

Quem é que vai cuidar de mim LGBTQIA+? Retratos de um Cuidado de Si

RESUMO

Bárbara de Fátima Depole
E-mail: barbaradepole@gmail.com
Universidade Federal de São
Carlos, São Carlos, SP, Brasil

Sabrina Helena Ferigato
E-mail: sabrinaferigato@ufscar.br
Universidade Federal de São
Carlos, São Carlos, SP, Brasil

Através de uma pesquisa intervenção, apresenta-se a caracterização geral dos participantes de uma pesquisa, pois se identificou um percentual expressivo que se autodeclaram LGBTQIA+. O sujeito que cuida está sempre implicado no processo do cuidado e, no caso do cuidado em saúde mental destinado à população LGBTQIA+, essa implicação ganha um caráter singular quando a maioria dos profissionais dedicados a essa prática também fazem parte da população cuidada. Esse cuidado implicado opera por pelo menos três processos: identificação/empatia; pelo desejo de elaboração e enfrentamento dos ciclos da violência e pelo desejo de mudar as práticas de cuidado voltadas para essa população/para si. Assim, concluímos que parte do interesse pelo cuidado da saúde mental da população LGBTQIA+ é motivado pela vivência pessoal e compartilhada de experiências de sofrimento psíquico (cuidado de si e do outro), como consequências de estarem imersos em uma sociedade/cultura que exclui pessoas LGBTQIA+.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. População LGBTQIA+. Cuidado de Si. Profissionais da Saúde.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, as discussões sobre a sexualidade ganham espaços cada vez mais expressivos no nosso cotidiano e nas mídias brasileiras, sendo também cada vez mais notória a repercussão de pessoas publicizando sua condição de LGBTQIA+¹ (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 não-cis e que não se veem como trans ou não binárias, bem como todas outras orientações que fogem da heteronormatividade.

Refere-se à sexualidade, como a atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente do seu, por pessoas do mesmo gênero ou por pessoas de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. Basicamente, as orientações sexuais preponderantes são: pessoa que se relaciona afetiva e sexualmente pelo mesmo sexo/gênero (homossexualidade), pelo sexo/gênero oposto (heterossexualidade) ou por mais gêneros (bissexualidade e pansexualidade) (ABGLT, 2021; ARAN, MURTA, LIONÇO 2009).

A identidade de gênero refere-se a uma experiência do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído ao nascer, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos etc.) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos. Ou seja, a identidade de gênero é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independente do sexo biológico (ABGLT, 2021; MILLER, 2002).

Compreendendo a complexidade que envolve a temática, este estudo dedicou-se a um recorte específico sobre a vivência LGBTQIA+ que se refere às práticas de cuidado em saúde mental desta população. No que se refere às políticas públicas 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) no campo da saúde.

Neste campo, pelo viés da visão biomédica e da psiquiatria ortodoxa, por muitos anos identificaram-se “os homossexuais” e pessoas transexuais e travestis, como portadores de patologia mental e desvio de conduta sexual, em uma perspectiva de normatização dos comportamentos e das sexualidades. Muitos desses sujeitos eram submetidos a internações forçadas em instituições manicomiais de tratamento para pessoas com transtorno mental, a fim de obterem “a cura” deste desvio comportamental, tal como loucos. Nestes espaços predominavam procedimentos medicalizantes e práticas moralistas/punitivistas, terapias com eletrochoques (hoje denominada eletroconvulsoterapia (ECT), intensa medicamentação, banhos frios, isolamento etc.). Estes cenários testemunharam por séculos explícitas violações de direitos humanos aos ditos

“degenerados” (CAPONI, 2012 apud DUARTE, 2014). Esse modelo de tratamento foi consagrado no século XVIII pelo denominado “tratamento moral”, proposto pelo psiquiatra francês Philippe Pinel e foi praticado por séculos, com efeitos e concepções persistentes até a atualidade.

Tal moralismo e uso da psiquiatria para uma pedagogia moralizadora dos corpos se expressa na tardia retirada da “homossexualidade” da lista de doenças mentais que compõe a *Classificação Internacional de Doenças* (CID-10) pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse fato se deu apenas em 1991, porém; ainda persiste, nos setores conservadores da sociedade, a associação das orientações sexo-diversos à patologização desses sujeitos, ou a categorias da perversão (em uma linguagem psicanalista), por entenderem que seu modo de vida não expressa condutas humanas “naturais”, a partir de uma cultura da heterossexualidade compulsória e hegemônica. Nessa perspectiva, a população LGBTI+ precisaria ser tratada e “curada”, como se houvesse nessas pessoas algo a ser “consertado”, seja um suposto desvio em sua sexualidade, seja em sua subjetividade (DUARTE, 2014).

Em relação especificamente à transexualidade, sua despatologização foi ainda mais tardia. Em três documentos de referência para a classificação internacional das doenças predominantes até a década passada (DSM-IV, CID-10 e SOC), as pessoas transexuais são classificadas como “portadoras” de um conjunto de indicadores comuns que as posicionam como “transtornadas”, independentemente das variáveis históricas, culturais, sociais e econômicas que atravessam suas histórias (BENTO, PELÚCIO, 2012).

Somente em 2019, com o lançamento do CID-11, a OMS removeu da sua classificação 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. Ainda assim, na nova classificação do CID-11 as especificidades sobre pessoas trans foram deslocadas para a sessão de sexualidade e não mais na sessão de transtornos mentais, sendo denominada como “incongruência de gênero”.

Ainda que esse movimento possa ser considerado um avanço em termos de despatologização da transexualidade, a manutenção desta categoria no CID e sua adjetivação como “incongruência”, ainda expressa uma intenção de que, por meio das práticas em saúde, seja possível produzir uma congruência, uma suposta adequação, ou busca de conformidade. Em outra direção, pensando especificamente a saúde mental da população LGBTQIA+ com base em dados epidemiológicos e coletivos, a cartilha da Política Nacional de Saúde Integral de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, sugere 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 desta população em uma perspectiva individual e coletiva (BRASIL, 2013), considerando suas necessidades específicas, e não sua adequação.

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

transfobia. Essa mirada individual e coletiva é imprescindível quando pensamos as políticas públicas de saúde, especialmente se pensamos a saúde de forma ampliada, como produção de vida/ modos de vida e não apenas como ausência de doença.

O alto índice de violência contra a população LGBTQIA+ 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 LGBTI+ tomam títulos de atos bárbaros, devido à gravidade, o modo como foram realizadas. E se ressalta a questão de não serem crimes passionais, são crimes de ódio esses cometidos contra população LGBTQIA+. O relatório aponta dados de que algumas dessas vítimas ainda sofrem mais de um tipo dessas agressões (RESENDE, 2016).

Além das violências expressas nas ruas, pesquisas recentes apontam também que essa violência se atualiza e se amplifica na era da informatização também no ambiente virtual e no ciberespaço. Evidentemente, esse cenário de marginalização e violência interfere nos *modos de vida*, nos modos de existência individual e coletiva da população LGBTI+, e portanto, em sua produção subjetiva, com a associação de diferentes fatores produtores de sofrimento psíquico (VASSELO *et al.*, 2021).

A problematização de qualquer discussão sobre a produção de saúde é hoje indissociável da produção de modos de vida e formas de existência. A escolha estética e política, por meio da qual se acolhe um determinado tipo de existência é compreendida por Foucault como um modo de subjetivação possível. Os modos de subjetivação podem tomar as mais diferentes configurações, sendo que estas cooperam para produzir formas de vida e formas de organização social distinta e, cabe insistir, mutantes (MANSANO, 2009).

A problematização da clínica relacionada a uma estética da existência, prolongada na ideia de uma arte de viver (como a possibilidade de se pensar, elaborar, ou criar modos de vida através de práticas de liberdade, ou, antes, questionar as próprias práticas, ditas, assujeitadoras), esteve presente em uma pesquisa inacabada do pensamento de Foucault (2010), a *Ontologia do presente*.

Um modo de vida pode-se partilhar entre os indivíduos de idade, de estatuto, de atividade social diferente. Pode-se dar lugar a relações intensas que não assemelhariam a nenhuma daquelas que são institucionalizadas e que me parece que um modo de vida pode dar lugar a uma cultura, e a uma ética (FOUCAULT, p. 984).

Considerando esses aspectos, desenvolveu-se um estudo que pretende se debruçar sobre o cuidado em saúde mental frente às demandas de LGBTQIA+, para parte desta população que se encontra em sofrimento psíquico e/ou que desenvolveram algum transtorno mental em decorrência dos processos de violação explicitados anteriormente. Esta pesquisa ainda está em curso e neste artigo, em especial, foi dada ênfase a um dos primeiros achados da pesquisa,

referente à caracterização dos seus participantes: profissionais da saúde com interesse na temática do cuidado em saúde mental da população LGBTQIA+.

Essa investigação do cuidado em saúde mental se coloca como importante para a população LGBTQIA+, primeiramente pelos conflitos e sofrimentos psíquicos que se expressam como efeitos do contexto de uma sociedade heteronormativa (seja pelos conflitos relacionados à atitude de assumir-se em sua orientação sexual, seja pela vulnerabilidade ou processos de estigmatizações a que ficam expostos). 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 quadros de sofrimento psíquico.

O ano de 2017 foi o ano com o maior número de assassinatos da população LGBTQIA+. Há 37 anos, aproximadamente a cada 19 horas, um LGBTQIA+ morre de forma violenta por motivação homotransfóbica no Brasil. Fruto também de um levante conservador que contamina a população com discursos impregnados de ódio, e que a todo custo quer aniquilar e calar nossa voz da diversidade. Em 2019, 329 LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) tiveram morte violenta no Brasil, vítimas da homotransfobia: 297 homicídios (90,3%) e 32 suicídios (9,7%). Comparativamente aos anos anteriores, em 2019 observou-se surpreendente redução das mortes violentas de LGBTQIA+. O ano recorde foi 2017, com 445 mortes, seguido em 2018 com 420 e agora 329 mortes em 2019, registrando-se, portanto, uma diminuição de 26% em face de 2017 e 22% em relação a 2018. Os números assustadores são fruto do monitoramento diário realizado pelo GGB divulgado pelo jornal Folha de São Paulo em 17 de maio, Dia Internacional de Combate à LGBT+fobia (OLIVEIRA, 2020).

O filósofo Mbembe (2018) se propõe a olhar para as políticas da morte como uma macroestrutura operante em países colonizados, e seu funcionamento através da soberania que gerencia as mortes. Este cenário de violência, exclusão e necropolítica (MBEMBE, 2018) em relação à LGBTQIA+, também tem se tornado evidente o aumento de vivências de sofrimento psíquico e transtornos mentais entre as pessoas expostas a esse contexto, pois, evidentemente, esse cenário de marginalização e violência interfere nos modos de existência individual e coletiva da população LGBTI+, e portanto, em sua produção subjetiva, com a associação de diferentes fatores produtores de sofrimento psíquico.

Ou seja, do ponto de vista técnico, pode-se 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 eles estão expostos (no sentido de serem vulnerabilizados e não no sentido de serem vulneráveis) e, por essa razão, faz-se urgente se debruçar sobre as ações de cuidado em saúde mental produzidas para/com essa população e por essa população. Para abordar a temática do cuidado em saúde mental, apoiou-se na perspectiva foucaultiana, especialmente a reflexão filosófica desta perspectiva a respeito do conceito de cuidado e mais particularmente o conceito de cuidado de si. Foucault (2010) denomina como cuidado de si, as práticas e reflexões que os sujeitos produzem e que são capazes de 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 si próprios como condição para o exercício de sua cidadania.

O cuidado de si se traduziria 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 por meio das relações de si em produção que o sujeito pode transformar-se. Assim, o sujeito encontra sua singularidade por meio da valorização e do conhecimento de si realizado mediante o cuidado como uma prática ética (FOUCAULT, 2010).

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*, no qual Michel Foucault toma noção de o 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, 2010, p. 6), como um movimento importante para a própria manutenção da vitalidade de cada sujeito em uma perspectiva ao mesmo tempo individual e coletiva.

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, 2010, p. 222).

Para compreender, neste estudo, a relação entre o cuidado em saúde mental e o cuidado de si, é preciso explicitar três aspectos importantes: (1) a distinção entre cuidado de si/retorno a si e a lógica individualista neoliberal, (2) a explicitação da nossa concepção de saúde mental e (3) a relação desta concepção com a população LGBTQIA+.

A noção de “cuidado de si” se diferencia 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 (AVELIN, 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 concepção de saúde mental, se pauta nas concepções da atenção psicossocial, ou seja, a saúde mental e os processos de produção de subjetividade como uma produção relacional bio-psico-socio-culturalmente construídas. Do ponto de vista das políticas públicas em saúde, 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, não pode ser reduzida apenas ao estudo da mente e tratamento das doenças mentais, 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.

Como terceiro aspecto mencionado anteriormente, é preciso chamar atenção para o fato de que esse processo de discutir o cuidado em saúde mental junto à população LGBTQIA+ se distingue de uma intenção de patologização da homo/transsexualidade. Ser LGBTQIA+ **não é sinônimo** de ter um sofrimento psíquico ou ser um potencial suicida ou ter ansiedade, depressão etc., porém já existe um consenso em saúde mental de que viver submetido às situações de exclusão, violências e/ou constrangimentos sociais, amplia as chances de desencadeamento de processos de sofrimento psíquico e/ou diagnósticos psiquiátricos, seja pela compreensão de que experiências de exclusão, violência e vulnerabilização social são consideradas produtoras de sofrimento, ampliadora de fatores de risco para transtornos mentais, seja pela evidência de que esses processos são considerados determinantes sociais/culturais do processo saúde doença. Essa pesquisa se debruça justamente sobre os processos de cuidado em saúde mental produzidos para/com a população LGBTQIA+ e, neste artigo, daremos ênfase ao retrato dos profissionais cuidadores desta população ou quem são os profissionais da saúde que têm interesse pela temática de gênero e sexualidade. Optou-se por manter o anonimato nas falas escolhidas, e de acordo com o referencial teórico proposto, tomamos na análise qualitativa as zonas de comunidade entre os participantes (pontos em comuns e planos de forças) do que a identidade como categoria analítica.

METODOLOGIA

Este artigo analisa parte dos dados da primeira etapa de uma pesquisa do doutorado autorizada sob parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (número do parecer: 4.477.309) que buscou investigar as práticas de cuidado em saúde mental junto à população LGBTQIA+.

Partimos do referencial teórico-metodológico da pesquisa-intervenção (MAINIERI PAULON, 2010) que é um modo de fazer pesquisa que toma o corpo e seus afetos como impulsionadores da produção de conhecimento teórico e, sobretudo, de produção do objeto e daquele que conhece, o momento da pesquisa é momento de intervenção, já que sempre se está implicado.

A produção de dados tomou como território o ciberespaço/ ambiente virtual. Para isso, como instrução de produção de dados iniciais utilizamos um questionário *on line* (QOL), semiestruturado, por meio da plataforma *google forms*. Esse questionário teve como o objetivo de mapear quanti-qualitativamente a atuação de profissionais de saúde mental junto à população LGBTQIA+, incluindo seus 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 aplicada a um grupo piloto que se dispôs a colaborar com a pesquisa, e seu roteiro foi validado por uma banca de 5 pesquisadores com expertise na área. Após esse

processo, foram convidados a responder esse questionário, os profissionais da saúde de diferentes núcleos profissionais que declararam interesse em cuidados em saúde mental voltados para a população LGBTQIA+.

O QOL foi divulgado em chamada pública nas entidades de classes, Coletivos e grupos de saúde mental, na Rede HumanizaSUS, e nas redes sociais *Instagram* e *Facebook* do Lafollia², Nas redes sociais das pesquisadora em questão. Também foram realizadas divulgações no próprio site da Fapesp e UFSCar.

Na primeira parte do *Google forms*, os/as/es participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fazendo cumprir as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, sendo obrigatória essa sinalização para que tivessem, então, acesso às questões. Os participantes que desejaram ter uma cópia do TCLE, assinalaram esta alternativa no fim do questionário e a cópia assinada pelo pesquisador foi enviada para seus e-mails já registrados no preenchimento do *Google forms*.

O QOL tinha um total de 40 questões divididas em quatro blocos. Neste artigo, discutiremos os resultados quanti-qualitativos contidos no bloco 01 que nos dá elementos sobre a caracterização dos participantes, com o objetivo de analisar o perfil e mapear profissionais que atuam junto a essa população. Os dados qualitativos foram extraídos da questão aberta que fecha o QOL que é “Como te afeta pensar em seus atendimentos, suas posições ou silenciamentos sobre as questões de gêneros e sexualidades que atravessam o cuidado?”.

Para manter o caráter de pesquisa-intervenção na construção do formulário nos preocupamos em garantir que as questões dessem passagem, não apenas ao conteúdo das respostas, mas também à experiência de refletir sobre o tema. Buscamos também identificar as relações de saber-poder imersas nas práticas de cuidado. No que se refere à caracterização dos participantes, nos preocupamos também em ultrapassar a dimensão descritiva das tipologias tradicionais desta caracterização e identificar processos expressos pelos dados quanti-qualitativos.

As análises dos dados especificamente trabalhados para esse artigo partiram de uma análise em duas etapas: (1) análise descritiva dos dados quantitativos, (2) análise qualitativa, por meio da análise temática dos dados, conforme proposto por Minayo (2014), incluindo a leitura do material qualitativo do QOL, a etapa de pré-análise que busca a agregação nas narrativas em eixos e a síntese dos dados articulada aos referenciais teóricos adotados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram da pesquisa, 132 pessoas, das quais 131 responderam à questão sobre a sua identidade de gênero³, e apenas 11 participantes, se autodeclararam não-cisgênero, como elucidado na tabela 1 a seguir:

Resposta aberta (autoidentificação)	Quantidade de Respostas
Homem Cisgênero	38
Mulher Cisgênera	81
<i>Queer</i>	1
Não binário	2
Mulher transgênera	1
Homem transgênero	1
Não sei	1
Não respondeu	1
Outros	6
Total	132

Fonte: elaboração da autora(2022) ¹

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 se enquadrar, na noção binária de estabelecido nos corpos sexuais (mulher-vagina e homem-pênis), como no caso de pessoas agênero, *queer* e não binário.

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.

A primeira dimensão de identidade de gênero é aquela que se refere à forma como se sente e se organiza (ou se desorganiza) as emoções, conforme explica Bento (2017):

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 a existência de determinada genitália (p.241).

Notou-se uma abertura nos participantes em questionar ou não se identificar com tal binarismo, pois tivemos respostas como “*queer*”, “não sei”, “mulher em corpo peludo” e um não respondente. Isso vem na esteira de uma nova geração que questiona além da sua identidade de gênero, também a sua expressão de gênero ou performance social e na nova conformação das pesquisas que passam a incorporar novas modalidades de autoidentificação para além daquelas hegemônicas.

Ainda, abrimos a discussão para a expressão de gênero, que é como a pessoa manifesta-se publicamente, por meio do seu nome, da sua vestimenta, do seu corte de cabelo, dos seus comportamentos, da voz e/ou características corporais e da forma como interage com as demais pessoas.

Também tivemos participantes que, na questão sobre sua identidade de gênero, mesmo tendo a opção de assinalar “mulher cisgenêra” colocaram 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.

Em relação à sexualidade dos participantes, obtivemos 132 respostas e 79 destas se autodeclararam com outras orientações sexuais² que não correspondem à heterossexualidade, conforme elucidado na tabela 2 a seguir:

Tabela 2 - Sexualidade dos participantes	
Heterossexual	53
Homossexual	52
Pansexual	3
Assexual	1
Bissexual	20
Outros	3
Total	132

Fonte: elaboração própria (2022).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, foram registradas mais de 60 mil (sessenta mil) pessoas se relacionando com pares

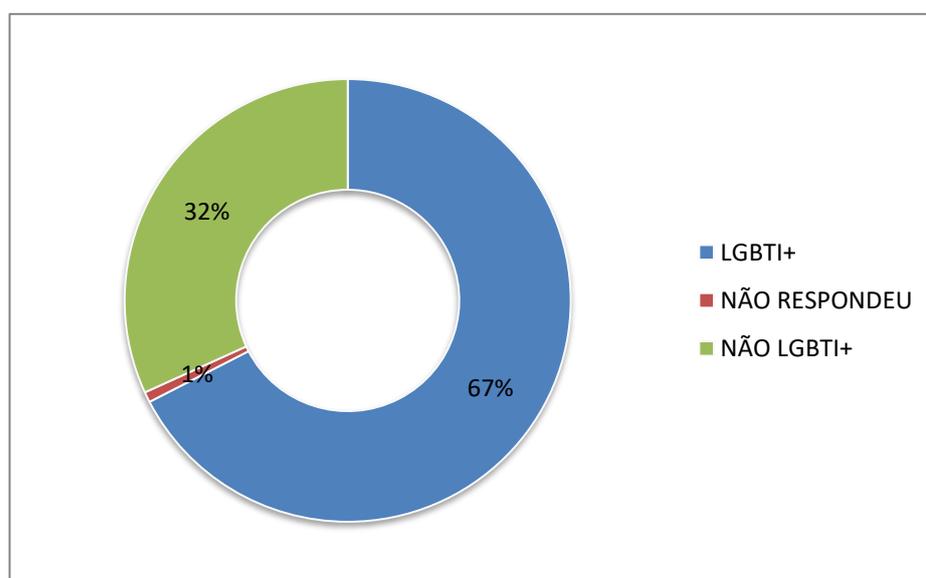
do mesmo sexo, demonstrando, assim, o reflexo de uma mudança de contexto social da população de gays e lésbicas em nosso país, principalmente em regiões como o nordeste brasileiro, que ocupou a segunda posição em registros de casais homoafetivos, sendo 12.086 casais registrados.

Reforça-se aqui, a não atualização desses dados, pois o IBGE de 2020 não incluiu no Censo Demográfico de 2021 perguntas sobre sexualidade e identidade de gênero, explicitando o conservadorismo das políticas públicas federais deste período. A ausência dessas estatísticas impede o governo e instituições de trabalharem em ações com efeitos de grande escala, destinadas à solução de problemas coletivos.

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 dele, sendo um tabu ainda há ser desconstruído.

Entre os 132 participantes que responderam à questão sobre seu gênero e sexualidade, 89 pessoas, ou seja, 67% fazem parte da população LGBTQIA+ conforme demonstra o gráfico 1, um número que nos dá importantes pistas sobre o cuidado em saúde mental à população LGBTQIA+, conforme discutiremos posteriormente:

Gráfico 1 – Total de Participantes



Fonte: Própria (2022)

Um estudo de Vitiritti, Andrade, Peres (2016) relata que a discriminação no ambiente de trabalho, baseada na orientação sexual e na identidade de gênero, não é recente. 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.

Será que ser da área da saúde, campo múltiplo e plural, abriu as novas possibilidades também na vida pessoal, ou não? Ser LGBTQIA+ interfere de algum modo na escolha em ser profissional da saúde? Essa vivência altera as possibilidades de cuidado à outras pessoas também LGBTQIA+? São questões que nos levam a pensar sobre a escolha profissional e os determinantes que se atualizam no cuidado com o outro,

O estudo de Abreu Filho (2005) abordou as motivações inconscientes presentes na escolha da profissão de psicólogo, por exemplo, como questões relacionadas à identidade pessoal, ocupacional e vocacional inerente a essa escolha. Para ele, o histórico pessoal das relações vividas, têm importância capital não só para a construção da identidade pessoal, mas também profissional, funcionando essa última como projeção da primeira, uma vez que as adversidades decorrentes dessas relações permeiam a construção subjetiva de cada sujeito (ABREU, 2005).

De forma correlata, Zimmermann (2007), em seu estudo sobre a escolha profissional de enfermeiros, explicita a importância da orientação profissional e a centralidade das variáveis subjetivas desta escolha em termos de realização profissional, uma vez que o trabalho no campo da saúde carrega repercussões diretamente relacionadas aos valores sociais, culturais, pessoais e espirituais de cada um.

Já os estudos de gênero e força de trabalho em saúde no Brasil são 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 esse número dá passagem aos aspectos importantes a serem analisados; 1) Essa grande proporção de pessoas LGBTQIA+ entre os participantes apontaria simplesmente para um maior interesse entre essas

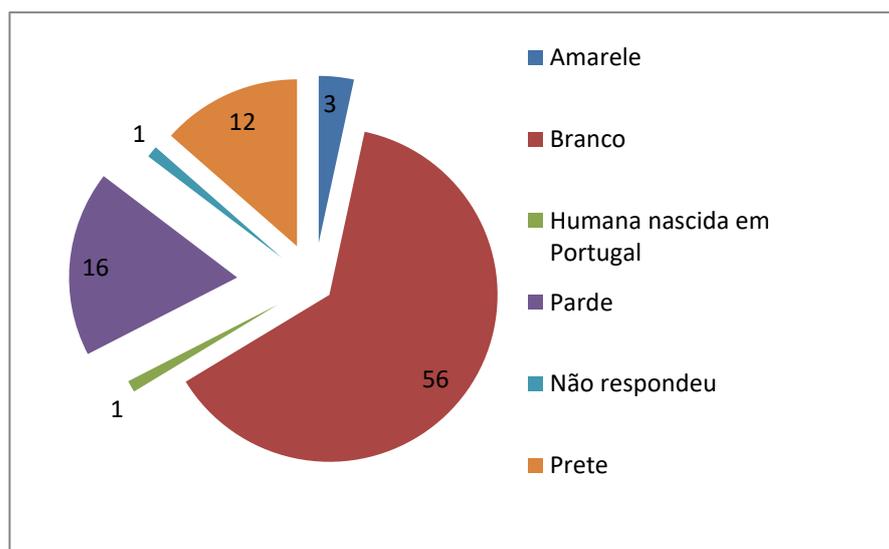
peças em responder a pesquisa? Ou de fato, dentre os profissionais da saúde mental que estão preocupados em pensar a especificidade da saúde mental da população LGBTQIA+ são os próprios por tomar posse do seu lugar existencial também como um espaço de cuidado ao outro? 2) Como cuidar do outro como eu gostaria de ser cuidado quando estou em busca de um profissional da saúde mental? Sendo LGBTQIA+, eu consigo desprender um cuidado ao outro LGBTQIA+, integral e significativo?

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. Nesta direção, tem-se como cuidado a noção filosófica do cuidado de si proposta por Michel Foucault.

Segundo Foucault (2010), 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 por meio 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 dever de si mesmo, 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.

Entre os 89 participantes LGBTQIA+, 88 responderam à questão sobre sua cor, sendo que 56 pessoas se autodeclararam da cor branca conforme demonstra o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Total de Participantes LGBTQIA+



Fonte: elaboração própria (2022).

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).

Eu penso que a interseccionalidade rompe com essa possibilidade de se falar em um sujeito unicamente pela cor da sua pele, por exemplo. A raça/etnia não dá conta. Todos os determinismos de raça, de classe, de gênero, todos os determinismos caem por terra (BENTO, 2017).

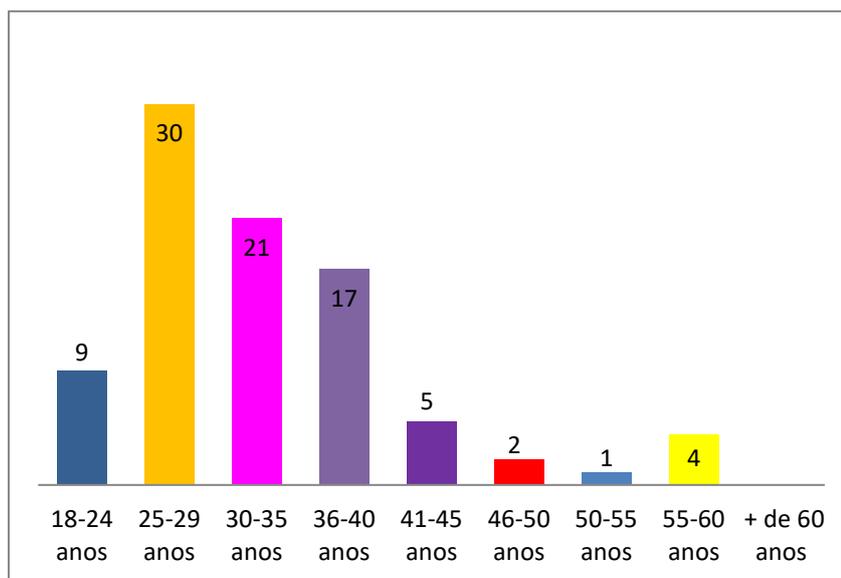
A partir do pensamento interseccional constrói-se uma perspectiva complexa e criativa a fim de evitar essencialismos e reconhecer a possibilidade de que, enquanto oprimidos (as/es), por exemplo, também somos capazes de corroborar com as violências (LIMA, 2020). A interseccionalidade é pensar raça interceptada por outras estruturas, de modo a compreender “quem são as pessoas realmente acidentadas pela matriz de opressões” (AKOTIRENE, 2019 apud LIMA, 2020).

O “reconhecimento”, tanto na questão racial quanto na dimensão das homossexualidades e dos gêneros dissidentes (transexuais e travestis), dá-se por mecanismos de apagamento das diferenças, e não pelo reconhecimento da diferença. O racismo cordial e a homofobia cordial caracterizam-se pela possibilidade de convivência pacífica, à medida que o outro não ouse cruzar determinadas linhas e se contente com a ficção da igualdade legal. Mas, quando há a invasão de fronteiras e quando a luta se dá nos marcos do reconhecimento, detonam-se os conflitos, a exemplo do que assistimos recentemente nos debates públicos sobre as ações afirmativas para negros nas universidades públicas brasileiras, feudos das elites nacionais. É como se negros estivessem invadindo a casa-grande, lugar habitado no período da escravidão pelos seus donos. E os gays e lésbicas continuarão a ser aceitos, desde que não poluam os espaços públicos com demonstração de amor e desejo, por um lado, e que se mantenham no seu gênero, por outro. Há muitas problematizações e disputas teóricas e políticas em torno da classificação étnico-racial da população brasileira e especialmente da população LGBTQIA+ onde o debate e as discussões com recortes raciais são ainda insuficientes.

A cada 26 horas um LGBTQIA+ é assassinado ou se suicida vítima da LGBTQIA+fobia, o que confirma o Brasil como campeão mundial de crimes contra as minorias sexuais. Segundo agências internacionais de direitos humanos, matam-se muitíssimo mais homossexuais e transexuais no Brasil do que nos 13 países do Oriente e África onde persiste a pena de morte contra tal segmento. Mais da metade dos LGBTQIA+ assassinados no mundo ocorrem no Brasil (WAREHAM, 2020).

A faixa etária mais presente entre os participantes, foi entre 25 e 29 anos conforme o Gráfico 3:

Gráfico 3 – Faixa etária dos Participantes LGBTQIA+



Fonte: elaboração própria (2022)

A faixa etária de 25 a 40 anos tem um número maior de pessoas que se autodeclararam LGBTQIA+, isso pode dar-se por ser um período já de autonomia e independência da vida adulta, um momento de autoaceitação, confiança e uma vida social “sem armários”. O baixo número de respondentes LGBTQIA+ acima de 40 anos pode se justificar por questões culturais, sociais de uma geração ainda mais tradicionalmente heterocisnormativa.

Partimos do princípio de que a centralidade da inter-relação de tais temas nas experiências de cuidado em saúde mental pode dar visibilidade a padrões de patologização e reprodução práticas sociais e subjetivas que são definidoras das políticas de cuidado à população LGBTQIA+.

Cruzando esses dados numéricos com o processo vivido pela própria pesquisadora, que é também profissional da saúde mental LGBTQIA+, encontrou-se na análise qualitativas diferentes perspectivas e processos experimentados nas práticas de cuidado do outro, processos aos quais daremos passagem pela narrativa dos/as/es participantes. Nessa direção de pensar, o cuidado do outro a partir do cuidado de si, foi analisada a questão “Como te afeta pensar em seus atendimentos, suas posições ou silenciamentos sobre as questões de gêneros e sexualidades que atravessam o cuidado?”.

O cuidado do outro se aproxima da perspectiva do cuidado de si pela narrativa dos participantes em pelo menos 4 eixos:

IDENTIFICAÇÃO E EMPATIA PELO SOFRIMENTO DO OUTRO QUE TAMBÉM É MEU

No primeiro eixo, abordaremos as 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 me sinto 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 conseguir acolher. Acho que minha maior dificuldade é lidar com um coletivo LGBTI+fóbico envolvendo o contexto do cuidado.”

“Acredito que eu sempre me atentei para essas questões e o sofrimento que possam vir dela, ainda mais por ser alguém da população LGBTI+.”

“Uma construção diária, me impacta ainda mais por eu também ser gay.”

“Me sinto extremamente agredido. Me coloco 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.”

“As questões de gênero e sexualidade sempre se fizeram presentes em minhas reflexões, principalmente pelo reconhecimento da minha orientação sexual.”

“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 por isso penso em fazer diferente em minha prática profissional.”

“Sempre foi necessário pensar na temática por estar inserido nela.”

“Acho interessante pensar sobre isso, pois é uma temática que gosto e estou implicado.”

“Mas acredito que ter conhecimento de todas essas questões e particularidades sobre esses assuntos me ajudam a ter maior empatia pelo paciente. Acredito que um arcabouço teórico e de metodologias práticas ajudaria ainda mais.”

“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.”

A PRÁTICA DO CUIDADO-LUTA COMO DISPOSITIVO PARA ELABORAÇÃO E ENFRENTAMENTO DOS CICLOS DE VIOLÊNCIA

Se o plano da identificação tem como um primeiro plano de aproximação para o cuidado com o outro é porque se reconheceu que esse é apenas uma camada 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.”

“Sou militante LGBT e sempre estou atento a essas questões.”

“Por pertencer a comunidade e pelas dificuldades enfrentadas em nosso dia a dia sempre busquei que nosso espaço e equipe fossem referências para esta parcela da população.”

“Me sinto extremamente agredido. Me coloco 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.”

“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.”

O DESEJO DE MUDAR AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE

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.

“Me afeta 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.”

“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.”

“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.”

“Me afeta de maneira direta ver e identificar que os setores de serviço têm esse despreparo e silenciam as identidades de gênero e sexualidade”

“A falta de políticas públicas e compromisso do governo.”

“Que eu deveria levantar essa bandeira de forma mais ampla, porém tenho colegas que são muito conservadores em meu ambiente de trabalho.”

“Necessidade de atuação em rede, devido à possibilidade de reconhecimento com dores de outres acolhidas (transferência) e importância de distanciamento do caso e acolhimento de trabalhadores.”

“Estou percebendo a grande necessidade de se posicionar 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.”

“Fico atento e me entrego ativamente na acolhida e escuta.”

“Estou percebendo a grande necessidade de se posicionar 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.”

“Penso que a sexualidade poderia ser um tema mais abordado com os pacientes, para ver como a sociedade é preconceituosa.”

Chama-se a atenção para esse eixo 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.

SILENCIAMENTOS E SEUS EFEITOS – QUANDO O CUIDADO ESTÁ AUSENTE

Por fim, parte dos comentários inclui também processos de silenciamentos, insuficiências e paralisias vividas na atenção em saúde mental, bem como seus efeitos em quem cuida.

“Acredito que possa ter passado por situações 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.”

“Depois de uma omissão a sensação foi extremamente negativa.”

“Omissão. Fico arrependida.”

“Me envergonho quando silencio e busco novos conhecimentos constantemente para agir de forma mais eficaz”

“Estafante, sensação de impotência.” (...) “Gostaria de fazer mais.”

“Me sinto 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.”

“Ainda que eu já tivesse tido contato com leituras e estudos sobre a temática, sempre é possível pensar que uma ou outra atuação, uma ou outra intervenção poderia ter sido mais adequada. O que mais me afeta é pensar que meus posicionamentos frente à resistência da gestão poderiam ter sido mais enfáticos, mais perseverantes, que talvez eu não devesse ter me silenciado em certas ocasiões.”

Esses comentários denotam uma dimensão de sofrimento vivida por profissionais de saúde mental LGBTQIA+ que flertam mais uma vez com um processo subjetivo bastante presente em suas vidas no contexto brasileiro: a culpabilização de si. Neste sentido, 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.

Articulando os três eixos, retomamos Foucault (2011b):

[...] é preciso entender que esse princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes: ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constitui assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições;

ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber [...] (FOUCAULT, 2011b, p. 50).

Articulando processos de identificação, de enfrentamento da violência e dos silenciamentos e o desejo de transformação social nos permitimos pensar mais uma vez em uma similitude dos profissionais LGBTQIA+ cuidando de usuários LGBTQIA+ em sofrimento psíquico com os processos de cuidado de si como enunciado por Foucault (2010), num sentido de que há inicialmente um desejo de governar a si mesmo ao realizar esse movimento junto a outros pares. A constituição de práticas de cuidado em saúde que acolhe a todas as potências e sofrimentos destas existências singulares, acolhendo a si próprio(a/e). Clínica do outro, clínica de si.

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. Resignificar a história singular do outro/com o outro e assim também a sua história coletiva.

Nessa possibilidade de cuidado de si, por meio da prática clínica em saúde mental, faz-se possível preservar-se e preservar o outro das fraturas da psiquiatria, abrindo fissuras nas subjetividades capturadas e capturantes de usuários e profissionais.

Refunda-se, assim, em cada gesto de cuidado uma cultura de si e a afirmação de que as existências são possíveis, na medida em que são tomadas como governo de si e, por conseguinte, de outrem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O heterossexismo e a cisgeneridade não são dimensões a-históricas nem apolíticas. São mecanismos que fazem parte das formas de produção e reprodução social dos indivíduos e sociedade como homens e mulheres. O heterossexismo e a cisgeneridade atuam engessando as fronteiras que definem os diferentes papéis (im)postos aos homens e às mulheres. Valendo-se de uma pretensa determinação natural, o heterossexismo extrapola o mero controle da sexualidade. Ao contrário, atua para organizar o conjunto das relações sociais, prescrevendo os modos de ser homem e de ser mulher, tão necessários à preservação das relações patriarcais de gênero (NOGUEIRA, PEREIRA, TOITIO, 2020). Na saúde mental não é diferente, ao contrário, os modos como historicamente a psiquiatria clássica se relacionou com as diversidades de gênero apontam para relações de patologização ou normalização dos comportamentos.

Cresce, na universidade e na saúde mental, a compreensão da relevância que os efeitos das desigualdades de gênero, raça e orientação sexual trazem para as políticas públicas e para as práticas de cuidado, bem como para as condições gerais de vida das populações marginalizadas. Nesta direção, explicitou-se nesta pesquisa a estreita relação entre os aspectos políticos e históricos das construções de gênero e das práticas de cuidado em saúde mental; o dinamismo e a

complexidade das articulações entre raça, gênero e trabalho que será mais bem explorado em um artigo específico para esse tema; e a contínua violação de direitos sexuais e de direitos humanos enfrentados pela população que compõe minorias sexuais, incluindo seus direitos à saúde (MOUTINHO *et al.*, 2021).

Buscou-se introduzir as especificidades do contexto de sofrimento psíquico da população LGBTQIA+ no Brasil para justificar a importância de pesquisas neste campo. Como parte de uma pesquisa mais ampla, este artigo pretendeu caracterizar os participantes de uma pesquisa que declararam seu interesse pelo cuidado em saúde mental da população LGBTQIA+. Essa caracterização, que normalmente é apenas uma etapa da explicitação dos resultados nas pesquisas em geral, ganhou um espaço de destaque, pois chamou a atenção o fato de que, embora o chamamento público tenha sido feito para profissionais da saúde mental, sem especificação de gênero, a participação de profissionais que se autodeclararam LGBTQIA+ foi muito significativa, expressando processos de implicação que mereceram destaque.

Os resultados mostraram que os profissionais da saúde que se autodeclararam LGBTQIA+ apresentaram um interesse maior na temática, como se ao cuidar do outro se expressa uma oportunidade de dizer como gostaria de ter sido cuidado em algum momento de sua história e descoberta como ser LGBTQIA+, talvez um alento, um momento de fazer pelo outro o que se esperou que fizessem por si, quando estava em fases específicas da vida ou como eu gostaria que tivessem sido cuidados aqueles que fazem parte da minha vida. Cuidar do outro como simplesmente eu gostaria de ter sido ou ser ainda cuidado, pois não deixo de ser uma pessoa com necessidades, sejam elas quais forem.

Tais achados, embora estejam restritos ao perfil dos respondentes cuidadores de pessoas LGBTQIA+ em saúde mental, permitem que se reflita sobre os entrelaçamentos de raça, gênero e saúde mental a partir de investigações que, além de expor a complexidade que o encontro entre profissionais da saúde e usuários atualiza, fornecem importantes aportes para que se tornem mais visíveis as lacunas e os desafios do campo de uma saúde mental que se pretenda inclusiva.

Reafirma-se que a população LGBTQIA+, assim como os profissionais de saúde mental ainda precisam reconhecer as diferenças que as habitam, especialmente no que se refere às especificidades étnico-raciais e diferentes níveis de vulnerabilização psicossocial. E isso não é hierarquizar opressões, é entender que existem múltiplas identidades e múltiplas relações.

No que se refere ao cuidado em saúde mental, foram explicitados quatro eixos que podem motivar o processo de cuidar como um movimento de cuidado do outro e cuidado de si: O cuidado movido por processos de identificação, por processos de luta/enfrentamento da violência, processos de silenciamento e de transformação social.

Conclui-se que o cuidado em saúde mental é sempre um cuidado implicado. Os resultados apresentados intencionam discutir o sujeito que cuida em saúde mental como um agente do cuidado que se vale do próprio gesto de cuidar para preservar modos de vida (que, muitas vezes, é o seu próprio) que precisam ser reafirmados não apenas em sua potência de superação de sofrimentos psíquicos singulares e compartilhados, mas em sua afirmação existencial. Neste sentido,

esse cuidado opera ao mesmo tempo como prática de cuidado em saúde, como cuidado de si e como prática de transformação sociocultural.

Who will take care of me LGBTQIA+? Portraits of a Self-Care

ABSTRACT

Through intervention research, the general characterization of the participants of research is presented, as it identified an expressive percentage that declare themselves LGBTQIA+. The person who takes care is always involved in the care process and, in the case of mental health care for the LGBTQIA+ population, this implication takes on a unique character when most professionals dedicated to this practice are also part of the population cared for. This implied care operates through at least three processes: identification/empathy; by the desire to elaborate and face the cycles of violence and the desire to change care practices aimed at this population/for themselves. Thus, we conclude that part of the interest in mental health care for the LGBTQIA+ population is motivated by the personal and shared experience of psychic suffering (care for oneself and for others), because of being immersed in a society/culture that excludes LGBTQIA+ people.

KEYWORDS: Mental Health. LGBTI+ population. Self-Care. Health Professionals.

¿Quién me cuidará LGBTQIA +? Retratos de un autocuidado

RESUMEN

A través de una investigación de intervención, se presenta la caracterización general de los participantes de una investigación, ya que se identificó un porcentaje expresivo que se declara LGBTQIA+. La persona que cuida está siempre involucrada en el proceso de atención y, en el caso de la atención en salud mental a la población LGBTQIA+, esta implicación adquiere un carácter único cuando la mayoría de los profesionales dedicados a esta práctica también forman parte de la población atendida. Este cuidado implícito opera a través de al menos tres procesos: identificación/empatía; por el deseo de elaborar y enfrentar los ciclos de violencia y el deseo de cambiar las prácticas de cuidado dirigidas a esta población/para sí mismos. Así, concluimos que parte del interés por el cuidado de la salud mental de la población LGBTQIA+ está motivado por la vivencia personal y compartida del sufrimiento psíquico (cuidado de sí mismo y de los demás), como consecuencia de estar inmerso en una sociedad/cultura excluyente. Personas LGBTQIA+.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental. Población LGBTI +. Autocuidado Profesionales de la salud.

NOTA

1 Neste artigo foram 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-lacunadas-politicas-para-as-populacoes-lgbtqia-em-nivel-federal/>

2 *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.

3 As opções de respostas oferecidas sobre identidades de gênero para os respondentes do QOL foram: mulher cisgênera, mulher transgênera, travesti, homem cisgênero, homem transgênero, *queer*, não binário, agênero, gênero fluído, não sei e outros.

REFERÊNCIAS

ABREU FILHO, A. G. de. **Um estudo sobre as motivações inconscientes presentes na escolha profissional do estudante de psicologia**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ABGLT. Site da ABGLT. Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos. Brasil. 2021.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

ARAN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, 2009.

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas [online]**, v. 20, n. 2, pp. 569-58, 2012.

BENTO, Berenice. **Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos**. 1a. ed. Salvador: EDUFBA, 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.

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.

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.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: A vontade de saber**. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011b.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 3: O cuidado de si**. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

LIMA, Fernanda Felício de. **Percepções e experiências de mulheres atuantes no Campo da Saúde sobre violência de gênero**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos, 2020.

LOURAU, R. Implication et surimplication. **Revue du Mauss**, v. 10, p. 110-120, 1990.

RESENDE, Livia da Silva. **Homofobia e violência contra população LGBT no Brasil: uma revisão narrativa**. 2017.

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.8, n.2, p. 110-117, 2009.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

PAULON, S.M., ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia [en linea]**, v. 10, n.1, p. 85-102, 2010.

MILLER, J. Creating inclusive healthcare environment for the GLBT community. The Official Newsletter of the Networker for Lesbian, Gay and **Bisexual Concerns in Occupational Therapy**, v.9, n.1, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOUTINHO, Laura *et al.* Raça, sexualidade e saúde. **Revista Estudos Feministas [online]**. v. 14, n. 1, p. 11-14, 2006.

OLIVEIRA, José Marcelo Domingos de. **Mortes violentas de LGBT+ no Brasil – 2019: Relatório do Grupo Gay da Bahia**. Luiz Mott. – 1. ed. – Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2020.

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

VASSELO, Cyntia Viana; FERIGATO, Sabrina Helena; DEPOLE, Bárbara de Fátima; SILVA, Carla Regina. LGBTI+fobia e as expressões do preconceito no Ciberespaço. **Cad. Gên. Tecnol.**, Curitiba, v. 14, n. 44, p. 154-176, jul./dez. 2021.

VITIRITTI, Bruno; ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de; PERES, José Eduardo de Carvalho. Diversidade sexual e relações profissionais: concepções de médicos e enfermeiros. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 4, p. 1389-1405, dez. 2016. 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. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1368>. Acesso em: 13 abr. 2020.

WAREHAM, James; MURDERED, Hanged And Lynched: 331 Trans People Killed This Year. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/jamiewareham/2019/11/18/murdered-hanged-and-lynched-331-trans-people-killed-this-year/#6a1f76722d48>

WERMELINGER, Monica; MACHADO, Maria Helena; LOBATO, Maria de Fátima; OLIVEIRA, Eliane dos Santos; MOYSES, Neusa Nogueira; FERRAZ, Wagner. A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. In: **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 45, p. 54-70, maio 2010. Série Gestão do Trabalho I. Rio de Janeiro, Cebes.

ZIMMERMANN, A. **A escolha profissional na área da saúde: a opção pela enfermagem**. 2007. 224f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP.

Recebido: 27/04/2022

Aprovado: 04/11/2022

DOI: 10.3895/cgt.v15n46.15442

Como citar: DEPOLE, Bárbara de Fátima; FERIGATO, Sabrina Helena. 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. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/cgt>. Acesso em: XXX.

Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

