS ESTRELAS: PRÁTICAS CONCRETAS**

Enquanto terapeutas ocupacionais, em diferentes áreas de atuação, as falas demonstram como se efetivam essas práticas diárias, pensando nas questões da população LGBTQIA+, que estão surgindo nessas demandas de trabalho. São citadas ações concretas, de terapeutas ocupacionais, atuando nas frentes de cuidado, gestão, extensão, pesquisa e ensino:

**Cássia:** *“E em paralelo, discutindo diversidade, como que a gente precisa discutir isso da graduação como um todo e aí, isso se concretiza em forma de projeto, quando eu entro na Universidade e submeto um projeto de extensão sobre diversidade e T.O. Porque eu estou falando isso, porque eu acho que é importante, porque esse projeto, ele surge a partir do momento que eu vejo que existe uma carência muito grande dos nossos alunos de graduação, das nossas alunas e alunos, de entender esses conteúdos, esse assunto, essa discussão para além da Terapia Ocupacional social.*

*(...) os projetos de extensão vieram para fazer as pessoas pensarem, ah você está lá no centro de reabilitação, como o Paulo está, mas ainda assim, as pessoas LGBT's estão lá, as pessoas pretas, as mulheres que sofrem violência e a gente precisa saber disso. Então eu venho no movimento com essa equipe do projeto de entender isso, e atualmente vêm sendo o que eu estou fazendo, que é mais relacionado a isso, mas em tal cidade eu fiz algumas pesquisas na Secretaria de Saúde da mulher, sobre as políticas públicas lá e municipais, a gente fez um mapeamento bem grande do que se tinha nacionalmente falando em termo de ambulatório trans, de programas, de projetos, então eu publiquei alguns estudos nesse assunto na revista Bagoas lá, de estudos gays e trans, então eu venho, por aí, discutindo políticas de saúde.”(narrativa de participante do GF)*

**Marielle:** *“Hoje eu sou gestora, então meu trabalho é no nível de gestão, eu sou coordenadora da equipe de reabilitação, aqui, que é uma equipe multiprofissional e, hoje, eu sou coordenadora do comitê de humanização e aí, que entra a atuação com a população LGBT. Em 2019 a gente identificou algumas demandas, porque se tem a crença de que a pessoa idosa é hétero né, então, aí, a gente começou a identificar alguns idosos LGBT no serviço, começou com uma demanda do SUS, com a necessidade de colocação do nome social em todas as fichas de atendimento e alguns colaboradores questionavam, “por que tem que ter nome social? O que isso significa? O que eu tenho que preencher aqui nesse campo?”e tudo mais, a gente viu essa inquietação começar nessa época.”*

(...) e toda essa inquietação foi surgindo nas discussões da equipe, nas reuniões de comitê de humanização e, a gente criou o projeto Ambulatório Amigo da Diversidade LGBT 60+, que é um projeto aqui da instituição, esse projeto, a gente está ainda caminhando com ele, então a primeira etapa foi uma capacitação 100% da equipe da instituição sobre os conceitos LGBT e sobre as velhices LGBT. Então, a gente tinha um antigo coordenador aqui, que é pesquisador da área de velhices LGBT e ele auxiliou muito nessa implantação do projeto. Hoje ele não faz mais parte daqui, mas continua contribuindo com os treinamentos, então a gente fez uma capacitação 100% da equipe, e a gente ganhou um prêmio no ano passado da prefeitura do município de São Paulo, da secretaria de Direitos Humanos e Diversidade, como um selo de Direitos Humanos e Diversidade aqui da prefeitura de São Paulo (...)

(...) nesse nível de políticas institucionais e a gente tenta abranger isso, levar isso para secretaria estadual de saúde (...) a gente quer tornar o serviço mais acolhedor para essas pessoas, que elas identifiquem na instituição e nos colaboradores, que elas estão seguras aqui, para trazer suas angústias, que elas vão ser atendidas, que elas não vão ter o atendimento negado porque é um idoso trans e tal (...) Então, todo esse trabalho de conscientização da equipe e tentar deixar isso claro para população, que frequenta o serviço, que aqui eles estão seguros, seguros para se identificar como LGBT's que viveram uma vida inteira no armário, ou quando envelhecerem têm que entrar no armário de novo, porque têm que ser cuidados por outra pessoa ou, porque têm que entrar numa instituição de longa permanência, num centro que não respeita essa diversidade.”(narrativa de participante do GF)

**Nery:** “Hoje em dia eu tenho me debruçado muito com a população trans, isso tem aparecido muito nos atendimentos, e aí algumas coisas, acho que, de como você pode modificar algumas coisas, até das coisas, que elas mesmas já têm essas tecnologias que usam, de usar um binder, de colocar um packer, pra que se tenha também o volume né, na região genital, como elas fazem também para feminilizar o corpo, eu acho que tem muitas coisas que a gente pode ir auxiliando e, até nesse aspecto corporal, uma mudança que não é de uma hora para outra né, é uma mudança que é bem gradual, e nem sempre vai corresponder às expectativas que aquela pessoa tem. Então, eu acho que, dá para ir fazendo esses acompanhamentos, mas, eu acho que, isso vai ser muito de acordo com os encontros que a gente vai tendo com essas populações, e aí, eu acho que, é isso...” (narrativa de participante do GF)

As práticas concretas dar-se-ão, justamente, na partida e nos encontros com as todas as siglas plurais das populações que a Terapia Ocupacional se dispõe a cuidar, ensinar, prestar assistência e acolher.

Como apareceram no QOL esses relatos de terapeutas ocupacionais sobre essas demandas diversas e, as múltiplas respostas e sentimentos das profissionais em respostas a essas demandas:

*“Inicialmente a pessoa veio por quadro de depressão, porém, após a terapia, conseguiu identificar sua sexualidade.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A usuária me relatou na anamnese que “não mexia com esse negócio de homem”. Fiquei contente de que ela sentiu que podia compartilhar isto comigo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Percebo que, num geral, a demanda não chega pelo fato de a pessoa pertencer à população LGBTI+. Aonde trabalho atualmente, as demandas de atendimento chegam pelas equipes, através de momentos de discussão de caso e, num geral chegam expressas, como queixas mais vagas, tal como, “ansiedade”; “depressão”; “fez uma tentativa de suicídio”. Ao explorar um pouco mais no próprio momento de discussão, percebo que, algumas vezes, surge “não tem mais contato com o pai depois que contou ser homossexual”; “a mãe pediu ajuda, pois não sabe como lidar com o filho trans”, “ela conta que na escola fazem ‘xingamentos’ com ela” (isso quando a equipe está mais próxima do caso). Nos momentos de atendimentos, vejo que algumas pessoas já fazem uma relação direta e outras não. Em algumas situações não trazem situações de violência vivenciada, por não reconhecerem como algo violento (e que aí no atendimento vamos nomeando juntos isso).” (narrativa de respondente do QOL)*

Nota-se, tanto nas falas do GF, quanto nos dados do QOL, que a sensibilidade da escuta e a ação terapêutica ocupacional proporciona que, as práticas de cuidado sejam efetivas, pensando nas demandas que o sujeito apresenta, ou as demandas que surgiram depois de sanarem outras tantas questões.

## **SÓ SE VÊ BEM COM O CORAÇÃO. O ESSENCIAL É INVISÍVEL AOS OLHOS: CENAS COTIDIANAS**

A vida das participantes é constantemente atravessada pela atividade de serem terapeutas ocupacionais e, por serem pertencentes a população LGBTQIA+. Parte importante das reflexões

sobre essa interface se deram, no grupo focal e nas questões abertas do QOL, não apenas por meio de reflexões sobre a prática, mas reflexões com a prática, por meio da narrativa de cenas cotidianas vividas por terapeutas ocupacionais em seus cenários de práticas, assim como eu, seus próprios contextos de vida pessoal, que também são analisados, do cuidado, ou da ausência do cuidado à saúde mental das pessoas LGBTQIA+.

**Marielle:** “A gente viu que tinham pessoas idosas trans frequentando o serviço, então gerava um cochicho na recepção, quando chamava dona Maria das Dores e levantava um homem, né (...)”

(...) a gente teve casos de um idoso trans, do urologista não querer fazer o toque retal numa idosa trans.”

(...) principalmente com a equipe de atendimento, que via uma senhorinha sentada na frente deles e presumia que era uma pessoa hétero, “ah a senhora não tem marido, não tem filhos...”, então, vários estereótipos que a gente tem que ir quebrando no serviço, então, nosso trabalho é bem desafiador com essa população assim 60+ (...)

Um relato muito positivo que a gente teve, é de uma idosa que já foi privada de liberdade, por muitos anos, acho que mais de 15 anos, e, quando saiu da prisão, uma idosa LGBT também, quando ela chegou, aqui, para ser atendida com uma série de lesões e consequências da falta de atendimento por muitos anos, e quando ela falou para gente que era a primeira vez na vida dela que ela estava sendo atendida de forma digna, então acho que isso faz muita diferença, assim, e mostra que a gente está conseguindo ter alguns resultados.”(narrativa de participante do GF)

**Cássia:** “Na minha formação, quando eram apresentados casos clínicos, quem era que estava no caso clínico? Era Maria, mulher de João, que tem o filho tal e tudo mais. Então, eu lembro que dei dois anos de cinesiologia e eu botava lá, Maria casada com Amanda e não sei o que, e os alunos “ah professora, mas esse é o foco?” Falei “não, esse é o caso, a gente está estudando cinesiologia, mas Maria é casada com Amanda” (...) (narrativa de participante do GF)

**Nery:** “(...) lá no hospital mesmo, por exemplo, aparecem muitas pessoas que são LGBT’s, então, por exemplo, uma pessoa trans é sempre uma questão: vai internar onde? Vai internar em qual quarto? Interna no quarto masculino, interna no quarto feminino? Ou o que acontece muito lá são as tentativas de suicídio que acabam chegando no hospital, e muitas dessas tentativas tem a ver com o fato da pessoa ser LGBTQIAP+ (narrativa de participante do GF)

**Cássia:** “A vez que fui para uma ginecologista, sem a minha família, daí eu cheguei lá, ela me perguntou, eu falei que era lésbica, aí ela botou virgem, ela não escreveu lésbica, ela escreveu virgem. E era a primeira vez que eu estava indo para uma ginecologista sem a tutela da minha mãe ali, e assim, na hora, eu não consegui falar que não, e eu fiquei como virgem muito tempo, e até ela ficava me perguntando assim “mas você ainda é virgem?” e eu pensava assim “meu deus, essa mulher está em que ano!” pelo amor de Deus (...)” (narrativa de participante do GF)

**Marielle:** “Passei por situações assim, de uma médica ficar me questionando “mas você é lésbica? Você quer ser homem?” Não, eu estou OK em ser mulher, está tudo bem, entendeu, e aí, você tem que discutir isso com a médica sabe (...)” (narrativa de participante do GF)

**Nery:** “(...) também sou casado né, ando com aliança, aí a pessoa já fala “ah sua mulher”, aí, eu já tenho que ficar “então, não é uma mulher”, já é um negócio que, já vira um incomodo acho, e aí, você perguntar de formas que eu acho mais ampliadas, ou sem gênero, ou às vezes até especificamente, mas que seja com respeito (...)” (narrativa de participante do GF)

**Marielle:** “Eu me lembrei de uma história assim, acho que teve total influência, depois, na minha trajetória profissional. Foi de quando eu me assumi para minha família, e aí, não foi fácil, como é para maioria dos LGBT’S. Minha família, extremamente católica, do interior, morando no sítio, então, foi aquela situação, e aí, ao invés de eu ter uma escuta, um acolhimento, uma tia me levou para conversar com umas freiras, em um convento, achando que elas me diriam alguma coisa que me faria mudar de ideia, desistir, e tudo mais né, e eu extremamente constrangida fui, porque fui obrigada. E chamaram a madre superiora lá, pra conversar comigo, e aí, era uma idosa e aí, ela perguntou o que estava acontecendo e tudo mais, exerceu a escuta, e eu me abri, falei o que estava acontecendo, ela ficou pensando, ela falou assim, “bom estamos aqui, numa instituição católica, você acredita em Jesus?”aí, eu “sim, tudo bem, minha família é católica, também sou” aí, ela “vou perguntar para você e pra sua tia, qual a maior mensagem que Jesus deixou para nós?”aí a minha tia se prontificou “ah é respeitar a bíblia, seguir a bíblia” aí, a madre falou “não, a maior mensagem que Jesus deixou para gente é o amor, e você está trazendo a sua sobrinha aqui, porque ela ama alguém” e aí, assim, ela foi extremamente acolhedora e falou assim “vocês, enquanto família, têm que respeitar esse amor que ela sente, porque ela está sendo sincera com o amor que ela sente, e tentar entender isso, e se vocês creem em Jesus, acreditam em Jesus, realmente pôr isso em prática”. Então, eu lembro que eu saí extremamente aliviada dessa situação (...)” (narrativa de participante do GF)

**Paulo:** “Quando eu paro para pensar, quando eu me descobri gay, eu não acho um momento, assim, porque eu acho que não teve esse momento, acho que, teve o momento “ai meu deus é diferente” que foi quando beijei o primeiro menino. Sempre tive amigos, amiga sapatão, amigo gay, amigo viado, só que, para mim não sei, não era uma questão, não sei se estava focado em outras coisas, aí meus amigos sempre me empurravam para ficar com as meninas, “ah vai lá, fica lá Paulo”, está, vamos lá, não queria não, mas hoje, eu fazendo uma análise, todas as meninas que eu fiquei era porque algum amigo meu me empurrou. Algumas primas minhas diziam vai lá e fica, mas aí, quando eu estava numa festa e um menino chegou em mim, começou a conversar, um cara interessante, falou “posso te dar um beijo?”, falei “eita, um beijo? Ah pode!” e aí, parece que aquela ficha caiu, falei “gente é isso!” aí, nunca mais parei de beijar meninos né. Mas é engraçado, porque aí, quando vem essa coisa de se assumir para a família, a gente sempre tem esse momento, que é um drama, né gente, nossa, para mim também foi um drama horroroso: meu pai, paraibano, daquele da peixeira, daquele que dava soco na gente, daquele bem, que acreditava que bater resolvia, enfim, e aí, não sei se ele já notava que eu tinha um jeitinho diferente e, com o tempo ele foi se apaziguando. Mas teve um momento, num final de ano, fiquei com um menino na frente da minha família inteira, porque falei “ah eu estou cansado de ficar andando no escuro pra beijar um menino, uma coisa que eu não estou fazendo nada de errado”, aí a gente “aí vamos lá dar um beijinho” aí anda, anda, anda, aí fica. Ano novo, que geralmente a gente passava em família, meu pai e minha mãe não tinham ido nesse ano novo, só fui eu. E aí foi esse menino, que foi amigo da família, ele foi lá, a gente se conheceu, ficou, mas sempre muito escondido, assim, tudo muito escondido, aí falei: “aí gente estou cansado”, aí no 5, 4, 3, 2, 1, fui e tasquei um beijo nele, na frente da família inteira, e foi o rebuliço. Mas aí, tinha que falar para os meus pais né, essa coisa de ter que falar né, coisa chata né, o hétero nunca vai falar que é hétero né, mas a gente tem que falar, tem uma cobrança aí para gente se assumir, para a gente sair do armário (...)

“Enquanto terapeuta ocupacional, teve um menino que eu atendi, que era muito interessante, porque ele tinha algumas crises, e ia muito para o CAPS, e as crises dele era colocar peruca, colocar música da Lady Gaga alto, e performar. Uma parte da equipe achava que aquilo tinha que ser reprimido, porque isso não pode, aí, eu pegava, dançava com ele, pegava peruca também, e estava junto, para mostrar para ele que isso era possível sim, ser assim, não tinha uma questão. Tinha outro que... eu fui supervisor da resistência terapêutica, e tinha um usuário que, ele adorava perucas também, e vestia, e se vestia de mulher, só que aí, tinha os acompanhantes e até os outros moradores também, que era uma confusão. E eu ia lá com ele, comprar peruca, para ele comprar peruca, e ele colocava e ficava em casa mesmo, do jeito dele, vestindo vestido, e aí, teve um dia que eu chego para trabalhar, e eu era supervisor, tinha essa coisa de poder daí, institucional, e eu cheguei com uma saia rosa, com um vestido rosa, e cheguei para trabalhar e nem falei nada, só cheguei e comecei a trabalhar, mas aquilo gera né. Então, aí, ele ficou espantado, aí, já colocou a roupa dele também. Então, eu acho que a gente vai permitindo usar nosso corpo também, é possível, e usar, às vezes, nossas relações de poder para poder também falar que é possível, e aí, os acompanhantes começaram a falar comigo, e aí, eu conseguia trabalhar essas questões que estavam sempre na ordem do não dito. Ninguém chegava para esse morador e falava “ah você não deve fazer isso”, mas tinha um jogo de olhares, tinha, como o que a gente conhece, um jeito de também manipular pra ele não usar as perucas, pra ele não se vestir. Quando ele queria sair de casa e ele queria sair de vestido, “não, vamos usar esse aqui que é melhor”, eu sempre falei “não, vai sair de vestido!”, porque não é ele que está errado, quem está errado é a sociedade, então, a gente vai o quê? Vai (tolher) o que é dele? Pelo contrário, ele tem que se mostrar, para sociedade, para sociedade começar a ver que é possível sim, ser do jeito que a gente é, enfim, fazer isso. E aí, ele começou a se vestir de outras maneiras, ali, na casa. Então, acho que, esse caso me marcou muito, poder acompanhar isso, acho que foram essas as situações que eu fico pensando.” (narrativa de participante do GF)

**Nery:** “(...) eu lembro de um usuário que me marcou muito, que era quando eu trabalhava em enfermaria de saúde mental no hospital municipal, hospital geral, porque ele era um usuário que, ele chegou muito em crise, quando chegou lá, muito mesmo, daqueles que grita, que fica contido, que faz escarcéu, fica gritando, e quando eu ia falar com ele, ele falava muitas coisas meio desconexas e, ao mesmo tempo, quando era comigo, ele sempre falava alguma coisa tipo assim “eu não gosto de gay”, ele tinha algum problema, alguma questão com gay né, e aí ele ficava nessa um pouco, comigo, de ele não saber se ele me perguntava, se eu era gay, ou não, porque acho que ali era um pouco isso, por a gente ter um corpo, que não é tão dentro da norma, isso vai afetando acho que de alguma forma os nossos atendimentos, onde a gente estiver. Acho que, principalmente, com esses casos mais de saúde mental, eles também acabam vendo, acho, que um pouco mais, dizem sobre isso, então ele ficava muito nessa, e a gente foi criando um certo vínculo conforme foi passando o tempo, dele ali na enfermaria. Depois ele foi ficando um pouco mais tranquilo, foi abaixando um pouco a crise dele, então, ele chegou muito nisso, gritando, contido, e aí, depois, com o tempo não precisava mais, ele começou a circular, começou a se relacionar um pouco mais comigo. A gente super conversava sobre vários assuntos, e aí, num certo dia ele conseguiu me perguntar se eu era gay, ou não, diretamente, “mas você é gay”, e aí eu virei e falei para ele “mas isso importa aqui?”, eu nem cheguei a responder, eu falei “mas isso importa nesse tipo de atendimento aqui, como a gente está agora?” e aí ele mudou de assunto, e falou sobre outras coisas, porque ele tinha alguma questão que eu não sabia o que era, e infelizmente a enfermaria também né, as pessoas não vão ficar muito tempo, não vou também ficar explorando qualquer coisa que não vá da conta ali, e aí, ele foi falando sobre outras coisas tal, e no fim ele começou a me chamar de ninja, foi o modo dele acho de elaborar aquilo, então eu não era mais gay, não era mais nada, eu era o

ninja, e aí foi isso, até ele sair um pouco da internação, porque me parecia até algum tipo de conflito muito grande, não sei se de desejo, não sei também se tinha acontecido alguma situação de violência mesmo com ele, que era um pouco o que eu suspeitava, mas também fiquei um pouco sem saber, necessariamente, o porquê que aquilo era tão impactante para ele, e era isso, era comigo. Isso não aparecia com os outros profissionais, isso aparecia muito comigo, acho que muito por conta dessa questão assim, de estar num outro espectro não tão hétero-normativo.

(...) e eu lembro muito também, quando eu estava no SAI, de uma menina trans que foi lá, foi com a mãe, e ela o tempo inteiro em atendimento, acho que, ela devia ter uns 17 anos, 18, ela foi com a mãe. Elas acabaram entrando juntas em atendimento, era uma situação bem complicada de abuso que ela tinha sofrido e, eu fui tratando ela o tempo inteiro no feminino, falando com ela no feminino, tal, me dirigindo a ela sempre no feminino, e a mãe se dirigia à ela no masculino, e eu no feminino, e a mãe no masculino, uma situação assim, até que, um momento, a mãe virou pra mim e me pediu desculpa, falou “desculpa, é que eu não estou acostumada a chamar fulana assim” e eu fiquei naquela “não, mas você tem que pedir desculpa para ela, não é para mim” (...)

(...) um outro atendimento, que foi um acompanhamento que eu fiz de um casal, que era um casal gay, e que um deles chegou muito, já, adoecido por conta do HIV e, eu fui acompanhando todo o processo. E eles tiveram que voltar para casa da mãe de um deles e, aí, todo conflito que tinha, ao mesmo tempo, com a mãe, ao mesmo tempo, o cara estava muito doente, então, era uma situação bem inusitada, bem fora da curva, mas que eles tiveram que, um pouco, lidar com essa convivência, porque um deles realmente estava muito mal, até o momento que ele chegou inclusive a falecer, de tão mal, quimicamente que ele estava. E aí, eu pude fazer todo esse acompanhamento, ele ia lá, ele me contava, me falava dessas coisas, e foi algo muito marcante para mim também, porque foi isso, foi o primeiro casal, que eu acompanhei tão de perto e, que ele podia falar para mim muitas das coisas e dos conflitos que ele estava vivendo ali, enquanto casal. Ele parou de trabalhar para cuidar do outro, foi uma situação bem difícil e, que no final, até depois de tudo, do parceiro dele falecer, ele acabou até se mudando e, ele só voltou mesmo para agradecer o acompanhamento e o atendimento, mas que ele ia, então, também, repensar a própria vida, ia mudar-se e, ia para outra cidade, mas são situações que a gente vai passando, que são muito marcantes. Acho que tem muito dessas questões, de afetar e ser afetado, eu acho que tem também, experiência pessoal né. Teve uma situação também, logo, quando fui me assumindo com as pessoas também, pros meus pais, minhas irmãs, que também foi bem marcante, que foi meu primeiro aniversário, que eu estava com minhas irmãs e meu namorado, e isso foi algo que me marcou muito, porque na vivência, quando eu ia crescendo, isso parecia algo tão distante, tão longe, e, na verdade minhas irmãs não tiveram problema nenhuma com a minha sexualidade, para elas, quando eu contei, saí do armário, elas reagiram muito normal. Lembro muito da minha irmã, ela era pequena, acho que tinha uns 10 anos quando eu cheguei a conversar com ela, e ela era uma criança né, ela falou para mim “ah você vai continuar sendo chato”, porque tinha muito dessa relação, assim. Eu lembro depois né, mais velho, poder fazer tudo isso e, acho que, o primeiro me marcou muito, que era algo que eu não pensava, não imaginava que isso poderia acontecer. Enfim, depois, a vida também foi indo para outros lugares, hoje em dia isso é muito mais tranquilo, estou casado, já vai para outro lugar, mas acho que, essas primeiras experiências marcam super a gente, e eu tive várias experiências que foram positivas. Então, eu fico pensando também né, se tivesse tido experiências muito ruins, como é que eu estaria, o que teria provocado em mim, isso graças a Deus não aconteceu, mas poderia, ouvi, já de muitos amigos, pessoas, a gente ouve, então essas foram cenas bem marcantes, acho que, para mim.” (narrativa de participante do GF)

**Cássia:** “(...) com relação a minha família, no meu meio social, eu sempre fui sapatão, eu nunca tive medo de que, lá, em casa, descobrissem. Acho que eu queria que descobrissem sem eu precisar contar, e meu pai foi muito receptivo, mas, a minha mãe não, acho que, tem muito isso do inverso por ser uma relação eu sou mulher, ela é mulher, eu sou a filha, então não admito, tem também a questão da religião, assim, bem parecida com a Marielle, mas eu sempre fui rebelde, então, não ia para canto nenhum, queria reza nenhuma, e tinha que acabar o mundo. Isso tudo foi muito precoce, eu era bem nova e, inclusive esse ano, eu e minha mãe, a gente voltou a se falar depois de muitos anos. Ela me convidou e convidou a minha esposa para ir visitá-la, e a gente vai no final do ano (...)sou professora, com doutorado, moro sozinha, em outro lugar, não peço nada a ninguém. Então, é muito triste de pensar que eu tenha que ter passado por um monte de coisa e alcançado várias coisas para provar que, talvez, eu era digna de levar minha namorada, e de receber um afeto e ser tratada como minha irmã, que é hétero, é com seus namorados, com seus maridos, ex-maridos e tal, isso é uma coisa assim. Mas, na universidade, para mim era tudo muito natural na família e eu já me afirmava e ponto, independente do que viesse, no meio social também. Daí, quando eu chego na universidade eu recebo várias coisas que eu não estava preparada, porque eu estava em processo de formação, várias barreiras, como, por exemplo, nunca escondi também, tanto que, eu levava minha namorada para a universidade, se fosse namorada, se fosse ficante, o que fosse, era universitária como todo mundo era, e eu fui da primeira turma do curso no meu estado. Então, tinha uma coisa bem nova ali, acontecendo, as professoras entendendo e tal, e as pessoas não queriam muito fazer grupo comigo. A minha sala era bem evangélica, tinha uma coisa da religião e tal, e tinha uma rejeição e, eu sempre fui muito boa aluna e, eu não conseguia entender. E aí, em determinado momento, eu fiz um projeto de extensão, primeiro que teve no curso. Daí eu passei em primeiro lugar e teve outras pessoas, aí, teve que fazer dupla, e aí fizeram trio para

não fazer a dupla comigo, e aí, eu olhei assim, fiquei constrangida na hora, que não tinha ninguém para fazer a dupla comigo. E assim, não era uma questão de mérito, porque eu tinha passado em primeiro lugar, porque tem aquela coisa do aluno problema né, “ah não vou fazer com fulano porque fulano não faz o trabalho”, não era o caso, e aí, eu olhei muito revoltada, acho que eu tinha 18 anos, e eu falei assim “gente, só para vocês todas saberem, eu não ficaria nunca, com nenhuma de vocês, não se preocupem, porque eu não sinto atração, nem nunca sentiria por nenhuma de vocês, vocês não são o meu estilo, então, quem quiser fazer dupla comigo pode ficar despreocupada com relação à isso”. E aí, a professora esbugalhou os olhos e ficou espantada, e está. Aí, teve uma dupla, com essa situação constrangedora, teve uma menina que veio fazer a dupla comigo, e anos depois eu encontrei com essa professora, como colega de trabalho. Ela chegou pra mim e falou assim “Cássia, aquilo que você falou me marcou, você lembra?” aí eu “Não”, aí, ela me lembrou, ela falou assim “você olhou pras meninas e falou que não queria ficar com nenhuma delas, que não ia ter problema e aquilo ali bateu de uma forma em mim, que eu percebi que talvez você tivesse sofrendo, por isso que eu me aproximei e a gente ficou amiga”, eu falei “ah (...), eu lembrei agora” mas assim, isso foi mais impactante para ela que estava ali formando e tal, do que pra mim, na época, que realmente estava com o pé na porta, estava com fôlego. Então acho que essas situações foram passando, e aí, professora que falava “ah porque não pode beijar aqui na universidade, nos corredores da T.O”, daí eu falava “mas os casais héteros estão aqui no corredor da T.O, então qual que é a questão?”, a questão não era comigo, era com uma outra mulher lésbica que a namorada ia deixar ela de moto, ela falava “é um absurdo que essa menina venha deixar a outra de moto e dê beijo aqui, antes de a menina ir para aula”, eu falei “mas como assim? Todos os outros casais fazem isso”. Então, as minhas vestimentas, já foram questionadas, ouvi de uma outra professora, hoje amiga, que quando eu cheguei para fazer também, eu fui a primeira iniciação científica do departamento e aí, falaram assim, para professora que iria me orientar “olha, cuidado que ela é sapatão, cuidado com a sua proximidade para não pegar mal”, e aí, ela chegou para falar comigo, e eu falei “eu sou uma mulher lésbica e eu tenho namorada” e eu não entendi porque isso, então era assim, “cuidado, você como professora para não parecer que vocês estão se relacionando”, uma coisa bizarra, várias coisas bizarras. E aí, eu começo a traçar uma trilha aí, por uma carreira docente, a duras penas, porque foi o que eu sempre quis e tal, e ouço também de uma professora dentro do departamento que falou “olha, se você não se vestir, não se comportar de tal forma, você não vai conseguir entrar nesse departamento, porque esse departamento tem uma característica assim, assim, e assim. “Não sou eu” ela dizia, “eu não sou assim, mas eu sei que as pessoas são dessa forma, e que os processos de seleção em determinado momento, pra professor eles são subjetivos, tem o processo de currículo, mas tem uma aula que aí, é subjetivo”. E aí, eu fiquei naquilo ali, e nesse momento da minha vida, eu queria muito entrar na carreira docente, e o que eu considero hoje é que eu comecei a me travestir, comecei a usar roupas e coisas que não eram minhas, que eu vejo hoje as fotos e eu pensava “quem era aquela pessoa?” minha namorada falava “você é linda”, mas eu não estava feliz com aquilo ali, uma coisa meio bizarra pra mim, e aí, entrei, saí. Quando entrei falei, não vou esconder de ninguém, vou continuar sendo eu, recebia minha namorada lá, dentro do departamento, e aí, o que eu comecei a ter foi o feedback das estudantes, que chegavam para mim e falavam assim “ah Cássia, eu não acredito que você esta ali”, então assim, o quanto é estudante pra mim, como estudante da graduação, ver que, da sala dos professores saem também duas mulheres, que uma mulher vai deixar o lanche pra professora, assim, como os maridos das outras professoras do departamento iam deixar o almoço, iam falar com ela “ah estou esperando lá no estacionamento”, da mesma forma que a minha namorada ia, que era uma coisa que nunca tinha acontecido e que, despertou nas e nos estudantes uma coisa do que era possível, parecia que começava a ser possível para elas, e isso, eu era substituta. Fui para outros espaços (...) também teve uma aluna que chegou para mim e falou que foi muito importante, que ela se sentiu representada (...)” (narrativa de participante do GF)

**Paulo:** “Eu trabalhei no CER, e tinha uma menina lésbica que trabalhava no turno da manhã, uma fono, e aí, de vez em quando, como era no turno contrário, algumas meninas se sentiam no direito de vir conversar comigo sobre ela, chegava e falava “eu acho que ela estava dando em cima de mim” e eu falava “gente, pelo amor de Deus, vão achar isso mesmo, só porque ela é lésbica, vão achar que ela esta dando em cima de vocês, pelo amor de Deus né minha gente”. Então, acho que, isso é muito forte, e eu tive uma experiência bem ruim também lá, nessa coisa, que essas violências, às vezes, elas acontecem das pessoas que a gente não espera e, de uma maneira que a gente se questiona, foi homofobia? Foi uma violência, não foi, foi só um desentendimento, eu fiquei me questionando muito isso. Porque se criou um ambiente de muita intimidade, eu era o único homem cis lá, e rolava as brincadeiras entre as pessoas, e eu sou uma pessoa muito brincalhona também, adoro quando tem liberdade, vou, brinco, gosto muito, nesse sentido de cultivar essas relações. E aí, teve um dia que, estava eu e mais duas fonos na sala, era época que a Pablo Vittar tinha lançado uma música que eu gosto, ouvia. Coloquei pra ouvir, e ela falou “ah legal”, quando fui colocar pra outra fono ela levantou, detalhe que, ela estava na minha sala mexendo num computador lá da TO, ela levantou, empurrou-me, “eu não gosto de Pablo Vittar, eu já te falei, não sei o que. ”, eu falei “saí da minha sala agora, você pode não gostar mas. ” e aí, fiquei muito puto, quando ela saiu, fiquei pensando, será se eu não deveria ter colocado para ela ouvir porque ela não gostava, mas que reação é essa de empurrar, de gritar comigo, de ser grosseira comigo, e eu fiquei muito, um tempo, de colocar “não, acho que o errado fui eu mesmo, acho que eu não deveria ter feito” tanto que eu pedi desculpa para ela depois, hoje eu não faria isso “desculpa, acho que eu não deveria ter feito”, mas, nunca mais falei com ela também não, acho que a gente teve uma cisão ali, porque

*foi uma violência muito grande, e é difícil a gente olhar pra isso, muitas vezes, porque não é uma violência, por exemplo, estou numa festa, beijei um cara e me tacaram uma cerveja na minha cabeça. Já aconteceu, essa violência a gente sabe, bateu, machucou, mas essa que vai na relação, que coloca a gente em dúvida, essa destrói a gente por dentro, e aí, quando a gente bate o pé, elabora, a gente consegue localizar, enquanto violência, por mais que seja um tempo depois, mas muita gente não. Muita gente vai achar que é isso mesmo e, que vai se mutilando no sentido de tirar o que é seu, de tirar o que é do seu corpo, do seu jeito de ser, enfim, fiquei assim, pensando muito nisso (...)* (narrativa de participante do GF)

**Nery:** *(...) quando a gente vai falando, assim, sobre questões LGBT's, tem também uma coisa que eu acho que acaba sendo mais específica de quando a gente vai discutindo essas questões de gênero e de sexualidade, que vão partindo para outros lugares, e isso fica muito difícil na discussão, vai pra uma discussão moral, vai pra uma discussão de valor, então, vai indo pra outros lugares, que, eu acho que, às vezes, quando tem outras discussões também, que não vão para esses lugares né. Quando você vai falar sobre racismo, sobre machismo, sobre essas questões assim, não vão entrando nisso, e aí, como é que a gente faz essas discussões, que são muito complicadas. Eu também já me retirei de N coisas, tipo "ah então tá, não vou, não vou falar", eu sempre fico meio "tá, nesse momento não vou falar", às vezes, você fica, "vou esperar", porque tem coisas que também afetam muita gente, é isso. Eu também não banco, porque é difícil, e pegam muito na gente, então, acho que, isso também é uma das maiores dificuldades, até para falar com outros colegas e outras pessoas, porque vai indo, vão puxando para algo, que não é isso que a gente está discutindo, mas que é isso, que as pessoas vão considerando. Essa discussão de valor, de moral, ela é bem complicada, e aí, na verdade, você vai ver como é um preconceito tão arraigado, tão estrutural, que a pessoa também não se liberta, porque tem outras coisas que vão atravessando. Acho isso super complexo, e aí, é muito nesses movimentos mesmo, até a rede que vocês fizeram, sabe, acho que pra fortalecimento assim, é ótimo (...)* agora esse ano no (...), depois que eu tive uma gerente, agora que começou a se interessar mais por questões LGBT's e tal, de uma pessoa que eu não esperava nada, porque ela tem toda uma trajetória, ela é testemunha de Jeová, enfim, mas ela super se interessou, quis, e aí, em junho, a gente enfeitou um pouco lá, na verdade eu enfeitei um pouco lá, e inclusive, deixei, falei "vou deixar aí então, se vocês quiserem vocês tirem", e quem ajudou a enfeitar foi uma mulher da limpeza também, que é uma mulher lésbica, não tiveram outras pessoas, para outros meses teve outras coisas né, mas assim, em relação ao mês do orgulho, fui eu e uma mulher lésbica."(narrativa de participante do GF)

Quando, nas cenas são trazidas dimensões da vida cotidiana tradicionalmente trabalhada pela T.O - como o morar, o envelhecer, o tratar-se, o vestir-se ou usar o banheiro - identifica-se uma camada adicional de complexidade nestas ações da vida diária, que dizem respeito a impedimentos e limites socioculturais, a bloqueios subjetivos. Essas ações simples da vida diária, ou da vida prática, complexificam-se e podem gerar sofrimento pelo simples fato de serem praticadas por corpos não normativos. Assim, esses corpos atualizam em si, mas também nas práticas de cuidado, nas contradições entre as necessidades legítimas vividas pelas pessoas LGBTQIA+ e uma cultura heterocisnormativa.

Essas contradições se manifestam objetiva e subjetivamente no corpo de cada um e de coletivos LGBTQIA+. Esse cuidado a cada processo de uma vida, que é impedida de estar ativa é prática corrente de terapeutas ocupacionais, mas ainda precisa ser mais aprofundada, no que se refere à população LGBTQIA+.

Essas contradições e opressões que a população LGBTQIA+ enfrenta em sua vida cotidiana têm impactos tanto objetivos quanto subjetivos em suas vidas e corpos. Esses impactos podem se manifestar em questões como a saúde mental, a autoestima, a autoimagem, a autoaceitação, entre outros aspectos que influenciam diretamente na qualidade de vida e no bem-estar dessas pessoas.

Os terapeutas ocupacionais têm um papel fundamental no cuidado a cada processo de vida dessas pessoas, buscando compreender suas necessidades individuais e coletivas e demandas de maneira integral e acolhedora. Isso implica em uma prática que considera não apenas o corpo físico, mas também as dimensões emocionais, sociais, culturais e espirituais de cada um. É importante reconhecer que ainda há muito a ser aprofundado em relação à prática da Terapia Ocupacional voltada para a população LGBTQIA+, numa constante reflexão sobre as possibilidades e limitações da prática, assim como a busca por novas estratégias e metodologias que possam ampliar o cuidado e o acolhimento a essa população.

A prática cotidiana da Terapia Ocupacional voltada para a população LGBTQIA+ é fundamental para garantir o cuidado e o acolhimento a cada processo de vida dessas pessoas. No entanto, ainda é necessário aprofundar e ampliar essa prática, por meio da reflexão constante, da busca por novas estratégias e metodologias e da atualização e capacitação dos profissionais que atuam nessa área.

### **TU TE TORNAS ETERNAMENTE RESPONSÁVEL POR AQUILO QUE CATIVAS: CUIDADO DE SI E CUIDADO DO OUTRO**

A relação explícita do cuidado do outro entremeado pelo cuidado de si, que se expressou na fase anterior da pesquisa (QOL) também foi enunciada no grupo focal, em diferentes falas.

**Marielle:** “(...) e acho que uma frase da música que marcou muito para mim, é a questão do que ela fala, que fica com nó na garganta. Acho que isso fez parte do meu processo enquanto me aceitar, me assumir como mulher lésbica, e, eu acho que, penso também no silêncio dessas pessoas idosas, que são e, que, não podem abrir isso, que não se sentem à vontade num serviço de saúde que não é específico para atender a população LGBT. Essa coisa de não poder falar o que eu sou, de vir acompanhado de outra pessoa e falar “ah é minha irmã, é minha amiga...”, e a gente, como já tem uma sensibilidade, um treinamento, uma identificação, a gente consegue ver, olha, acho que, não é bem isso, e como a gente conseguir abordar isso, também, de uma maneira que eles não se sintam invadidos.” (narrativa de participante do GF)

**Paulo:** “(...) e pensando nisso eu pensei em mim, porque quando eu estava nos atendimentos lá, eu não falava que eu era casado com um homem, então, foi uma coisa minha, que eu me sentia, não parei para pensar ainda. Acho que, aqui, é esse momento que eu estou pensando mais, por que eu não falei? Por que eu não falei que era casado com um homem? Porque me perguntavam né, “ah e sua esposa...”, já partem do pressuposto de que a gente é hétero, só porque tem barba e não sei o que, mas quando vê nosso jeitinho, assim, já começa “talvez não seja”. Mas enfim, e porque eu não falei também né, ou para criança também, porque eu não vejo problema nenhum em falar para criança que eu tenho marido, que eu sou casado com um marido. Com os adolescentes que eu atendia, mas isso para mim era uma questão, o que que era?” (narrativa de participante do GF)

**Nery:** “(...) de algum modo, ou não, e acho que, também, como o Paulo falou, por eu não ser uma pessoa tão heteronormativa, isso já mobilizava em algum aspecto o atendimento, seja pelos usuários, seja pelos próprios colegas, que estavam ali, comigo, atuando. Então, eu acho que, em muitos trabalhos eu fui virando uma referência, querendo, ou não querendo, porque era o que estava ali, o que era diferente, e o que estava também mais disposto a discutir e a falar sobre, assim, e aí, ultimamente, eu tenho muito apostado nessa questão(...)” (narrativa de participante do GF)

**Pesquisadora:** “Eu vou abordar essa questão do gênero e da sexualidade das famílias não hetero-cis-normativas, porque eu sou um T.O LGBT, ou todo T.O deveria ter esse olhar, ou todo T.O deveria ter essa sensibilidade? Eu vou pensar nas questões, por exemplo, muitos jovens ao ingressar no mercado de trabalho não se assumem LGBT por medo de já perder o trabalho, mas eu vou olhar para isso só porque eu sou uma T.O LGBT e, sou uma T.O dessa área, ou toda T.O deveria olhar? Ou, eu estou lá no centro de idoso, no centro de referência, eu vou sim lutar por um quarto, que durmam o casal de mulheres, porque eu sou uma mulher LGBT T.O e sei da importância, ou toda T.O deveria pensar sobre isso? Então, eu acho que a gente tem um grau de importância nesse cuidado, que transcende sabe, e deveriam ser de todos os T.O’s”.

**Paulo:** “Essa coisa que o Nery fala de ah, tem alguém que está questionando a sexualidade, ou que está com o sofrimento, ou que é gay, aí, mandavam sempre para mim, aí, num certo momento eu fiquei, “poxa, mas por quê? A pessoa não consegue atender também?”. Ao mesmo tempo que eu queria que isso pudesse fazer parte da equipe, eu acabava pegando também, porque eu sabia que a pessoa precisava de uma escuta para ficar, então, às vezes, por eu viver algumas coisas, eu poderia oferecer mais escuta, do que alguém que nunca viveu e, que não saberia escutar de uma maneira cuidadosa as queixas, ou poderia tratar de uma maneira superficial, aí, eu ficava sempre pensando nisso.” (narrativa de participante do GF)

**Pesquisadora:** “Eu fico pensando, o quanto que a gente cuida da gente, nesse momento, porque é isso, tem horas que a gente não precisa bancar, tem horas que eu não quero bancar, tem horas que não dá, então é isso, é o momento da gente cuidar, a gente cuida do outro e cuida da gente e está tudo bem, está tudo bem o T.O, a T.O, que ainda esta dentro do armário, ou, enfim, tem N questões. Cada um tem a sua hora, desde que, não nos violente, desde que, não nos reprima, porque aí vai, eu acho, que num papel que, quanto a nossa postura e, quanto a nossa fala e as nossas ações, elas podem reprimir, ou expandir os desejos e as volições de quem cruza o nosso cuidado, sejam os nossos alunos, sejam colegas de departamento, sejam colegas de trabalho, seja T.O, ou não, qualquer pessoa, então quanto que a nossa postura, muitas vezes, ela vai dar voz àquela voz que ainda

*esta emudecida, mas que “ah, se ele pode eu também posso me expressar”, então eu acho que faz muito sentido isso, e essa ,talvez seja a nossa responsabilidade. Sim, às vezes nos cansa, sim, às vezes nos pesa porque a gente está sendo o tempo todo cobrado um pouco mais da nossa capacidade técnica, infelizmente.”*

Como essa dimensão do cuidado de si ganhou relevo nas duas etapas da pesquisa intervenção, procuramos nos aprofundar um pouco mais sobre ela.

Para abordar a temática, apoiou-se na perspectiva Foucaultiana, especialmente a reflexão filosófica desta perspectiva, a respeito do conceito de cuidado elucidado anteriormente e, mais particularmente, o conceito de cuidado de si. Foucault (2007) denomina como cuidado de si, as práticas e reflexões que os sujeitos produzem e, que são capazes produzir, a transformação desses sujeitos e suas relações. Neste sentido, o cuidado de si inclui a percepção sobre a capacidade que todos nós temos de governar a nós próprios, como condição para o exercício da cidadania.

Nesta perspectiva, o cuidado de si torna-se coextensivo à vida, espaço do nascer ao morrer, em que o sujeito deve ser cuidado/cuidar-se ao longo de sua existência, em um movimento real do sujeito sobre si mesmo. Mas, como interpela o próprio Foucault precisamos nos perguntar: “o que significa retornar a si?” (FOUCAULT, 2007).

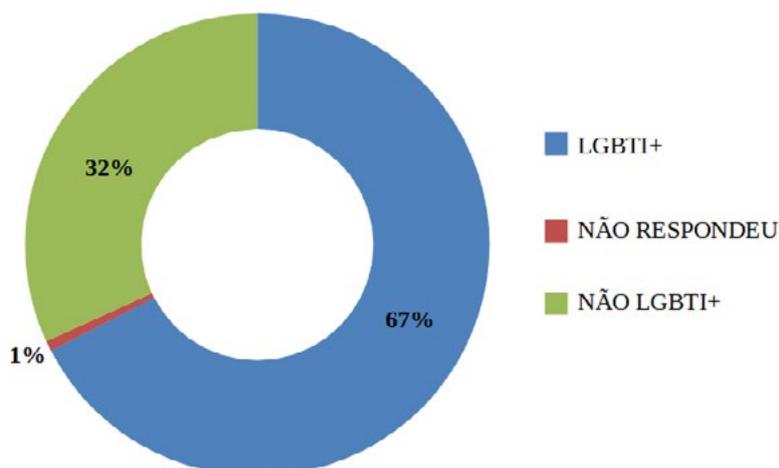
Para compreender neste estudo, a relação entre o cuidado em saúde mental e o cuidado de si, é preciso explicitar 2 aspectos importantes: a distinção entre cuidado de si/retorno a si e a lógica individualista neoliberal; e a explicitação da nossa concepção de saúde mental.

A noção de “cuidado de si” diferencia-se, completamente da noção de “empreendimento de si” neoliberal. Temas neoliberais, como gestão da própria vida, técnica de elaboração da vida e investimento pessoal em si, proteção de si mesmo, tudo isso pode remeter às noções neoliberais de liberdades individuais, política social individual, seguridade individual e mútua, ou a competição com o outro (AVELINO, 2016). No entanto, Foucault, ao se referir a “si”, parte de uma concepção de sujeito totalmente oposta ao indivíduo liberal. Na concepção foucaultiana, todo sujeito individual é um sujeito coletivo, não apenas produzido coletivamente, mas também uma expressão da multiplicidade de corpos, que o constitui a partir de suas relações.

Já a nossa concepção de saúde mental, pauta-se nos princípios da atenção psicossocial, como também trouxemos anteriormente, ou seja, a saúde mental e os processos de produção de subjetividade como uma produção relacional bio-psico- socio-culturalmente construídas.

No que tange ao tema do cuidado de si, se retomar o perfil dos respondentes do QOL, identificamos que, entre os 132 participantes que responderam à questão sobre seu gênero e sexualidade, 89 pessoas, ou seja, 67% fazem parte da população LGBTI+, conforme demonstra o gráfico 5, um número que nos dá importantes pistas sobre o cuidado em saúde mental à população LGBTIQIA+, conforme discutiremos posteriormente:

**Gráfico 16 – Total de Participantes**



Fonte: Própria (2021)34

A quase totalidade dos estudos, que analisam o impacto da sexualidade no ambiente de trabalho, encontra-se no início da década de 90 (CHUNG, 1995; MCQUARRIE, 1998 apud VITIRITTI, ANDRADE, PERES, 2016) na área de

administração, sendo raros os estudos que consideram a percepção dos profissionais de saúde sobre sua própria sexualidade e a de seus pacientes.

Porém, quando, nesta pesquisa, identificou-se 89 participantes se autodeclarando LGBTI+, sendo todos profissionais da saúde, nível superior e com interesse na temática Saúde Mental da População LGBTQIA+, inicialmente poderíamos nos questionar se existe um maior acesso e permanência da população LGBTQIA+, na área da saúde, em relação a outros grupos, ou campos. Infere-se que não e, que, esse dado nos diz mais sobre os profissionais de saúde mental, que se interessam pela temática da saúde mental LGBTQIA+, do que sobre um retrato do campo especializado em sim (DEPOLE; FERIGATO, 2022).

Os estudos de gênero e força de trabalho em saúde, no Brasil, investigam análises binárias da força de trabalho (masculino X feminino), apontando para um processo de feminização do trabalho em saúde, com um percentual de quase 70% de trabalhadoras do sexo feminino (YANOULLAS, 2011; WERMELINGER et al., 2010) sem uma estratificação de orientação/identidade de gênero.

Compreende-se que esses números achados em nossa pesquisa dão passagem a aspectos importantes a serem analisados; 1) Essa grande proporção de pessoas LGBT+, entre os participantes, apontariam simplesmente para um maior interesse entre essas pessoas em responder a pesquisa? ou de fato, dentre os profissionais da saúde mental, que estão preocupados em pensar a especificidade da saúde mental da população LGBTQIA+ são os próprios por tomar posse do seu lugar existencial, também, como um espaço de cuidado ao outro? (DEPOLE; FERIGATO, 2022).

Como cuidar do outro, como eu gostaria de ser cuidado, quando estou em busca de um profissional da saúde mental? Sendo LGBTQIA+, consigo desprender um cuidado ao outro LGBTQIA+ diferenciado?

Independentemente das hipóteses 1 ou 2 serem uma leitura possível destes dados, ambas nos indicam um interesse maior dessa população para com si própria, seja para a produção de conhecimento, seja para a produção de cuidado.

Segundo Foucault (2007), na perspectiva do cuidado de si, como apresentado anteriormente, para constituir-se enquanto sujeito ativo é importante estabelecer uma intensidade de relações de si para consigo, em que o sujeito consiga tomar a si mesmo como objeto de conhecimento e ação, que através das relações de si possa transformar-se e promover a própria reinvenção. Reinvenção tomada em uma dimensão da potência de existir, de afirmar-se em constante mudança. O cuidado de si pode ser entendido como o conhecimento de si somado à proposta de devir de si mesmo, que exige certo número de regras de conduta e princípios que precisam ser conhecidos. Assim, o sujeito pode encontrar em sua relação com o trabalho sua própria singularidade através da valorização de si e do conhecimento de si realizado através do cuidado com o outro. Obviamente esse processo não é uma exclusividade do cuidado à população LGBTQIA+ e poderia ser estendido para todas as relações de cuidado em geral, no entanto, as falas aqui apresentadas se mostraram especialmente interessantes para expressar as singularidades do cuidado em saúde mental à essa população, em agenciamentos concretos de cuidado com os profissionais.

Tanto as falas do grupo focal, aqui apresentadas, quanto às narrativas do QOL apontam que neste agenciamento singular, o cuidado do outro como cuidado de si se expressa, ora como um movimento de identificação/empatia pelo sofrimento do outro, que também é meu; ora como uma prática de cuidado-luta para elaboração de ciclos de violência, ou ainda como um cuidado coletivo (de si e do outro) expressando o desejo de mudar as práticas de saúde.

O si a que nos referimos não se refere a uma individualização, mas um processo em que ao cuidar do outro constitui-se em diversas formas de existir através de uma prática clínica investida do desafio de produzir

saúde mental, mas também produzir cidadania, transformação social, afirmação do direito de ser quem se é. Ressignificar a história singular do outro/com o outro e assim também a sua história coletiva (DEPOLE, FERIGATO, 2022, p.312)

Como identificação e empatia pelo sofrimento do outro, que também é meu, identificamos narrativas dos participantes que indicam um cuidado, que se opera, inicialmente, por um processo subjetivo de identificação/empatia. Identificar-se no sentido de um movimento de aproximação de algo que me afeta, por algo que vai à direção da minha própria história de vida, seja como alguém que viveu na pele essas nuances de ser LGBTQIA+, ou por empatia a um amigo de infância, colega de trabalho, familiar, paciente, que se identificou LGBTQIA+ e vivencia no seu cotidiano, o olhar curioso do outro, as falas de julgamento e as tantas violências sutis e brutas ao mesmo tempo, que desenrolam numa vida para dentro do armário (segura) outrora, fora do armário e sujeita a represálias, faltas de oportunidades e barreiras de acesso.

*“Para mim é delicado lidar com situações de LGBTI+ fobia por me reconhecer em situações de violência relatadas pelas pessoas atendidas também, e busco me fortalecer para acolher. No caso das pessoas T, para mim é um desafio, pois tenho que lidar com meu próprio processo de desconstrução de uma transfobia, de uma criação cis- centrada, e sinto-me desconfortável, porém não menos disposta. Sinto também muita dificuldade ao pensar em situações no CAPS, nas quais, a violência vinha de outros usuários, ou profissionais do próprio serviço e, por vezes, não consegui me posicionar por sentir-me, eu mesma, violentada, e sinto-me culpada e covarde por isso. Mas também me vejo potente por ter uma postura muito empática, em relação às pessoas violentadas na situação e conseguir acolher. Acho que minha maior dificuldade é lidar com um coletivo LGBTI+fóbico envolvendo o contexto do cuidado.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acredito que eu sempre me atentei para essas questões e o sofrimento que possa vir dela, ainda mais por ser alguém da população LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Uma construção diária, que me impacta, ainda mais por eu também ser gay.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“ Sinto-me extremamente agredido. coloco-me no lugar da pessoa e sofro pensando, que o próximo poderá ser eu. Então, procuro fazer meus atendimentos a essa população da melhor maneira possível.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“As questões de gênero e sexualidade sempre se fizeram presentes em minhas reflexões, principalmente pelo reconhecimento da minha orientação sexual.”*

*“Afeta-me por identificação, por entender que em nenhum atendimento que realizei em saúde, como usuária, foram consideradas as minhas questões de sexualidade e gênero, os preconceitos que sofro/sofri em algum momento da vida e, por isso, penso em fazer diferente em minha prática profissional.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sempre foi necessário pensar na temática por estar inserido nela.” (narrativa de respondente do QOL)*  
*“Acho interessante pensar sobre isso, pois é uma temática que gosto e estou implicado.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Mas acredito que, ter conhecimento de todas essas questões e particularidades sobre esses assuntos, ajuda-me a ter maior empatia pelo paciente. Acredito que um arcabouço teórico e de metodologias práticas ajudaria ainda mais.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Afeta diretamente na questão de empatia e acolhimento, fazendo com que eu informe colegas de profissão, amigos e pacientes de todos os seus direitos (em saúde e outros), de forma clara, garantindo apoio, educação e promoção de saúde. (narrativa de respondente do QOL)*

Se o plano da identificação tem como uma prioridade a aproximação, para o cuidado com o outro é porque se reconheceu, que esse, é apenas uma das camadas de um processo de subjetivação e de correlação de forças mais amplas. Identificar- se, no sentido de ver-se como idêntico, seria insuficiente, ou para alguns referenciais teóricos, até inadequado para a efetivação de um cuidado em saúde mental. Além da identificação expressou-se, entre os cuidadores profissionais, um

elemento de ação consistente para a elaboração das violências vividas e para o enfrentamento dos ciclos da violência, sendo o cuidado uma das dimensões deste enfrentamento.

*“Eu sou um homem gay. E vivo a violência contra a minha orientação sexual há muitos anos. Em casa, com a família, meu pai me batia por conta disso. Na rua, os vizinhos e, principalmente na escola. Ir para a escola era muito sofrimento. Ao passo que fui tomando consciência sobre mim mesmo, estas questões foram se incorporando à defesa da vida dos sujeitos de quem cuidei e cuido. Por isso, as questões de gêneros e sexualidade estão marcadas na minha prática, porque constituem as formas de envolvimento ocupacional das pessoas, e quem elas são.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sou militante LGBT e sempre estou atento a essas questões.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Por pertencer à comunidade e pelas dificuldades enfrentadas em nosso dia a dia sempre busquei que nosso espaço e equipe fosse referência para esta parcela da população.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“ Sinto-me extremamente agredido. coloco-me no lugar da pessoa e sofro, pensando que o próximo poderá ser eu. Então, procuro fazer meus atendimentos a essa população da melhor maneira possível.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Penso que, posicionar-me é uma escolha ética, pois questões de gênero e sexualidade abrangem a existência humana de forma geral, sendo assim, considero esses posicionamentos parte da integralidade do cuidado.” (narrativa de respondente do QOL)*

Além do processo de identificação e de ação profissional para a elaboração e rompimento com os ciclos da violência, a terceira dentre muitas camadas do cuidado à população LGBTQIA+, identificadas na pesquisa, mira para o cuidado coletivo e, sobretudo para a transformação social e para a produção de mudanças das práticas hegemônicas em saúde.

*“Afetame muito a forma com que é tratada essa temática, com pouco valor, ou até nos dias de hoje, visto apenas como um fator de adoecimento, quando na verdade, os fatores estressantes são os que permeiam a sexualidade do indivíduo. Para mim, enquanto profissional e homossexual, também é difícil quando sou atendida por profissionais da saúde, quando o tratamento é sempre homem e mulher, quando a minha sexualidade não é nem perguntada e sim já imposta pelo pré-julgamento profissional.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Como faço parte da população, antes de iniciar minha atuação no mercado de trabalho, já estava inserida em diversos espaços de construção teórica, política, social. Os preconceitos e silenciamentos estruturais sempre estão em atravessamento, ninguém está impune. Contudo, temos ferramentas suficientes para nos elaborar a cada dia, basta querer.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Os meus silenciamentos, em diversos momentos, implicaram e implicam em ser conivente com as opressões, ainda que, de modo inadvertido ou inconsciente. Lidar com outros tipos de opressões, na minha prática clínica, mantém-me em um constante dilema, de adquirir força para enfrentar posicionamentos hegemônicos de uma equipe cristalizada em certas formas de atuação baseadas no poder sobre o outro.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Afeta-e de maneira direta ver e identificar que os setores de serviço têm esse despreparo e silenciam as identidades de gênero e sexualidade.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A falta de políticas públicas e compromisso do governo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Que eu deveria levantar essa bandeira de forma mais ampla, porém tenho colegas que são muito conservadores, em meu ambiente de trabalho.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Necessidade de atuação em rede, devido à possibilidade de reconhecimento, com dores de outres acolhidos (transferência) e importância de distanciamento do caso e acolhimento de trabalhadores.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Estou percebendo a grande necessidade de posicionar-se e entender como essas questões são importantes e devem ser percebidas, até para termos um olhar holístico sobre a pessoa e, principalmente, o quanto eu conheço e entendo cada vez mais as vulnerabilidades.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Fico atento e me entrego ativamente na acolhida e escuta.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Estou percebendo a grande necessidade de posicionar-se e entender como essas questões são importantes e devem ser percebidas, até para termos um olhar holístico sobre a pessoa e, principalmente, o quanto eu conheço e entendo cada vez mais as vulnerabilidades.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Penso que a sexualidade poderia ser um tema mais abordado com os pacientes, para ver como a sociedade é preconceituosa.” (narrativa de respondente do QOL)*

Chama a atenção como a implicação em relação ao cuidado está sempre presente. Usando do termo implicação como sugerido por Lourau (1990): a implicação como o processo de indissociabilidade entre o pesquisador e o processo de produção de conhecimento, ou a indissociabilidade entre quem cuida e o processo de cuidado produzido. Ou seja, assim como, para conhecer uma instituição é preciso entender o que nos liga a ela, para refletir sobre o processo de cuidado em saúde mental, é preciso refletir sobre o que nos liga (ou não) ao sofrimento psíquico do outro.

O cuidado à população LGBTQIA+ é fundamental para a transformação social e produção de mudanças das práticas hegemônicas em saúde. É importante que os profissionais de saúde, incluindo os terapeutas ocupacionais, atuem de forma mais ampla, buscando ações coletivas e sociais que promovam a inclusão, a igualdade e o respeito à diversidade sexual e de gênero.

Isso deve envolver ações como a participação em grupos de apoio e ativismo LGBTQIA+, a realização de palestras e eventos para conscientização e educação da população sobre a diversidade sexual e de gênero, a atuação em políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e dos direitos das pessoas LGBTQIA+ e outras iniciativas que visem a promoção da justiça social e a inclusão de todos.

Além disso, é importante que os profissionais de saúde sejam críticos em relação às práticas hegemônicas em saúde que muitas vezes excluem ou discriminam as pessoas LGBTQIA+. Eles devem buscar formas de atuação que considerem a diversidade sexual e de gênero e que promovam a inclusão e a equidade, e atuem como agentes de mudança, buscando transformar as práticas hegemônicas em saúde e torná-las mais inclusivas e respeitadas para todas as pessoas.



## RESSONÂNCIAS DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: AFETAR-SE

Neste capítulo, gostaríamos de dar destaque às ressonâncias de intervenção da pesquisa intervenção, dos tantos efeitos da pesquisa produzidos nos respondentes do QOL e nos participantes do grupo focal, o que disso tudo se pode transcender as telas.

“Eu sou filho do arco-íris  
 Eu tenho outra íris  
 Eu tenho outro olhar  
 E se o céu azul  
 Nos traz o arco-íris  
 É pra que a Terra inteira possa admirar  
 Por isso esse amor e esse orgulho  
 Que a vida colocou dentro de mim  
  
 E não importa a cor do meu amor  
 É o arco-íris que me faz brilhar assim.”

Pablo Vittar, Alice Caymmi, Kell Smith, Gloria Groove e Preta Gil  
 Canção: Filhos do Arco-Íris

### • **RESSOAR: SOAR COM FORÇA; RETUMBAR, ECOAR**

Neste item, apresentaremos os efeitos do processo de participar da etapa de responder ao QOL da pesquisa. O QOL deixava um espaço livre para que as pessoas descrevessem os efeitos de sua participação. Nosso intuito era poder mapear também, de forma objetiva, os efeitos de intervenção da própria pesquisa. Efeitos que podem ser percebidos em algumas narrativas por meio da nomeação de *insights*, percepções, afetações, sentimentos:

*“Fico feliz que, na Terapia Ocupacional, o tema “sexos, gêneros e sexualidades” seja cada vez mais de interesse da categoria, fomentando mais conhecimento e formas de atuação mais críticas e engajadas. Precisamos também ter mais representatividade de terapeutas ocupacionais LGBTs, para que não sejamos também sempre objeto da análise e da fala do outro.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“O refletir se é possível fazer mais, dentro do meu âmbito profissional, pela população LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Preencher um formulário tão bem elaborado e sensível como este, me faz ter orgulho da Terapia Ocupacional, quando vejo pesquisador@s caminhando por temas imprescindíveis à justiça e à igualdade social. E também fez-e refletir sobre a minha atuação e, nas falhas, diante da necessidade do outro. Pesquisas qualitativas como esta enriquecem as Epistemologias do Sul, através do estudo da subjetividade do outro em uma perspectiva histórico-cultural, entendendo que a população LGBTI+ encontra-se em uma situação de exclusão social, em um país que vive o mito da democracia e, ao mesmo tempo, com a ampliação da representatividade nos setores da sociedade civil.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Esperança para existirem novas formas de cuidar dessa população dentro da minha prática clínica.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Contribuição para geração de conhecimento acerca do panorama atual, de atenção à saúde de pessoas LGBTI e, contribuindo para futuras instalações de progresso nesse campo, favorecendo a inclusão de forma geral.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Reflexão e dificuldade de elencar com precisão os parâmetros que utilizo para trabalhar com essa população especificamente.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Que agora, nós profissionais de saúde mental, vamos estar mais engajados com causa.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“De reflexão sobre nossa condição, como profissional de saúde e como parte da população LGBTQIA+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Fico muito feliz que a temática seja abordada. Precisamos garantir uma assistência digna e sem preconceito ao público LGBTQIA+. Conheço relatos absurdos de profissionais com os usuários LGBTQIA+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Esperança de que, deixe de ser teórico e seja real a forma mais humana em atendimentos de saúde, de uma forma inclusiva e igual, com o devido cuidado e preparo de profissionais de saúde de modo geral.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Fiquei feliz em ver que, cada vez mais, pesquisas são realizadas com profissionais de saúde e, no tocante à população LGBTQIA+. Considero ser um tema de suma importância e, eu mesma, enquanto usuária de serviços de saúde (público e particular) já passei por situações de lesbofobia por parte de profissionais de saúde e, ver pesquisas como essa me encham de esperança de que, cada vez mais, teremos profissionais da saúde, pensando e se preparando para atender a população LGBTQIA+, de maneira mais acolhedora e menos preconceituosa.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Esperança em dias melhores para minha filha, que vai nascer.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acho importante estar pautando a temática sobre gênero e sexualidade, é uma forma de estar levando para a instituição saúde esse tema.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Alegria em saber que há pessoas que abordam e querem introduzir, cada vez mais, esse assunto no mundo acadêmico, entre os outros profissionais da saúde.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Fez-me pensar em várias coisas, lembrar momentos de minha prática e ficar com várias reflexões por aqui!!!” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Repensar minha postura.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“De olhar e perceber-me percorrendo um caminho de aprofundar-me, de cuidar melhor, de tomada de consciência e mais respeito, não podemos parar de estudar, mas senti-me melhor do que normalmente, cobro-me muito.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“De satisfação em poder contribuir para uma pesquisa que pretende tratar do tema e ver que essa questão está se ampliando, inclusive na Terapia Ocupacional.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“De responsabilidade em ampliar o pensamento sobre esta temática, estudar mais e considerar mais o cuidado a esta população em específico.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“É satisfatório contribuir com pesquisas voltadas a esse tema, na esperança de criar um sistema de saúde de fato universal e, como consequência, um mundo melhor para se viver.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Um fiozinho de esperança para toda minha população LGBTQIA+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Efeito de acolhimento, de estarmos juntos na busca de direitos pela comunidade LGBTQIA+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Contribuir para que a pesquisa se torne um material/instrumento de consulta para orientar profissionais que trabalham com o público LGBTQIA+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“É bom poder participar de um estudo como esse e poder dizer que essas pessoas precisam como qualquer outra pessoa atenção em todos os aspectos de sua vida inclusive em sua saúde mental.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Revisitar minhas experiências pessoais e profissionais e entender os atravessamentos que perpassam minha forma de cuidado e minha forma de relacionar-me com o mundo.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Achei muito interessante a proposta da investigação, deixou-me bastante reflexiva sobre minha atuação.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Ajuda-me a exercitar a escrita e reflexão sobre minha prática, a como colocar para terceiros, de maneira coerente, minhas atuações cotidianas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Achei muito interessante o tema da pesquisa e surpreendi-me com os detalhes das perguntas, elas provocaram uma grande reflexão.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sinto-me disposto a ajudar na evolução da sociedade.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Compartilhar práticas, vivências e sensações do fazer profissional é deveras importante para promoção da vida. Tecer redes, gera esperança!” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acredito que me fez olhar para a minha prática como também um instrumento de resistência e luta, que nos microcosmos a gente pode fazer a diferença.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sinto-me em busca de conhecimento, desconstruindo conceitos anteriores.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Preciso de formação prática urgente sobre o tema. E essa conexão entre população LGBTI+ e saúde sempre me faz pensar uma coisa: cadê esses pacientes no meu território da unidade de saúde? Muitas vezes, parece que é uma população sub- assistida.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Fico muito contente de poder falar sobre meu trabalho e da interface do mesmo com a população LGBTI+. Precisamos dar mais visibilidade a esta população.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Angústia e incômodo necessários para mudança.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Acho que, principalmente, a palavra encontro, e a necessidade urgente de pensar e fazer ações em relação a pop LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sinto-me instigada a estudar mais, para estar mais preparada em atendimentos futuros, também mais resolvida com questões internas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A necessidade de estudar mais sobre o assunto e ter mais em mente as possíveis referências teóricas. A esperança de que haja melhoras nos cuidados da saúde mental dessa população em específico.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Foi possível refletir, de uma forma sensível e empática, sobre questões que perpassam pelo meu cotidiano.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Que essa pesquisa alcance as universidades, que o currículo dos profissionais e sua prática possam ser repensados. Sou mãe, pela diversidade e, sofro, diariamente, com a abordagem preconceituosa e desqualificada de profissionais.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Satisfação por entender que existem núcleos de estudos preocupados com a temática e precursores de uma realidade mais inclusiva, humanizada e democrática.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Fico contente em contribuir com a pesquisa e espero ter ajudado a melhorar o atendimento em saúde mental do público LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Que a luta para uma assistência humanizada ao público LGBTI+ precisa ser fortalecida e implementada.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Esperança e expectativa de dias melhores e esclarecedores.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A espera de que algo pode ser feito para ajudar essa parcela da sociedade tão discriminada.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Não estou sozinha na luta por um mundo melhor.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Sentimento de resistência e luta.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“O que fica deste encontro é que, é necessário continuar estudando para alcançar as problemáticas práticas e teóricas atinentes à população LGBTI+, assim como, fica para mim, que não estamos sozinhos nessa luta pela comunidade LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Um novo start para buscar conhecimentos.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Fica um desejo de conhecer mais, conversar sobre!” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A necessidade de permanecer falando sobre saúde LGBTQIA+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A reflexão que mais marcou foi a dos referenciais utilizados. Sinto ainda, que trabalhar com pop LGBT é um trabalho solitário. Talvez por fazer isso de forma autônoma também...” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A necessidade de estar constantemente se qualificando e buscando melhorar.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A importância de discutir-se e pensar sobre essa vertente na população LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Nenhum tipo de cuidado pode ser feito sem empatia e sem disponibilidade para o encontro com a subjetividade do outro.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A esperança de que mais pessoas LGBTI+ possam acudir a um cuidado em saúde adequado.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Uma vontade ainda maior de fazer valer todos os direitos e dar voz a quem precisa ser ou!” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Procurar conhecer políticas de saúde mental para LGBTI+ e espaços de escuta e acolhimento.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Reflexão e necessidade de repensar algumas práticas de trabalho.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“A necessidade de repensar e estar atenta, sempre, à prática profissional e à necessidade de mais estudos como este.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Fica o interesse de saber os resultados, a vontade de conhecer o resultado desta pesquisa. Fica também uma sensação de que precisamos organizar ainda mais os processos de trabalho em saúde, para acolhimento e para a produção do cuidado ampliado junto a pop LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Espero que possa abrir portas para novos estudos e debates a respeito, que haja mais informação sobre isso.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Continuar na militância!” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Buscar cada vez mais estudos, e formas de auxiliar a população LGBTI+.” “Maior conscientização do tema.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Necessito fazer maiores pesquisas teóricas sobre o tema, para qualificar meus atendimentos a essa população.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Um bom sentimento de poder fazer parte de algo que vá ajudar a população LGBTI+.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Ótima oportunidade de contribuição, por ser profissional da área da saúde, por ter em minha família diversas pessoas LGBTI+ e, por ter à vontade de sempre ajudar e respeitar essas pessoas.” (narrativa de respondente do QOL)*

*“Uma reflexão muito importante sobre a causa LGBTI+ e como ela é abordada nos atendimentos da área da saúde.” (narrativa de respondente do QOL)*

Entendemos que os afetos que se produzem no processo de responder um questionário estão relacionados aos afetos que circulam nos processos clínicos e de produção de conhecimento referentes ao cuidado à população LGBTQIA+.

Ao responder um questionário sobre questões relacionadas à população LGBTQIA+, os participantes puderam experimentar uma ampla variedade de emoções e afetos, que podem incluir ansiedade, medo, raiva, tristeza, esperança, alívio e alegria, entre outros. Essas emoções podem ser influenciadas pela história individual do participante, suas experiências de vida, sua orientação sexual e identidade de gênero, e até mesmo suas crenças morais, culturais e religiosas.

Em processos clínicos e de produção de conhecimento relacionados ao cuidado à população LGBTQIA+, os profissionais de saúde e pesquisadores também podem experimentar uma ampla gama de emoções e afetos, incluindo empatia, compaixão, frustração, tristeza, raiva e esperança. Esses afetos podem ser influenciados pelo grau de exposição que têm aos desafios enfrentados pela população LGBTQIA+, bem como pelos recursos e suportes disponíveis para ajudá-los a lidar com o estresse e a carga emocional do trabalho.

Cada profissional tem o dever ético de proporcionar o cuidado buscado, não o cuidado que gostaria de proporcionar. Mas ali, em meio a rotina caótica da agenda dos serviços, muitas vezes aquela escuta não tem o poder de afetar, é só mais um sujeito, mais uma demanda. Porém, ao parar para responder uma questão sobre como o profissional se enxerga, se sente, vivência e prática seu cuidado, como profissional da saúde, é como se ele tivesse uma possibilidade de revisitar o porquê escolheu ser esse tal profissional da saúde, que é um sujeito formado para cuidar, acolher, abraçar, curar, proteger e proporcionar ao outro alento e resolução do problema de pessoas em situação de sofrimento, ou de vulnerabilidade.

Outras tantas palavras que estão elucidadas na figura 12 a seguir demonstram o afeto deste nosso encontro pesquisador- profissional da saúde:

**Figura 12** - Afetos do encontro com a pesquisa - Questionário *On-line*



Fonte: Própria (2022) 35

Em geral, tanto os participantes que responderam esse questionário, sejam profissionais de saúde da linha de frente e ou pesquisadores que trabalham com a população LGBTQIA+ estão sujeitos a experiências emocionais intensas e podem se beneficiar de apoio emocional e estratégias de autocuidado para lidar com esses afetos. Essas emoções podem ser uma parte natural do processo de cuidado e que é fundamental reconhecer e validar a experiência emocional de todos os envolvidos.

• **AFETAR-SE: PERCEPTOS E AFETOS DA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO FOCAL.**

Durante a etapa de produção de dados no grupo focal com terapeutas ocupacionais, também deixamos um espaço reservado para os efeitos da participação na pesquisa. Ser pesquisador,

pesquisado, terapeuta ocupacional cuidador e, o ser cuidado, nos afeta e implica em um olhar voltado para as coisas que não são ditas muitas vezes, mas sentidas, reprimidas, faladas, expostas, ou sim, escondidas. Implicações no processo do (re) existir, ser (...)

**Nery:** “(...) eu acho que essa questão também é uma questão que me mobiliza bastante, acho que sempre me mobilizou.” (narrativa de participante do GF)

**Paulo:** “Nossa, que legal discutir isso gente, estou borbulhando a cabeça, aqui.”

**Marielle:** “Pensando em tudo que vocês falaram, eu acho que faz eu refletir, muito mais na minha responsabilidade, quanto coordenadora de uma equipe e quanto representante de um comitê, em pensar mais o quanto todas as minhas decisões, ou ações, incentivos podem influenciar no trabalho das 12 pessoas que eu coordeno, ou da instituição inteira, que esse comitê faz esse trabalho transversal, com tudo que acontece na instituição.

(...) acho que só aumenta o senso de responsabilidade, de tentar fazer com que tudo corra bem e, com que, a gente consiga atingir um número maior de pessoas, quanto mais pessoas LGBT se sentirem acolhidas e bem tratadas aqui, e que esses profissionais também não levem só para aqui, levem para vida deles, para outras instituições. O que eles aprendem aqui, eles vão levar para vida, então, eu acho que isso aumenta mais o senso de responsabilidade e de preocupação em querer fazer melhor.” (narrativa de participante do GF)

**Pesquisadora:** “Eu falo que é o nosso compromisso estético, ético e político de sermos terapeutas ocupacionais e, aí, quando a gente está nesse duplo papel a gente acaba sentindo-se mais responsável, mas que isso seja um caminho a ser percorrido. Penso por mim, não um fardo, mas um caminho, falo, “não, eu tenho mais força agora, tenho um pouco mais de vontade, agora eu consigo mais” e, que esses encontros, que as pesquisas, o que reverberar daqui e de outras que estão vindo, possam nos dar mais instrumento para essas ações, não só ficarem mais pautadas teoricamente, mas, que a gente ganhe um corpo e um caldo para essas discussões dentro da Terapia Ocupacional, nas equipes multidisciplinares, dentro do serviço de saúde e, eu acho que a gente vai tendo esse papel. É imensamente prazeroso ouvir vocês e sentir que a gente está no caminho, e o caminho que é percorrido para que daqui 10, 15 anos, outros T.O's já tenham avançado nas discussões, e falem “nossa, como sua pesquisa ficou obsoleta, discutindo, como que é o trabalho da T.O na população LGBT. Sim, tomara que a gente possa marcar um próximo encontro, s encontrar-nos nos eventos presenciais e a gente consiga falar sobre isso, publicar sobre isso, discutir sobre isso, é muito além de área acadêmica, muito além de uma pesquisa.”

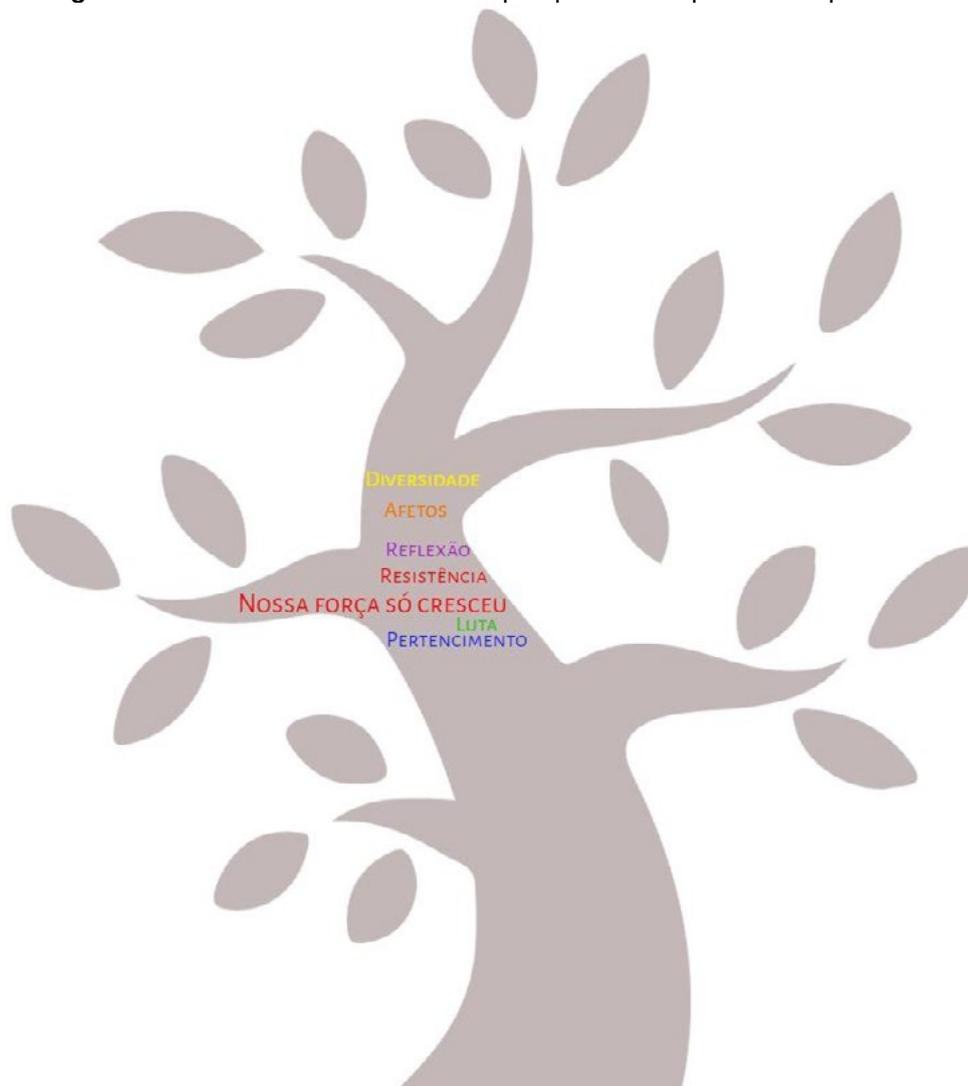
**Cássia:** “Muito bom poder falar né, acho que por mais pesquisas que priorizem esse espaço, porque têm coisas que, infelizmente, os questionários não dão conta, as avaliações não dão conta e isso aqui, que a gente produziu hoje, é uma coisa que a gente só conseguia produzir estando aqui, juntos e juntas né, então foi muito bom falar, acho também que a gente vai catalisando coisas quando fala, vai colocando tal, falei até muito, mas enfim, obrigada pelo espaço.” (narrativa de participante do GF)

**Pesquisadora:** “Acho que a gente ressignifica coisas quando a gente dá voz àquilo que está emudecido no coração, acho que a gente consegue ressignificar e se potencializar, e eu sei, a gente sentese um pouco mais forte, é, literalmente a força cresce, e acho que essa é a potência, é muito além do Lattes literalmente, jargão literal, muito além de uma pesquisa, é um encontro de afetação e ressonância. Eu sei que, cada um de vocês vai estar em um outro momento e vai lembrar das falas, dos sentimentos, e das emoções que a gente vivenciou em quase 3 horas, que nem pareceram. “

**Paulo:** “Tem que agradecer, porque acho que, esse encontro é isso, quando você fala de ressoar, acho que é exatamente isso, vai continuar ressoando e, que bom que é, poder discutir isso e ajudar na produção de conhecimento da Terapia Ocupacional, que é isso que a gente acredita, contribuir com esse conhecimento, é massa!” (narrativa de participante do GF)

Como mensagem do grupo focal essa árvore elucidada na figura 13 em processo de FLORESCER, assim como está sendo, até hoje, a ressonância do encontro em si, das tantas respostas do QOL, das tantas reflexões advindas desse processo de doutoramento, dos tantos dados produzidos, dos tantos que ainda serão frutos.

**Figura 13** - Afetos do encontro com a pesquisa – Terapeutas Ocupacionais



**Fonte:** Própria (2022) 36

O encontro do grupo focal foi um caminho importante nessa pesquisa, permitindo acesso as experiências dos participantes, por serem terapeutas ocupacionais e pertencentes a população LGBTQIA+, como meio de uma oportunidade única para compartilhar experiências, desafios e estratégias de cuidado em um ambiente seguro e solidário.

O processo de reflexão e produção de conhecimento que ocorreu no desenrolar do grupo focal foi um importante fator de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional para os participantes e pesquisadora, que acessaram suas experiências, duplamente implicados no processo do cuidar e ser cuidado, contribuindo para a promoção de uma atenção mais sensível e qualificada à população LGBTQIA+.



## E NOS ALIMENTA COM SEUS FRUTOS: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo final, são elucidados, um pouco do percurso da pesquisa até aqui, passando pelos seus objetivos, produções de dados, o que resultou desses encontros, ou achados de pesquisa e, principalmente, o que pensamos que pode vir daqui em diante. Para isso, também finalizo com essa canção que retrata a força da união coletiva, das trocas e tantas potências, que se encontram no cuidado com o outro e com o cuidado de si.

*“Vamos precisar de todo mundo  
Pra banir do mundo a opressão  
Para construir a vida nova  
Vamos precisar de muito amor  
(...)  
Vamos precisar de todo mundo  
Um mais um é sempre mais que dois  
Pra melhor juntar as nossas forças  
É só repartir melhor o pão  
Recriar o paraíso agora  
Para merecer quem vem depois*

*Deixa nascer, o amor  
Deixa fluir, o amor  
Deixa crescer, o amor*

*Deixa viver, o amor  
O sal da terra.”*

*Beto Guedes  
Canção: Sal da Terra*

Este estudo se debruçou sobre o cuidado em saúde mental, frente às demandas de pessoas LGBTQIA+ e, como a Terapia Ocupacional pôde, então, contribuir nesse processo do cuidar.

Descrevemos e analisamos as políticas e práticas de cuidado em saúde mental voltadas para a população LGBTQIA+, que infelizmente, ainda, se circunscrevem na única política pública de saúde integral a essa população, e a diretriz de álcool e outras drogas, que está dentro da política de saúde mental, mais uma vez, não havendo nada específico para as demandas singulares da população LGBTQIA+.

As políticas públicas de saúde, assistência social e educação, no Brasil voltadas para a população LGBTQIA+ devem ter como objetivo garantir o acesso integral e de qualidade para todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual e identidade de gênero. No entanto, ainda há muitos desafios a serem enfrentados para que essas políticas sejam plenamente efetivadas e o acesso universal à saúde seja garantido para todas as pessoas LGBTQIA+ no país.

A luta pelos direitos da população LGBTQIA+ é uma questão de justiça social e de garantia de direitos humanos. É preciso continuar pressionando por políticas públicas que garantam a plena inclusão e respeito aos direitos dessa população, buscando sempre a construção de uma sociedade mais igualitária e justa.

Através dos instrumentos de produção de dados utilizados, pudemos alcançar um grupo diverso e heterogêneo de profissionais da saúde. Pode-se observar uma vontade e um desejo de produzir conhecimento sobre o tema entre os participantes, assim como, uma busca por conhecer mais sobre a temática, desde motivações pessoais, por ser pertencente à população LGBTQIA+, ou por ter amigos e familiares pertences, ou por tantas vozes de usuários que chegam até o seu cuidado, seja na atenção básica, secundária e ou terciária, serviços privados, ou até mesmo organizações não governamentais, que precisam de uma escuta, um toque, um acolhimento único e singular.

De todos os dados produzidos, houve polarizações entre falas, ora focadas no indivíduo, ora focadas na dimensão estrutural e coletiva, valorizando as estratégias híbridas que não dissociam essas perspectivas e, também, ressaltaram a indissociabilidade do cuidado do corpo/identidade (próteses, hormonioterapia, cirurgia), da subjetividade (sofrimento psíquico, saúde mental) e da produção sociocultural com a qual a saúde contribuiu em cada momento da sua vida.

Pensando sobre tantas potências do campo da Saúde Mental e do Núcleo da Terapia Ocupacional para o cuidado em Saúde Mental de LGBTQIA+ elencamos a abordagem integrada que possibilita a Terapia Ocupacional a trabalhar em conjunto com outros profissionais de saúde mental para oferecer um cuidado integrado e mais abrangente para as pessoas LGBTQIA+. Dessa forma, é possível abordar as questões de saúde mental de maneira holística, considerando fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Pensando na cultura, a Terapia ocupacional tem um compromisso com a diversidade cultural, como a ampla diversidade de identidades de gênero e orientações sexuais. Isso nos permite uma abordagem mais sensível e acolhedora, que pode ajudar a reduzir o estigma e a discriminação enfrentados por muitas pessoas LGBTQIA+, e facilitar o acesso a recursos e suporte, com isso, nós, terapeutas ocupacionais podemos ajudar as pessoas LGBTQIA+ a acessarem recursos e suporte que podem ser úteis para lidar com problemas de saúde mental, como recursos comunitários, redes de apoio social, grupos de terapia, entre outros.

Identificamos também algumas limitações do campo da Saúde Mental e do Núcleo da Terapia Ocupacional para o cuidado em Saúde Mental de LGBTQIA+ como a falta de formação, capacitações e reuniões direcionadas. Muitos profissionais de saúde mental não recebem Educação Permanente adequada para lidar com as demandas específicas de saúde mental de pessoas LGBTQIA+, resultando em um atendimento inadequado e até mesmo prejudicial. Notou-se que ainda há muita estigmatização e discriminação em relação à identidade de gênero e orientação sexual, e isso pode levar a barreiras para o acesso aos serviços de saúde mental e dificultar a construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa LGBTQIA+. E por fim, a grande falta de recursos para cuidado em saúde mental de forma geral, limita ou torna inacessível o desenvolvimento de tecnologias específicas para pessoas LGBTQIA+. Top of Form

Os profissionais da Terapia Ocupacional, ao pensarem nos papéis ocupacionais que qualquer ser humano desempenha, ao inserir nas suas fichas, anamneses, avaliações, o tal do nome social, auto declaração e, sim, como parte do seu acolhimento, saber sobre as sexualidades e gêneros dos sujeitos que cruzam a sua prática de cuidado e afeto, precisam atualizar-se em relação às temáticas, das tantas siglas LGBTQIA+, de uma intervenção não pautada no gênero hegemônico e sexismo, identificando assim possíveis tecnologias de cuidado em saúde mental da Terapia Ocupacional voltados para a população LGBTQIA+

Identificamos também, que a formação na graduação sobre a temática e, em tantos outros espaços que circundam os profissionais da saúde, em geral, e da Terapia Ocupacional, em específico, apresenta lacunas importantes, mas ao fazer uso de referenciais teóricos metodológicos plurais, podem contribuir para abordar os problemas enfrentados pela população LGBTQIA+.

Hoje, no século XXI, ano de 2024, esse é um tema incontornável nas rodas de conversa, sejam formais (grupos de estudos, pesquisas, aulas, locais de trabalho) ou informais (amigos, família, bares...), então, falar, pensar, abrir a mente e ouvir sobre esse tema é necessário, para que possamos continuar a construir uma ciência política e de fato democrática para todos.

Acredito que estamos entrando em um novo tempo, de revisitar as políticas públicas da saúde, em especial retomar e avançar em uma política progressista de saúde intersetorial para a população LGBTQIA+ aliada com outros movimentos importantes, como os movimentos antiracistas, antissexistas e anticapacitistas.

Novas propostas devem surgir, após anos de estagnação em relação a avanços nacionais, pois muitas demandas surgiram desde a paralisação das discussões de sexualidades e gêneros em

âmbitos públicos, pós-golpe do Governo Dilma, então, que pesquisas como esta minha, nossa, que foi inteiramente feita no governo LGBTQIA+fóbico, e SIM, nós resistimos, possam ter mais incentivos governamentais, ainda mais visibilidades e avanços na produção de uma Ciência contribuída com a vida.

Fica ainda mais evidente a importância das ações macropolíticas, como a formulação de políticas específicas, construção de redes intersetoriais e setoriais etc., em articulação com as ações micropolíticas, como redes de acolhimento, tecnologias de cuidado, cultura e educação voltados a essa população.

Durante o processo de meu doutoramento, tive a oportunidade de vivenciar muitos acontecimentos, participar como convidada, de muitos eventos, como palestras, seminários, entrevistas, formações de educação continuada, aulas de graduação, orientações de iniciação científica e trabalhos de conclusões de cursos, sobre a temática do meu doutoramento, cujo objetivo maior (aquele desejo imenso do meu processo de escolha do tema, até bancar a sua efetivação), sempre foi esse, capacitar, ensinar, aprender, discutir, ampliar, expandir e falar, falar, e falar sobre o tema para todos os profissionais e PESSOAS que tivessem interessados em saber mais sobre a nossa população LGBTQIA+. Tive a oportunidade de debater com universitários, mestres, doutores do saber, usuários, profissionais da linha de frente do cuidado, ou profissionais de outras áreas, que querem realizar um bom trabalho, independente de qualquer interesse monetário e, sim, um trabalho para todos que procuram seus serviços.

Sabemos que ler esse livro, a tese, ou os artigos decorrentes dela, não é um processo tão acessível e fácil para a maioria das pessoas, principalmente aquele profissional que trabalhou o dia todo na linha de frente, e depois chega em casa para desempenhar tantos outros papéis ocupacionais que a vida exige, por isso, incluir essas conversas no próprio processo de produção de dados e de pesquisa, foi um dos nossos objetivos.

Foi possível ampliar as contribuições do universo acadêmico e das práticas clínicas em saúde mental, para a afirmação das diferenças e para a promoção de uma cultura diversa. Além da produção técnica, essas rodas de conversas, para diálogo com profissionais da saúde e da saúde mental, que não fazem parte do meio acadêmico, foram possíveis, incríveis e potentes, afinal, a vida vai muito além do nosso currículo lattes.

Contribuímos para pensar o aprimoramento de políticas públicas, das reflexões em vários locais de cuidado, ensino e extensão, propondo soluções para problemas sociais da população LGBTQIA+, abarcando suas reais demandas e emergências, visando o investimento adequado nos serviços de saúde, para que garantam o bem-estar social dessa população, além de favorecer a redução de desigualdades no acesso à saúde integral e em específico em saúde mental.

São muitos impactos advindos dessa produção - a tese de doutoramento e a transformação para esse livro- conforme fui elucidando acima, porém há impactos invisíveis, que habitam no campo dos afetos e implicações, dos sujeitos que participaram diretamente da produção dos dados, ou que ouviram o eco da pesquisa por aí, ou leram, ou lerão sobre os artigos e produções técnicas e acadêmicas resultantes. Isso não dá para mensurar, porém, é a ressonância dos encontros que gera e gerará TRANSformações, ascensão para novas práticas clínicas, novos projetos institucionais, novas pesquisas e, sim, a possibilidade veemente de, cada vez mais, o tema sexualidades e gêneros atravessarem as discussões transdisciplinares nos cursos de graduação, e pós-graduações em Saúde Mental e Terapia Ocupacional, afinal, é uma demanda dos estudantes e pesquisadores.

A luta pelos direitos da população LGBTQIA+ é uma questão de justiça social e de garantia de direitos humanos. É preciso continuar pressionando por políticas públicas que garantam a plena inclusão e respeito aos direitos dessa população, buscando sempre a construção de uma sociedade mais igualitária e justa.

A Terapia Ocupacional é uma profissão da área da saúde, com interface na educação, contexto social e cultura, que se preocupa com a promoção da saúde e do bem-estar das pessoas, por meio da ocupação e das atividades significativas. Os terapeutas ocupacionais podem ajudar pessoas LGBTQIA+ a lidar com os desafios que enfrentam, como a discriminação, o preconceito e a violência, e também auxiliar as pessoas LGBTQIA+ a desenvolver suas habilidades e a encontrar atividades que sejam significativas para elas. O cuidado terapêutico ocupacional é importante para a promoção da saúde e do bem-estar, empoderando as pessoas LGBTQIA+ a se sentirem mais seguras, mais confiantes a participar plenamente na sociedade, buscando seus direitos civis.

E nisso, eu continuo implicada- Devir Bárbara- Lésbica- Terapeuta Ocupacional- Professora e Pesquisadora dessa temática, que atravessa o meu cotidiano de afeto, clínica, produção de conhecimento, docência e, claro, de Cuidado do outro e de Si.





The image features a white background with several overlapping, semi-transparent geometric shapes and lines. A large yellow triangle is at the top right, overlapping an orange triangle. Below these is a red triangle, which overlaps a magenta triangle. A green line starts from the left edge and extends towards the top right. A yellow line starts from the left edge and extends towards the bottom right. An orange line starts from the bottom left and extends towards the bottom right. The text is located in the bottom right corner of the white space.

*"Bárbara, Bárbara  
Nunca é tarde, nunca é demais  
Onde estou, onde estás."*

*Chico Buarque  
Canção: Bárbara*



## REFERÊNCIAS

- ABASSE, M.L.F. *et al.* **Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.2, 2009.
- ABLGBT- Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Manual de Comunicação LGBT**, 2010.
- Adultos e jovens: diferentes olhares sobre o desenvolvimento.** Revista de Educação Pública, Cuiabá v. 16 n. 30, p. 105-120,2007.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Amarante P. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- AMBRÓSIO, L. **Raça, gênero e sexualidade: uma perspectiva da Terapia Ocupacional para as corporeidades dos jovens periféricos.** 2020. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020.
- American Psychological Association -APA. (2009). **Report of the Task Force on Gender Identity and Gender Variance.** Washington, DC: Author.E
- ANTUNES, J.M *et al.* **Saúde da população LGBT no Brasil e o olhar da Terapia Ocupacional diante das demandas apresentadas por essa população: uma revisão bibliográfica.** Ling. Acadêmica, Batatais, v. 8, n. 4, p. 63-80, jan./jun. 2018.
- ARAN, M., MURTA, D., LIONÇO, T. **Transexualidade e saúde pública no Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.14 n.4, 2009.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. **Scoping studies: Towards a methodological framework.** International Journal of Social Research Methodology. Oxford (UK), v.8, n.1, p.19-32, 2005.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DO BRASIL
- AVELINO, N. **Foucault e a Racionalidade (neo) liberal.** Revista Brasileira de Ciência Política, v.21, 2016.
- AZEVEDO, B.M. **O ensino da gestão no curso de graduação de medicina da FCM/Unicamp: possíveis encontros entre universidade e serviços de saúde 2011.** Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp, 2001.
- BARROS, I.R. **As interfaces entre sofrimento psíquico e gênero: uma revisão de escopo.** 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional)
- BARROS, L.M.R; BARROS, M.E.B. **O problema da análise em pesquisa cartográfica.** Fractal, Rev. Psicol. 2013, vol.25, n.2.
- BATTAGLIA, F.P, *et al.* **Pessoas não binárias.** In: CIASCA, S.V; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar.** Editora Manole; 1ª edição, 2021.
- BENTO, B. **A Reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.** Tese (Doutorado em Sociologia), Departamento de Sociologia, UNB, Brasília, 2003.
- BENTO, B. **A Reinvenção do Corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.** Rio de Janeiro, Garamond, 2006.
- BENTO, B. **O que é transexualidade.** 1 ed. Brasiliense,2008.
- BENTO, B. **Queer o quê? Ativismo e estudos transviados.** *Cult*, São Paulo, 2014, pp.43-46.
- BENTO, B. **Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos.** 1a. ed. Salvador: EDUFBA, 2017.
- BENTO, B.; Pelúcio, L. **Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas.** Revista Estudos Feministas [online]. 2012, v. 20, n. 2, pp. 569-58.

BENTO, Berenice. **Na escola se aprende que a diferença faz a diferença**. Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, v. 19, n.2, p.549-559, ago.2011.

BRASIL, Decreto Nº 9.759, de 11 de abril de 2019. **Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal**. Brasília, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Programa Escola Sem Homofobia: por uma educação inclusiva e sem preconceitos. Brasília: Ministério da Educação, 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. Relatório Analítico 4. Caderno Temático e Referência. **Atendimento e investigação de crimes com motivação homofóbica**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. (2008a). **Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais**. Revista de Saúde Pública, v.42, n.3, p570- 573,2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2008b). Painel de Indicadores do SUS nº5–

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil sem Homofobia: Programa de Combate a Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Homens trans: políticas e protocolos de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Somos - Desenvolvimento Organizacional, Advocacy e Intervenção para ONGs que trabalham com GAYS e outros HSH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transexualidade e travestilidade na saúde**, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Cidadania. **Violência LGBTFóbicas no Brasil: dados da violência/ elaboração de Marcos Vinícius Moura Silva**. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 2011.

- BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.278, de 5 de fevereiro de 2018. Regulamenta a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, para tipificar o crime de “LGBTfobia”.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Diversidade**. Supremo Tribunal Federal. Brasília: STF, Secretaria de Documentação, 2020. 188 p.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** Intersetorial. Brasília: 2010.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**.
- BUTLER, J. **Relatar a si mesmo**. Crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.
- CALZO, J.P, BLASHILL A.J. **Child Sexual Orientation and Gender Identity in the Adolescent Brain Cognitive Development Cohort Study**. JAMA Pediatr. 2018;172(11):1090–1092.
- CÂMARA, C. **Cidadania e Orientação Sexual: A trajetória do grupo Triângulo Rosa**. Rio de Janeiro: Academia Avançada, 2002.
- CARDOSO, M.R; FERRO, L.F. **Saúde e População LGBT: Demandas e Especialidades em Questão**. Revista Psicologia, Ciência e Profissão, v.32, n.3, p552-563,2012.
- CARVALHO, M.F.L; MENEZES, M.S. **Violência e Saúde na Vida de Pessoas LGBTI**. Editora FIOCRUZ, 1ªEd. 142 p. 2021.
- CIASCA, S.V; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. As definições da sexualidade humana. In: CIASCA, S.V; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. **Saúde LGBTQIA+**
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1987, Brasília. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- CONFERÊNCIA NACIONAL LGBT, II, 2011. **Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT**. Brasília, 2011.
- COSTA, H., BENTO, B., GARCIA, W. INÁCIO, E., & PERES, W. S. (Orgs.). (2010). **Retratos do Brasil homossexual: Fronteiras, subjetividades e desejos**. São Paulo: Ed. USP/Imprensa Oficial.
- DEPOLE, B.; FERIGATO, S.H. **Quem é que vai cuidar de mim LGBTQIA+? Retratos de um Cuidado de Si**. Cad. Gên. Tecnol., Curitiba, v. 15, n. 46, p. 292- 318, jul./dez. 2022.
- DEPOLE, B.F. **A produção brasileira sobre o projeto terapêutico singular: revisão de escopo**. 2018. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Universidade Federal de São Carlos-UFSCar- SP.
- DETOMINI, RASERA, & PERES. **Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas**. Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Revista da SPAGESP, 17(2), 81-95, 2016.
- DIAS, D. **Brincar de gênero, uma conversa com Berenice Bento**. Cadernos Pagu. 475-497. 10.1590/0104-8333201400430475.2014.
- diferenciação biológica do sexo e suas diversidades. In: CIASCA, S.V; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. Editora Manole; 1ª edição, 2021.
- DUARTE, M. J. de O. **Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena**. In: Temporalis, Brasília, v. 14, n. 27, p. 77-98, 2014.
- DUARTE, M. J. O. **Diversidade Sexual e Política Nacional de Saúde Mental: contribuições pertinentes dos sujeitos insistentes**. Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, Rio de Janeiro, v. 9, n. 28, p. 83-115, 2011.

- EFREM FILHO, R. **Corpos brutalizados: conflitos e materializações nas mortes de LGBT**. Cadernos Pagu, 2016.
- FÉBOLE, Daniele da Silva. **A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS**. 2017. Dissertação (mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Dep. de Psicologia, Maringá, PR. 2017.
- FEDEGER, A.M. *et al.* **Políticas Públicas E Mobilidade Urbana: Uma Compreensão Científica Da Atualidade**, v.1 n.01 (2020).
- FEITOSA, C. **Do “Kit Gay” ao “Ministério da Família”:** a desinstitucionalização das políticas públicas LGBTI+ no Brasil. Cadernos de Gênero e Tecnologia, Curitiba, v. 14, n. 43, p. 74-89, mar. 2021.
- FERIGATO S, CARVALHO S. **A Cartografia como método de pesquisa qualitativa em Saúde: Desafios para o devir-pesquisador**. In: Interface: Comunicação, Saúde e Educação. V.15.n.38, 2011. P.663-675.
- FERIGATO, Sabrina Helena. **Cartografia dos centros de convivência de Campinas: produzindo redes de encontros**. 2013. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2013.
- FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro, Forense, 2005.
- FOUCAULT, M. **As Palavras e as Coisas**. São Paulo, Martins Fontes, 2007.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo, Perspectiva, 2002.
- FOUCAULT, M. **Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004. 1984, A ética do cuidado de si como prática da liberdade. p. 264-87.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**. Rio de Janeiro, Graal, 1999.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2: O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro, Graal, 2006.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: As confissões da carne**. Les aveux de la chair Paris: Gallimard, 2018.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: O cuidado de si**. Rio de Janeiro, Graal, 2007.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis, Vozes, 1977.
- GRUPO GAY BAHIA – GGB. **Relatório Anual: Mortes violentas de LGBTI+ no Brasil**. 2021. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com/2022/02/24/mortes-violentas-de-lgbt-no-brasil/>
- HERCOWITZ, A. *et al.* Desenvolvimento da identidade de gênero. In: CIASCA, S.V; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar**. Editora Manole; 1ª edição, 2021.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. (2019) **Número de casamentos por sexo dos cônjuges**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26192-casamentos-homoafetivos-crescem-61-7-em-ano-de-queda-no-total-de-unioes>
- JIMENEZ, L.; ADORNO, R.C.F. **O sexo sem lei, o poder sem rei: Sexualidade, gênero e identidade no cotidiano travesti**. Cadernos Pagu- Núcleo de Estudos de Gênero, Campinas-SP, v.33,p.343-367,2009.
- KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.
- LEITE JUNIOR, J.D. **“Esse povo é pior que gente normal”:** Terapia Ocupacional e cuidado junto à população dissidente em gêneros e sexualidades. Trabalho apresentado ao final da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 2019.

- LEITE JUNIOR, Jaime Daniel; LOPES, Roseli Esquerdo. **Travestilidade, transexualidade e demandas para a formação de terapeutas ocupacionais.** Cad. Bras. Ter. Ocup. São Carlos, v. 25, n. 3, p. 481-496, 2017.
- LIMA, E. M. F. A. **Desejando a diferença: considerações acerca das relações entre os terapeutas ocupacionais e as populações tradicionalmente atendidas por estes profissionais.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 64-71, 2003.
- LIONCO, Tatiana. **Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade.** Saúde soc. 2008, vol.17, n.2, pp.11-21. ISSN 0104-1290.
- LORDE, Audre. Uma ladainha por sobrevivência. In: **The Collected Poetry of Audre Lorde.** New York. Ed: W. W. Norton, 1997. Tradução: Tatiana Nascimento.
- LOURAU. R. **Implication et surimplication.** Revue du Mauss. 10. 110-120 pg. 1990.
- LUISSI. *et al.* **Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2019, v. 27, n. 01, pp. 01-03.
- M.R.F. Introdução às Velhices LGBTI+. Rio de Janeiro : Fólio Digital, 2021, cap 1. p.16 -23.
- MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença.** Porto Alegre: Sulina, 2012.
- MARTA, T.N.; MUNHOZ, I.M. **A primeira grande vitória do direito homoafetivo: Um respeito à diversidade sexual e à dignidade humana.** Revista de Direito, São Paulo, v.13, n.18, 2010.
- MATTAR, L.D. **Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos.** Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos, v. 5, n. 8, p. 60-83, jun. 2008.
- MBEMBE, A. **Necropolítica.** 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.
- MEDEIROS, M. H. R. **Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social.** São Paulo: Hucitec, 2003.
- MEIRA, J.C. *et al.* **Ser-LGBTAI+ e as reminiscências de vida: para além do preconceito e da discriminação.** Revista de Educação e Humanidades. v. 3 n. 1 (2022): Dossiê Fenomenologia & Temas Livres em Educação e Humanidades
- MELLO, L. *et al.* **Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade.** Sexualidad, Salud y Sociedad, Rio de Janeiro, n. 9, p.7-28, 2011.
- MELLO, L. *et al.* **Políticas públicas de trabalho, assistência social e previdência social para a população LGBT no Brasil: sobre desejos, realizações e impasses.** Revista de Ciências Sociais, Fortaleza, v. 44, n. 1, p. 132-160, 2013
- MELLO, L. *et al.* **Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades.** Cadernos Pagu.2012, n. 39 , pp. 403-429.
- MELO, K.M.M. **Terapia Ocupacional Social, pessoas trans e Teoria Queer: (re)pensando concepções normativas baseadas no gênero e na sexualidade.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 215-223, 2016.
- MENEGHEL, S.N. *et al.* **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul.** Revista de Saúde Pública Universidade de São Paulo, São Paulo, v.38, n.6, p.804-810, 2004.
- MEYER, I. H. (2003). **Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence.** Psychological Bulletin, 129, 674-697.
- MEYER, I.H. (1995). **Minority stress and mental health in gay men.** Journal of Health and Social Behavior, 36, 38-56.

MONZELI, G. A.; LOPES, R. E. **Terapia ocupacional e sexualidade: uma revisão nos periódicos nacionais e internacionais da área.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 237-44, set./dez. 2012.

MONZELI, G. A.; LOPES, R. E. **Terapia ocupacional e sexualidade: uma revisão nos periódicos nacionais e internacionais da área.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 237-44, set./dez. 2012.

MORAES, E.C.G.de; SOARES, M.C. **O movimento homossexual no Brasil: construção da identidade, eventos e visibilidade mediática.** Revista Comunicação & Inovação, São Caetano do Sul, v. 14, n. 26, p.36-44, 2013.

NAGAFUCHI, T.; ADORNO, R.C.F. **Suicídio, Gênero e Sexualidade na era digital.** Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, v. 7, n. 3, p. 22- 35, 2016.

NASCIMENTO, M. A. N. **Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo?** Revista Athenea Digital, v 1, n.17, p.227-239, 2010.

NEGROMONTE, F.B. O homoerotismo na escola: entre as barreiras do preconceito, da opressão, do silêncio, e da invisibilidade. **V Coloquio Internacional- Educação e Contemporaneidade.** São Cristóvão - SE, 2011.

OLIVEIRA, K.H. de. **“Intensos encontros: Michel Foucault, Judith Butler, Paul B. Preciado e a teoria queer”.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 29, n. 1, e67637, 2021.

OLIVERA, C.I; FRANCISCO, A.H.S; GONÇALVES, M.L. Identidades sexuais e de gênero e suas relações com a cultura. In: CIASCA, S.V; HERCOWITZ, A.; JUNIOR, A.L. **Saúde LGBTQIA+ práticas de cuidado transdisciplinar.** Editora Manole; 1ª edição, 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA – UNESCO. **Juventude e sexualidade.** Brasília: Brasil, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Saúde sexual, direitos humanos e a lei.** Universidade Federal do Paraná, coordenadores do projeto. Porto Alegre: UFRGS, 2020.

PACHECO, B. G. C. **Psicologias e transexualidades: O estado da arte da produção teórica brasileira.** 2017. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, 2017.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

PAULINO, D.B. **Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família.** 2016. 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

PAULON, S. M. A. **Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa- intervenção.** Revista Psicologia & Sociedade, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005.

PAULON, S. M. A; ROMAGNOLI, R.C. **Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos.** Revista Estudos e pesquisas em psicologia 10 (1), 85-102, 2010.

POCAHY, F.A; NARDI, H.C. **Saindo do armário e entrando em cena: juventudes, sexualidades e vulnerabilidade social.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 15, n.1, p. 45-66, 2007.

PRADO, C.C.P do. **Políticas Públicas de Saúde para LGBTI+: Direito para quem?** Iniciação Científica e Tecnológica. (Graduação em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2021.

**práticas de cuidado transdisciplinar.** Editora Manole; 1ª edição, 2021.

PRECIADO, B., MARCONDES NOGUEIRA, F. F. **Quem defende a criança queer?** Jangada: Crítica | Literatura | Artes, (1), 96–99, 2018.

- PRECIADO, P.B. **Testo junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. Tradução Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n- 1Edições, 2018.
- Prevenção de Violências e Cultura de Paz**. Brasília, DF, 2008.
- RAGO, M. Escritas de si, Parrésia e Feminismos. *In: VEIGA-NETO, A.; CASTELO BRANCO, G.* (orgs). **Foucault, Filosofia e Política**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011, p. 251-267.
- RAIMONDI, G. A. **Corpos que (não) importam na prática médica: uma autoetnografia performática sobre o corpo gay na escola médica**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2019.
- RAMOS, S., CARRARA, S. **A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre o ativismo e a academia na elaboração de políticas públicas**. Revista de Saúde Coletiva, v. 16, n. 2, p.185-2005,2006.
- REBELLATO, C.; AZEVEDO, D.L; MGUEL,D.F; DA SILVA, R.P. **Precisamos falar sobre velhices LGBTI+**. *In: Rebellato, C., Gomes, M. C. de A.; Crenitte , M.R.F.* Introdução às Velhices LGBTI+. Rio de Janeiro : Fólio Digital, 2021, cap1. p.16 -23.
- RESENDE, Livia da Silva. **Homofobia e violência contra população LGBT no Brasil: uma revisão narrativa**. 2017.
- RIOS, R.R. **Para um direito democrático da sexualidade**. Revista Horizontes Antropológicos, Porto Alegre- SC, ano 12, n.26, p. 71-100, 2006.
- RODRIGUES, H. C. de B. Analisar. *In: FONSECA, T.; NASCIMENTO, L.;*
- ROMAGNOLI, R. C. **A cartografia e a relação pesquisa e vida**. Psicol. Soc., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 166-173, maio/ago. 2009.
- ROMAGNOLI, R.C. **Apontamentos metodológicos da pesquisa-intervenção no contexto da assistência social: conexões entre universidade e equipe**. **Pesquisa prática psicossociais**, São João del-Rei , v. 10, n. 1, p. 129-139, jun. 2015.
- SANTOS, H.L. *et al.* **Vida em “armários”: um diálogo entre a Teoria das Representações Sociais e as interações socioafetivas na perspectiva de gays e lésbicas em Recife-PE**. Revista Hum@nae, v. 12, n. 1, 2018
- SANTOS, M.de F.de S.; ALÉSSIO, R. L dos S.; ALBUQUERQUE, C.M. da C.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. **Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo**, Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP, 2020: julho - p. 133.
- SCHLUTER, K.; FERREIRA, L.G.A; DA SILVA, M.R.D. Determinações e
- SCHULMAN, S. **Homofobia familiar: uma experiência em busca de reconhecimento**. Revista Bagoas, 5, 67-78. 2010.
- SERRA, V. S. **“Pessoa afeita ao crime”: criminalização de travestis e o discurso judicial criminal paulista**. 2018. 126 f. Dissertação (Mestre em Direito) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2018.
- SILVA, A. P. D.; FERIGATO, S. H. Saúde mental e trabalho: **diálogos sobre direito, desejo e necessidade de acesso**. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos, v. 25, n. 4, p. 803-816, 2017.
- SILVA, C.F. *et al.* **SOBREVIVER É PRECISO: A DIVERSIDADE DE GÊNERO NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**. Revista GÊNERO |Niterói | v. 22 | n. 1 | p. 1-1 | 2. sem 2021.
- SILVA, R. *et al.* Arte e cultura para a promoção dos Direitos Humanos junto a usuários de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 8, n. 20, p. 198–211, 2016.

SOUZA, Andréia Carvalho Jambeiro de. **Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife**, Brasil. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

TEIXEIRA FILHO, F.S.; MARRETTO C. A. R **Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hétero e Homoeróticas**. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.21, n.3, p.651-667, 2012.

TEIXEIRA FILHO, F.S.; RONDINI, C. A. **Apontamentos sobre o atentar contra a própria vida, homofobia e adolescências**. *Revista de Psicologia da UNESP, Assis-SP*, v.7, n.1, 2008.

Teixeira, F. do B. (2008). L'Italia dei Divieti: entre o sonho de ser européia e o babado da prostituição. *Cadernos Pagu*, (Cad. Pagu, 2008 (31)), 275–308.

TEIXEIRA, F.B, 2009. 243 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, 2009

TEIXEIRA, N.B.V. **“Cura gay é o meu caralho!”: a normalização da homossexualidade e a Resolução CFP 1/99**. 2014. 174 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

TEN-CATEN, Kéven Gomes Vale. **Uma investigação acerca dos impactos causados no cotidiano de pessoas que foram vítimas de LGBTfobia**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, Universidade Federal de Santa Maria, 2019.

TOLEDO, L.G; TEIXEIRA FILHO, F.S. **Homofobia familiar: abrindo o armário ‘entre quatro paredes’**. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 65, n. 3, p. 376-391, 2013.

Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP. **LGBTQIA+ em Pauta** Grupo de Estudos em Tecnologias e Inovações na Gestão Pública (GETIP) da EACH/USP. 2021. Disponível em: <http://www5.each.usp.br/noticias/pesquisa-da-usp-aponta-43-lacunhas-em-politicas-para-as-populacoes-lgbtqia-em-nivel-federal/>

VASSELO, C.V. *et al.* **LGBTI+fobia e as expressões do preconceito no Ciberespaço**. *Cad. Gên. Tecnol.*, Curitiba, v. 14, n. 44, p. 154-176, jul. /Dez. 2021.

VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade**. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Salvador, 2015.

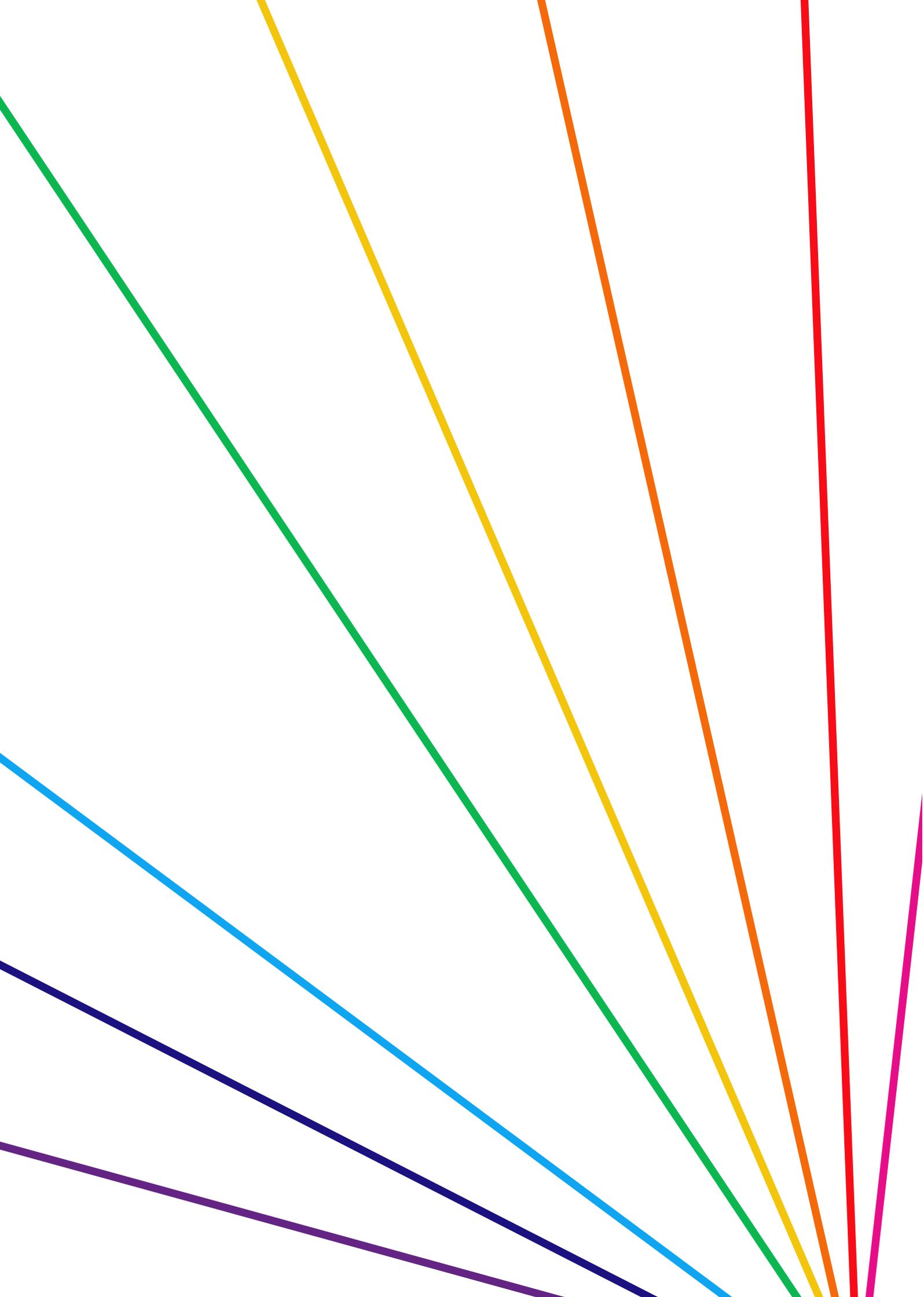
VITIRITTI, B.; ANDRADE, S. M. O. de; PERES, J.E.C. **Diversidade sexual e relações profissionais: concepções de médicos e enfermeiros**. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto , v. 24, n. 4, p. 1389-1405, dez. 2016 .

VOTELGBT. **Diagnóstico LGBT+ na pandemia**. Disponível em: < <https://www.votelgbt.org/pesquisas>>

WAKE, N. **On our memory of gay Sullivan: a hidden trajectory**. *Journal of Homosexuality*, 55(1), 188-203, 2008.

WAREHAM, James; MURDERED, Hanged and Lynched: 331 **Trans People Killed This Year**.

YANOULLAS, Silvia. **Feminização ou Feminilização: apontamentos em torno de uma categoria**. In: *Temporalis*, ano 11, n.22, p.271-292. Brasília, ABESS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 2011.







*“Pra enfrentar o que der e vier  
só a força de uma mulher*

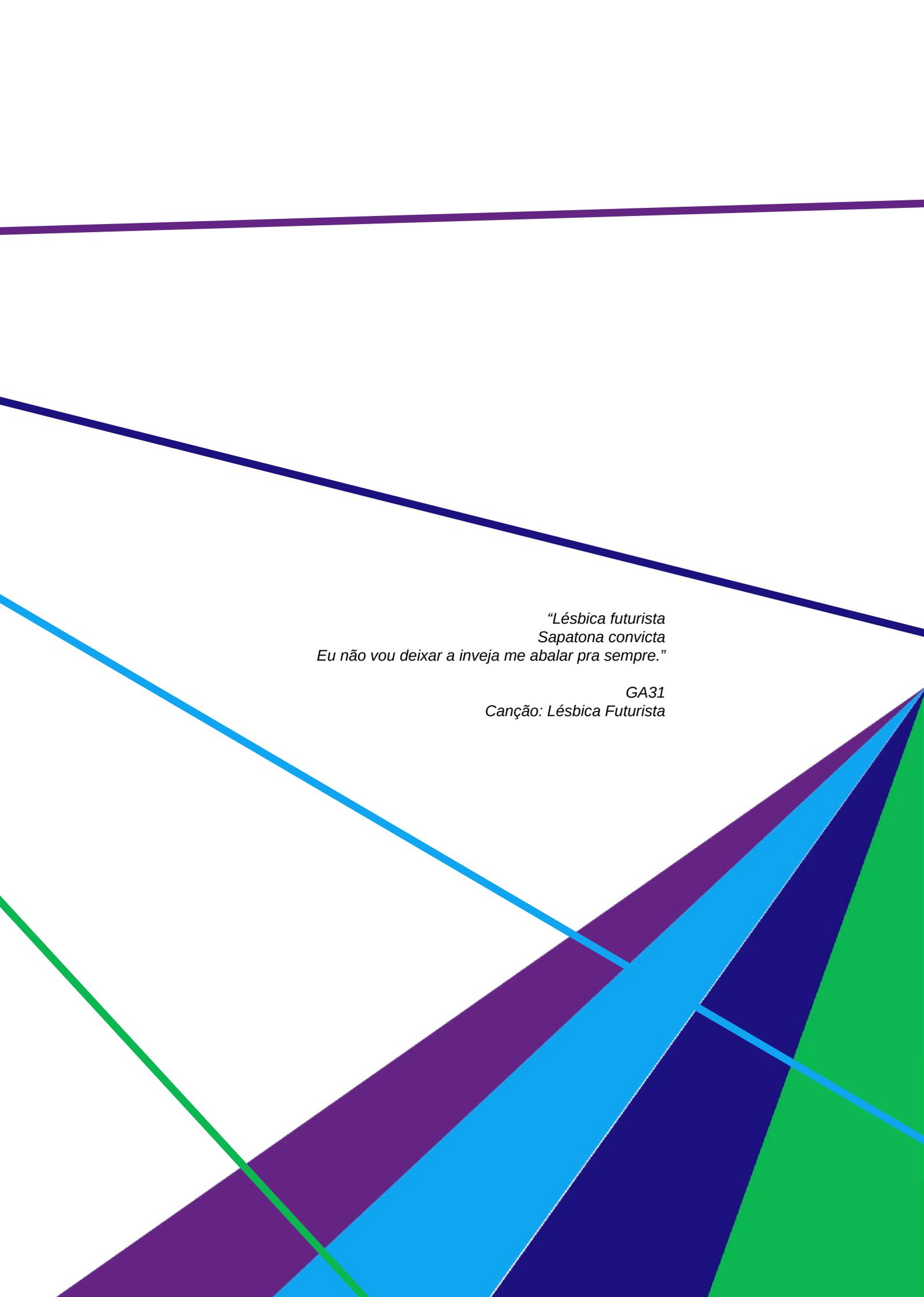
*Que sabe muito bem  
O que quer  
E ela sabe*

*Ela sabe  
Vai à luta.”*

*Engenheiros do Hawaí  
Canção: Ela sabe*

Essa produção é permeada por músicas intensas, detalhadas em cada etapa desse livro e capítulo da vida da autora. A apresentação começa com uma música significativa para o processo de doutorado finalizado em fevereiro de 2023, conectando-se a memórias pessoais de descoberta da sua sexualidade e do seu processo de formação pessoal e profissional. A autora, Bárbara, destaca sua jornada desde os 12 anos até a aceitação da própria sexualidade e ao pertencimento a população LGBTQIA+, ressaltando a importância da força pessoal e a confiança nos processos. Ela compartilha seu desejo de autenticidade e a prioridade em estudar a população LGBTQIA+ dentro da profissão de Terapia Ocupacional. Profissão essa que ama, estuda, luta e almeja ampliar os repertório de estudo, clínica, pesquisas e ensino voltadas a sua população. Bárbara se apresenta como uma mulher cisgênera, lésbica, branca, de esquerda, de 33 anos, especialista em Saúde Mental, Mestre, Doutora em Terapia Ocupacional e Professora Universitária. Sua principal frente de pesquisa concentra-se no cuidado singular e integral necessário ao atender a população LGBTQIA+.





*“Lésbica futurista  
Sapatona convicta  
Eu não vou deixar a inveja me abalar pra sempre.”*

*GA31  
Canção: Lésbica Futurista*