

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**

**Programa de Pós-Graduação em Antropologia**

Marco Antonio Gatti Junior

**SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO LGBT NO SUS: problematizações a partir da  
experiência do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) - Pampulha,  
Belo Horizonte, Minas Gerais**

Belo Horizonte, 2022

Marco Antonio Gatti Junior

**SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO LGBT NO SUS: problematizações a partir da experiência do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) - Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Antropologia.

Orientadora: Profa. Dra. Érica Renata de Souza

Belo Horizonte, 2022

|       |  |
|-------|--|
| 306   | Gatti Junior, Marco Antonio  |
| G263s | Saúde mental da população LGBT no SUS [manuscrito] :   |
| 2022  | problematizações a partir da experiência do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) - Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais / Marco Antonio Gatti Junior. - 2022.   |
|       | 120 f.   |
|       | Orientadora: Érica Renata de Souza.  |
|       | Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  |
|       | Inclui bibliografia  |
|       | 1. Antropologia – Teses. 2. Pessoas LGBTQ+ - Teses. 3. Saúde mental - Teses. 4. Sexo - Teses. I. Souza, Érica Renata de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título. |



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

**ATESTADO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Atestamos para os devidos fins que Marco Antônio Gatti Júnior concluiu seu curso de MESTRADO em Antropologia – área de concentração: Antropologia Social - linha de pesquisa: Antropologia da Arte, da Ciência e da Tecnologia, sendo aprovado em sua dissertação de mestrado intitulada: *“Saúde mental da população LGBT no SUS: problematizações a partir da experiência do Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) - Pampulha, Belo Horizonte, Minas Gerais”*, realizada no dia 21 de dezembro de 2022, no Auditório Baesse, prédio da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 21 de dezembro de 2022.

ERICA RENATA DE SOUZA

Professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia  
(Orientadora)

VIVIANNE SANTOS BRITO

Secretária do Programa de Pós-Graduação em Antropologia



Documento assinado eletronicamente por Vivianne Santos Brito, Secretário(a), em 22/12/2022, às 11:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Leandro de Oliveira, Coordenador(a) de curso de pós-graduação, em 22/12/2022, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Erica Renata de Souza, Professora do Magistério Superior, em 22/12/2022, às 14:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 1961666 e o código CRC 4B1313DE.

Dedico esse trabalho à todas as pessoas consideradas bichas, loucas, sodomitas, sapatonas, alienadas, travestis, insubmissas, degeneradas, entre outras, que perderam sua vida e liberdade e também às profissionais de saúde e Movimento da Reforma Psiquiátrica que mantêm sonhos e memórias vivas.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço principal e inicialmente, a minha companheira e mãe, que me deu primeiramente a vida, depois a condição e inspiração para seguir meus sonhos e me incentivar a batalhar em objetivos para além de qualquer amarra.

A minha família, minhas irmãs e principalmente minha tia e madrinha, que é exemplo de vida e de ser humano, mas também referência intelectual.

Ao meu ex-companheiro, que compartilhou o cotidiano por anos, por ter ouvidos para minhas fritações antropológicas.

À minha amiga Carla pela escuta e confiança na vida pessoal, angústias e também no cotidiano da batalha da sociedade.

À Priscila por ser o mais próximo do presencial nesse mestrado remoto.

À Julia, Ana Julia e Débora, por serem amizade e companheirismo a tantos anos e em tantos âmbitos da vida, mesmo hoje sem tanto encontro cotidiano, mas carregando o amor da amizade e da luta por outra sociedade.

À Itana pela amizade, aprendizado e carinho

My brother Charles, pelo carinho e encontro afetuoso, mas também pelo aprendizado nesses últimos anos.

À Camile, Thaine e Isabela, que foram em muitos momentos uma ilha em momentos críticos e de turbilhão cotidiano da vida universitária.

À Adriana, agradeço pela confiança e compartilhamento de tanto, mas também da proteção e me desejar tão bem nessa jornada antropológica e pedidos e rezas aos encantados.

Ao reencontro fraterno, carinho e compartilhamento desde a graduação em Antropologia à Mayara, João, Tiago e Arthur. À Aninha, pelo carinho e por fazer tanto, sendo uma amiga para além do PPGAN.

Agradeço especialmente à Flora pela ajuda nos últimos tempos nos percursos acadêmicos e compartilhar tanto.

Agradeço muito à toda a equipe da Agenda Jovem – Fiocruz, pelo companheirismo, pela batalha cotidiana da ciência como ferramenta de mudança.

Agradeço mais uma vez à minha orientadora Érica Renata de Souza, pelo companheirismo na escrita, nos perrengues pandêmicos, nas disciplinas e na parceria nesses 10 anos, a lida com a academia fica muito mais fácil com o seu companheirismo ao abraçar nossas propostas de forma tão acolhedora.

Agradeço também a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), da qual fui bolsista durante 2 anos do mestrado e foi possível a realização do mesmo.

Agradeço imensamente à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, que é coparticipante dessa pesquisa e permitiu realizar a mesma no Centro de Referência em Saúde Mental, assim como todo o corpo de profissionais do CERSAM – Pampulha e da SMSA que participaram da pesquisa.

Agradeço à militância que faz parte da minha trajetória, maior parte dela no Levante Popular da Juventude, mas a todas as pessoas que lutam por uma sociedade mais justa e um mundo melhor para todas as pessoas.

Agradeço e reforço a importância de governos que pensem políticas públicas e que busquem a equidade para a população. Agradeço então às políticas provenientes dos governos de Dilma Roussef e Luís Inácio Lula da Silva, por terem permitido a minha entrada e permanência e vivência da universidade, assim como possibilidade pensarmos a política pública de saúde com dignidade e sem manicômios.

Por fim, agradeço ao Movimento Antimanicomial e todas as pessoas e profissionais em saúde que batalham pela destruição dos manicômios institucionais, mas também os que vivem dentro de nós.

*Quem tem consciência para ter coragem  
Quem tem a força de saber que existe  
E no centro da própria engrenagem  
Inventa contra a mola que resiste*

*Quem não vacila mesmo derrotado  
Quem já perdido nunca desespera  
E envolto em tempestade, decepado  
Entre os dentes segura a primavera  
(Secos & Molhados, 1973)*



## RESUMO

O trabalho tem por objetivo entender a forma como a população lésbica, gay e bissexual (LGB), principalmente, é compreendida, acolhida e acompanhada pelos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar dentro da Rede de Atenção Psicossocial, especificamente nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) em Belo Horizonte, com foco metodológico no CERSAM Pampulha.

Parte-se de uma perspectiva de análise histórica de como o controle de corpos tem sido legitimado pela ciência hegemônica ao longo dos anos, com um recorte específico às pessoas LGBTs no que tange a estigmatização e patologização por meio do debate da Saúde Mental.

A pesquisa combina a análise do fazer médico-científico hegemônico, do reconhecendo da existência de corpos e condutas sociais marginalizadas, e dos impactos da Reforma Psiquiátrica com as consequentes mudanças de paradigmas referentes à patologização de populações historicamente marginalizadas, criminalizadas e encarceradas. Inseridas em seu devir histórico, põe-se em relevo as diversas formas em que patologização e criminalização foram combinadas para produzir a vinculação de padrões sociais estigmatizados às pessoas LGBT, como pederastia, boemia, dentre outros.

O estudo busca através do campo compreender qual a permeabilidade e a realidade da execução das legislações e diretrizes referentes ao cuidado à população LGBT na Rede de Atenção Psicossocial e do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange a Saúde Mental, a partir da forma como profissionais de tais serviços trabalham com estas questões no cotidiano do CERSAM.

Expende-se acerca das ferramentas de patologização voltadas diretamente às pessoas LGB's no que tange a sexualidade, avaliando o histórico de disputas institucionais e biomédicas, como por exemplo os projetos e debates entorno da chamada "Cura Gay" que se tornaram situações paradigmáticas, para então confrontá-las com a política de acompanhamento hoje aplicada pelo CERSAM, que pode ser caracterizada como contraposição a tais projetos e debates, no que tange a patologização.

Outra dimensão do trabalho busca avaliar a relação entre a política pública e a aplicabilidade da mesma no que tange os limites institucionais, como a generalização,

as questões políticas e financeiras para a execução das mesmas, perpassando também valores e questões diretamente ligadas à profissionais na base do atendimento e no cotidiano dos serviços. É possível entender hoje uma forma distinta de se acolher tais pessoas, principalmente no que tange as equipes e legislações regulamentadas a partir do SUS e da forma de compreender a sexualidade como parte importante da formação do ser social, não passível de cura.

Palavras chave: CERSAM; Sexualidade; Saúde Mental; Antropologia; Política Pública

## **ABSTRACT**

This paper aims to understand how the lesbian, gay and bisexual (LGB) population, especially, is understood, welcomed and accompanied by professionals who make up the multidisciplinary team within the Psychosocial Care Network, specifically in the Reference Centers for Mental Health (CERSAM) in Belo Horizonte, with a methodological focus on CERSAM Pampulha.

It starts from a perspective of historical analysis of how the control of bodies has been legitimized by hegemonic science over the years, with a specific focus on LGBT people regarding stigmatization and pathologization through the debate of Mental Health.

The research combines the analysis of the hegemonic medical-scientific work, the recognition of the existence of marginalized bodies and social behaviors, and the impacts of the Psychiatric Reform with the consequent changes in paradigms regarding the pathologization of historically marginalized, criminalized and incarcerated populations. Inserted in its historical becoming, it highlights the various ways in which pathologization and criminalization were combined to produce the linking of stigmatized social patterns to LGBT people, such as pederasty, bohemianism, among others.

The study seeks through the field to understand which is the permeability and the reality of the execution of the laws and guidelines concerning the care to the LGBT population in the Psychosocial Care Network and the Unified Health System (SUS) regarding Mental Health, from the way professionals of such services work with these issues in the daily routine of CERSAM.

It expands on the pathologizing tools aimed directly at LGB people in terms of sexuality, evaluating the history of institutional and biomedical disputes, such as the projects and debates around the so-called "Gay Cure" that became paradigmatic situations, to then confront them with the follow-up policy applied today by CERSAM, which can be characterized as a counterposition to such projects and debates, in terms of pathologization.

Another dimension of the work seeks to evaluate the relationship between public policy and its applicability in terms of institutional limits, such as generalization, political and

financial issues for its execution, as well as values and issues directly linked to professionals at the base of care and in the daily life of the services. It is possible to understand today a different way of welcoming such people, especially regarding the teams and legislations regulated by the SUS and the way of understanding sexuality as an important part of the formation of the social being, not subject to cure.

Keywords: CERSAM; Sexuality; Mental Health; Anthropology; Public Politics.

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>Introdução</b> .....  | <b>13</b>  |
| Escolhas e percursos metodológicos .....   | 19         |
| Outras explanações metodológicas relacionados ao Comitê de Ética em Pesquisa. ....                                       | 21         |
| Alguns caminhos pela ética em pesquisa: uma breve reflexão a partir da antropologia na UFMG .....                        | 22         |
| <b>Capítulo 1 - Do manicômio ao centro de referência: A urgência da Reforma Psiquiátrica</b> .....                       | <b>30</b>  |
| <b>1.1 – O Holocausto em nome da cura</b> .....  | <b>31</b>  |
| <b>1.2– Por uma sociedade sem manicômios</b> .....   | <b>43</b>  |
| <b>1.3 – O Centro de Referência em Saúde Mental e a regionalização do cuidado</b> .....                                  | <b>48</b>  |
| <b>Capítulo 2 – Ferramentas distintas de marginalização: da criminalização à patologização da homossexualidade</b> ..... | <b>58</b>  |
| 2.1 – Entre a cruz e o bisturi .....   | 59         |
| 2.2 – O encarceramento dos desviados, o louco moral e a cura gay .....   | 65         |
| 2.3 – Impactos da Reforma na prática: O acolhimento toma o posto do diagnóstico.....                                     | 72         |
| <b>Capítulo 3 - Os limites entre a política pública e a cidadania LGBT</b> .....   | <b>82</b>  |
| 3.1 – Os direitos humanos e “grupos vulneráveis” no Brasil.....  | 83         |
| 3.2 – Um olhar múltiplo: desafios da construção da política entre o universal e o focalizado.....                        | 89         |
| 3.3 – Entre a política pública e a prática no CERSAM – Pampulha.....   | 95         |
| 3.4 – Lacunas e Apontamentos: recortes específicos e avanços para a humanização do serviço .....                         | 101        |
| <b>Considerações Finais</b> .....  | <b>107</b> |
| <b>Referências Bibliográficas:</b> .....   | <b>112</b> |
| <b>Anexo 1</b> .....   | <b>119</b> |
| <b>Anexo 2</b> .....   | <b>120</b> |
| <b>Anexo 3</b> .....   | <b>121</b> |
| <b>Anexo 4</b> .....   | <b>122</b> |

## INTRODUÇÃO

A pesquisa realizada no CERSAM e o contato com o movimento de defesa do SUS e da saúde mental foi uma grata surpresa durante o período do mestrado, mas minha trajetória até chegar a esse tema advém da articulação entre movimento social e academia, reforçando a não separação das mesmas. Desde o início da graduação em 2011 me aproximei do movimento estudantil, assim conhecendo outros movimentos sociais e articulando diretamente a importância da movimentação política dentro e fora da universidade com debates acadêmicos e questões levantadas e aprofundamentos na prática científica. Fica nítido hoje para mim que o sofrimento que as pessoas sentiram de forma tão mais explícita em outros momentos com a chancela de diversos aparatos, principalmente biomédicos, foi sempre uma das razões para que decidi lutar contra, com minha articulação com o movimento isso fica mais explícito e tentei entender com essa pesquisa no CERSAM se tais violências se repetiam como nos manicômios, pois poderiam ainda impactar na vida de tantas pessoas, mas com essa pesquisa com pessoas não hétero, assim como eu.

Ainda na graduação, tive contato com o movimento LGBT de Belo Horizonte, a construção da parada LGBT e ainda em conjunção com os movimentos, a procura por ofertas de disciplinas e debates na universidade que se aproximavam com o tema. Para chegar especificamente na temática da saúde da população LGBT, o interesse iniciou-se a partir do estudo do histórico do movimento LGBT no Brasil, fundamentada na bibliografia que tive acesso ao longo de meu percurso acadêmico, sobretudo durante o processo de pesquisa e escrita do trabalho de conclusão de curso na graduação em Ciências Sociais, defendida e aprovada no ano de 2018<sup>1</sup>. Nesse processo, foi necessário me debruçar inicialmente sobre a história do movimento no Brasil, quando foi possível perceber como a pauta da sexualidade e a construção do movimento se consolidou, bem como identificar alguns desafios que foram apresentados ao longo dos anos, seja por questões internas, mas principalmente no que tange à relação com a sociedade, aparatos e ferramentas de coerção de tais

---

<sup>1</sup> GATTI JR, M.A. O conceito de patriarcado na construção da Parada LGBT de Belo Horizonte - MG. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 55. 2018.

sexualidades e formas de vivenciar a experiência social de uma forma não hegemônica.

Vir de uma trajetória militante para mim, foi especialmente importante, pois ao tentar a conjunção entre academia e militância houveram distinções de visões no que tange à prática e a teoria, me coloquei então a tarefa de articular essas duas ferramentas de distintas ordens para fazer com que a vida do povo, nesse caso a população LGBT tivesse melhoras.

A formulação e registro do movimento LGBT brasileiro perpassa principalmente a movimentos sociais e ONGs, referência principalmente no eixo Rio-São Paulo (Figari 2007, Green 2000, MacRae 1990 e Simões e Facchini 2009), mas não quer dizer que não tenham existido movimentações e questões importantes no resto do país. Ao conhecer esses registros e a movimentação dos movimentos, é possível perceber um histórico de questões levantadas relacionadas a ataques e resistências necessárias para a manutenção dessas organizações e sujeitos, seja via Estado, sociedade ou ausência de políticas públicas para as especificidades de tal população.

Ainda no ano de 2018, ao cursar a disciplina “Gênero, feminismo e ciência”, ofertada pela minha já orientadora Érica Renata de Souza, entrei em contato com os estudos da ciência de forma mais ampla e conheci os estudos da antropóloga da ciência e feminista Fabíola Rohden, que foram essenciais para a percepção do papel da ciência e o histórico de diagnósticos e formulações no âmbito da medicina, influenciando no entendimento e pesquisa de tais questões específicas para pessoas LGBT e no que tange à sexualidade. Houve, a partir daí uma convergência com a leitura do livro “Além do Carnaval” do historiador James Green, que estava utilizando para a escrita da minha monografia, no qual o autor escreve sobre a forma como a internação e tratamento da sexualidade foram essenciais para estigmatização de tal população em certos períodos.

Parte-se de um aprofundamento das questões relativas à interseção entre ciência, saúde e sexualidade, principalmente pelos recorrentes projetos de internação ou tentativas de “cura” de pessoas LGBTs via tratamento psicólogo ou psiquiátrico; não obstante o recorrente debate sobre o projeto de “cura gay” que, mesmo não sendo aprovado, impacta diretamente o debate sobre a temática na sociedade. Cheguei então ao entendimento de que essa seria uma via importante para entender as

violências sobre tal população, assim como o papel da ciência nessa produção, tendo encontrado apoio nos Estudos Sociais da Ciência e na Antropologia da Saúde, assim como na convergência com os estudos de sexualidade e gênero enquanto caminhos possíveis para essa pesquisa de Mestrado.

Fica nítido para mim a importância de articular ao movimento social ao debate acadêmico e foi a partir dessa premissa que fui de peito aberto ao campo no CERSAM, que mesmo com os limites do online, me recebeu da melhor forma possível e me mostrou profissionais com engajamento e certeza que o serviço é importante para a melhora da vida das pessoas que acessam o mesmo.

Além do meu contato com a disciplina citada e com a bibliografia que convergiram nessa escolha, 2018 foi um ano de acirramento ímpar na conjuntura brasileira. A partir do golpe de 2016 à presidenta Dilma, várias investidas de sucateamento do Estado, do Sistema Único de Saúde, dos direitos humanos e da ciência afluíram a um contexto de ataque, e insegurança de vários direitos e conquistas que tínhamos com muita luta aprimorado até então. Faz-se assim ainda mais primordial uma avaliação das políticas públicas e da garantia de direitos para populações historicamente marginalizadas, assim como a defesa do SUS e da ciência. Problematizar a ciência é uma forma de reconhecer a sua polissemia e o caráter sempre situado da sua produção. A ciência não é incorpórea nem apolítica.

A construção do projeto foi feita em 2019, em um momento delicado onde vimos o embate à ciência e aos direitos humanos vencer uma eleição presidencial, nos deixando apreensivas ao que seria esse governo para todas as pessoas, mas principalmente para populações historicamente precarizadas e violentadas. Não parti necessariamente de princípios ou análises aprofundadas já sobre a metodologia do CERSAM, mas queria entender a forma com que o Centro funcionava e lidava com a homossexualidade na prática. Durante o processo de pesquisa, houve uma convergência desde o início dos valores e percepção de humanização e direitos humanos em relação a equipe do Centro estudado, o que mudou minha perspectiva para uma abertura do método defendido, o que se aprofundou com os ataques feitos pelo Conselho Regional de Medicina, questão que irei me debruçar mais à frente.

Para se analisar a ciência, parte-se principalmente da perspectiva das Antropólogas feministas que formulam sobre o campo científico. Tais pesquisadoras



levantam questionamentos importantes no que tange à estruturação dos estudos e a relação dos mesmos com a sociedade; é assim possível questionar a ciência sem deslegitima-la, problematizando sua formação estrutural dentro de um sistema que é desigual em sua maioria. Segundo Emily Martin, (1998) o campo científico não é discernido da sociedade, mas sofre interferências e interfere na mesma a todo momento, podendo assim reproduzir desigualdades refletidas via influência política econômica e de concentração de capital. Nesse sentido, ciência e sociedade são coproduzidas (Jasanoff, 2006).

Se parte do intento da presente pesquisa levantar questões, seja com análises teóricas, das entrevistas ou materiais legislativos ou documentais que sistematizam materiais e que apresentam formas de opressão, entendendo a construção das mesmas como dispositivos de criação da identidade nacional e de uma sociedade que marginaliza certas sujeitas e sujeitos. É possível perceber tal demarcação a partir de várias ferramentas, sejam elas instituições, legislações ou reproduções engendradas na cultura hegemônica da sociedade, partindo de uma conexão entre o sistema capitalista patriarcal, homofóbica e racista. A partir dessa construção histórica, exemplificando especificamente com o projeto de “cura gay” e na violência LGBTfóbica, institucional ou não. É também a intenção da pesquisa o esforço de pensarmos as opressões não de forma isolada, mas como todas elas se inter-relacionam por meio de uma análise interseccional:

“Uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras” (CRENSHAW, Kimberlé. 2002; p177)

Entendendo que desde a colonização do Brasil as violências acometidas então marcam estruturalmente a formação do país, sendo impossível fazermos qualquer análise sem levar em consideração tal legado escravista. Tal modo de produção foi a base para a consolidação da nação brasileira, mas não só, foi sustentado por meio de muita violência, seja infringida às pessoas escravizadas que foram sequestradas no continente africano, quanto de indígenas, para o enraizamento de uma divisão sexual, social e racial do trabalho que ainda pautam as relações de poder. Com a abolição da

escravatura (1888), as pessoas negras não foram realmente inseridas social e economicamente na sociedade, nem o início do voto feminino (1934) significou que as mulheres fossem incorporadas economicamente e de forma realmente democrática a partir do reconhecimento de sua diversidade.

A pesquisa inicialmente tinha o intento de ser presencial, por meio de uma etnografia “multilocal” (MARCUS, 2001), contando também com aproximação e entrevistas com usuárias e usuários do Centro de Referência em Saúde Mental. Contudo, devido à pandemia de SARS-Covid que se espalhou globalmente em 2020, o campo teve que ser reformulado inteiramente para o formato remoto e o método de escolha das pessoas entrevistadas, que seriam percebidas de acordo com o funcionamento e abrangência da dinâmica do Centro, tiveram que ser decididas previamente, seja pela necessidade do processo de submissão da Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa, ou mesmo a fim de criar critérios iniciais para a realização das entrevistas.

Uma informação importante no que tange a minha escolha metodológica é em relação ao recorte trabalhado de forma principal na pesquisa. Propus-me inicialmente a estudar a forma como a população LGB (Lésbicas, gays e bissexuais) é e foi entendida, por entender que historicamente esse público tem raízes comuns ou pelo menos mais próxima, relacionadas à sexualidade. Não adentrei em outras cearas que perpassam a questão trans e travesti por exemplo, entendendo que a patologização e despatologização dessas sujeitas e sujeitos percorrem outros caminhos e questões tão complexas quanto<sup>2</sup>. Contudo, nas entrevistas, mesmo tendo demarcado o conteúdo específico no recorte da sexualidade do público LGB, as pessoas entrevistadas citavam casos também de pessoas trans, o que não foi advertido para não interromper o fluxo das entrevistas. Portanto, em alguns momentos irei utilizar a

---

<sup>2</sup> Como fica nítido no trabalho de FREIRE (2018) na sua análise de um caso específico e como é dada a complexidade da relação da política pública e da relação com a questão travesti e trans.

sigla LGB pelo recorte específico da sexualidade, e em outros momentos utilizo LGBT, englobando as pessoas incluídas nas entrevistas pelas interlocutoras.<sup>3</sup>

A dissertação está dividida em três partes além da introdução; em todas elas, tive a preocupação de não incorrer em divisões hierárquicas entre capítulos teóricos e capítulos partindo do campo, incorporando as entrevistas desde o início do trabalho, colocando a colaboração das pessoas que entrevistei como referenciais articulados à discussão e à análise. O primeiro capítulo parte do histórico da formulação da reforma psiquiátrica no Brasil, da fundação e regulamentação dos CAPS e do CERSAM e da ruptura com a lógica manicomial, assim como a relação de profissionais em saúde mental com essas mudanças no modelo de se entender a saúde mental no Brasil. Nesse capítulo também apresento a prática da abordagem centrada na pessoa e o método utilizado nos CERSAMs com a lógica de tais profissionais de saúde.

O segundo capítulo parte do histórico de patologização de pessoas não heterossexuais no Brasil pelo olhar do papel da psiquiatria e da psicologia principalmente; o papel da medicina e da ciência; os mecanismos de patologização; as formas através das quais os processos de “cura gay” e outras investidas conservadoras ainda ocorrem mesmo após a despatologização em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ainda há uma disputa sobre a marginalização dessas pessoas, com a chancela e relação dessas instâncias e ferramentas de poder.

O terceiro capítulo parte da vivência e formação de profissionais em saúde mental do CERSAM, assim como a incorporação da política pública, fazendo uma análise não só da política pública e das diretrizes, mas da prática de profissionais do CERSAM – Pampulha.

Com a análise proveniente no conteúdo desses três capítulos tenho a intenção de fazer a análise das políticas públicas e entender a forma como a saúde pública

---

<sup>3</sup> Irei ao construir como recurso linguístico a não demarcação de gênero nas frases, mas quando não for possível e não ficar muito repetitivo, irei preferir pela palavra em feminino, por questões políticas.

entende a saúde mental, a loucura e a sexualidade das pessoas atendidas no âmbito do SUS, mas também a relação dessas práticas com a sociedade.

Além dos capítulos, segue abaixo, para melhor elucidar os caminhos que foram percorridos, um ponto específico sobre a metodologia e os intercursos causados pela pandemia de COVID-19, assim como o contato com o campo, as potencialidades e as especificidades de uma etnografia digital. Farei também um outro ponto sobre as questões éticas e a trajetória para aprovação da pesquisa, assim como a importância de debatermos o Sistema CEP-CONEP nas pesquisas em Ciências Humanas

#### ESCOLHAS E PERCURSOS METODOLÓGICOS

Realizar uma etnografia durante uma pandemia teve percalços para além dos metodológicos. A constante insegurança, número de mortes em todo mundo e a situação potencializada no Brasil por razão do governo brasileiro no período da pandemia, foi de grande impacto na vida de todas as pessoas. Todas as disciplinas obrigatórias durante o mestrado foram feitas de forma remota, sem oportunidade de compartilhar a pesquisa e angústias com colegas em momentos fora da “sala de aula” virtual. A falta de contato próximo e a eterna tentativa de organizar a rotina de forma remota, com inseguranças financeiras e acadêmicas aumentaram a ansiedade e dificuldade de produtividade ao que pede os módulos tradicionais. Todos esses elementos impactaram também na metodologia e na forma que se perpassou a entrada no campo e as mudanças a partir do mesmo, com diversas adaptações da vida pessoal e também metodológicas.

A pesquisa teve como fio condutor, a princípio, a etnografia multisituada (MARCUS, 2001). Tal metodologia tem como proposta uma etnografia que visa estudar o sistema seguindo os objetos de investigação, não se limitando apenas a um local. Segundo o autor, tal metodologia pretende “seguir o fio condutor dos processos culturais<sup>4</sup>” (MARCUS, 2001, pg. 112). Tal perspectiva nos amplia a possibilidade de ir além da etnografia clássica, utilizando outras ferramentas que apontarem no campo.

A perspectiva metodológica adotada anteriormente, não é divergente com as mudanças necessárias no que tange a pandemia e a mudança da etnografia para o

---

<sup>4</sup> Tradução livre

modelo digital. Christine Hine (2021), além de corroborar com a etnografia multissituada, parte de pressupostos construídos por George Marcus para retomar pressupostos de uma etnografia holística, que entende abordagens etnográficas como escalas locais de questões mais amplas. Essa visão abordada nos elucida no que tange ampliar as metodologias e leituras do campo:

Ao recusar decidir de antemão o que será mais interessante de explorar no cenário, o etnógrafo permanece aberto a novas descobertas sobre as maneiras únicas a partir das quais um modo de vida particular pode se organizar e à perspectiva de que as atividades podem fazer sentido de maneiras surpreendentes. (HINE, 2021. Pg 8)

A autora faz a avaliação de que a leitura predominante era de que o ciberespaço era totalmente separado da “vida real”, como se a internet fosse uma estrutura frívola separada da nossa vida cotidiana. Propondo assim uma “abordagem incorporada da etnografia da internet”. Segundo ela

De acordo com essa perspectiva, ao invés de ser um agente externo que impacta na sociedade, uma tecnologia pode ser interpretada como um componente de circunstâncias culturais dinâmicas, as quais dão significado e identidade para a tecnologia (HINE, 2021, pg 19)

Hine ainda discorre que os desafios criados por essa metodologia não seriam simples, que os desafios metodológicos não são de todo previsíveis, então “As soluções precisas vão depender de circunstâncias individuais e das aspirações específicas do estudo etnográfico em questão.” (HINE, 2021, pg 23).

É necessário então romper com o maniqueísmo que separa a Internet da chamada “vida real”, as relações que se dão nesse espaço também são corporificadas e as pessoas que estão nesse espaço tem para além daquele ambiente uma vida e uma construção social que perpassa, classe, raça/etnia, entre outras questões, também sendo reverberadas nesse mesmo. Além de que a própria proposta da etnografia em si é desafiadora, ainda de acordo com Hine, a etnografia é em si adaptiva e não existe uma receita ou metodologia pronta para a etnografia online, assim como não existe para a etnografia longe das redes.

De acordo com a discussão levantada, é possível entender a etnografia digital como uma ferramenta ainda em debate e partindo da proposta da etnografia multissituada, mais um âmbito importante para a percepção do campo e das questões necessárias para um trabalho de qualidade. Parto então do entendimento que é preciso delinear e levantar as especificidades da pesquisa por ter sido toda de forma

remota, sempre levando em consideração as potencialidades e as debilidades que são construídas para a construção de uma boa etnografia.

Nesse contexto, os dados e materiais acessados na dissertação vieram basicamente de três fontes: bibliografia referente à temática, envolvendo os CAPS, a política pública de saúde e a reforma psiquiátrica em geral; informações provenientes das entrevistas que me foram concebidas no processo da pesquisa; documentos que acessei via Lei de Acesso à informação, sites e materiais do município e contato direto com a Portaria de Transparência e Secretaria de Saúde de Belo Horizonte.

#### OUTRAS EXPLANAÇÕES METODOLÓGICAS RELACIONADOS AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

. Enquanto o projeto tramitava via Plataforma Brasil<sup>5</sup>, a gerência do Centro me convidou a apresentar o projeto, com a ressalva que poderia ser modificado, pois ainda estava em tramitação no Comitê de Ética, para que tivesse um primeiro contato com tais profissionais e tivesse melhores critérios para escolher quem seriam as pessoas entrevistadas. A reunião foi online, e entrei na sala após a discussão de questões internas da equipe. Apresentei o projeto e senti uma simpatia de forma geral. Tal reunião contava com profissionais de nível superior do Centro, onde fizeram mais algumas perguntas e demonstraram interesse na temática, assim como interesse de contribuir com a pesquisa, inclusive em relação a um retorno esperado do resultado da mesma.

Depois desse contato inicial e aprovação da pesquisa, com a ajuda do gerente do Centro, foi possível delimitar melhor a metodologia e o perfil das pessoas que seriam entrevistadas, utilizando do conhecimento da administração de acordo com o funcionamento do Centro e as necessidades da pesquisa. Ocorreram algumas modificações no que concerne o público no qual seria entrevistado em diálogo com a gerência do centro, onde o foco inicial seria apenas em profissionais de psicologia e

---

<sup>5</sup> A pesquisa consta com o termo de anuência e coautoria da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Parecer Consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, CAAE: 41842621.1.0000.5149 e no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, CAAE: 41842621.1.3001.5140.

psiquiatria. Houve uma abrangência maior no quadro de funcionárias e funcionários, entendendo inclusive os pilares metodológicos e as ferramentas específicas do próprio CERSAM, perpassando a política de funcionamento e a proposta em não centralizar o atendimento em certos profissionais<sup>6</sup>.

Entrevistei um total de 10 pessoas do quadro funcional do CERSAM, dentre elas, profissionais do administrativo, assistência social, psicologia, psiquiatria, ensino técnico em enfermagem, enfermagem e terapia ocupacional. Não irei especificar qual a área de cada pessoa entrevistada nas citações a fim de garantir o sigilo<sup>7</sup> de cada uma das pessoas que aceitaram participar da pesquisa. A área profissional com a qual tive maior dificuldade de contato inicial foi a de psiquiatria, seja por falta de resposta inicial ou no momento da marcação da entrevista para participar da pesquisa, o que pode ser um fator de possível aprofundamento em outros trabalhos ou da pesquisa como um todo. Além do quadro funcional do CERSAM – Pampulha, entrevistei uma pessoa da Gerência da Rede de Saúde Mental – GRSAM, pois durante a pesquisa foi entendido que seria importante, de acordo com os documentos e algumas discussões levantadas durante a pesquisa. Todas as entrevistas semiestruturadas<sup>8</sup> foram feitas de acordo com transcritas e analisadas à luz da bibliografia e do aprofundamento do campo, também foi apresentado e enviado para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>9</sup>

#### ALGUNS CAMINHOS PELA ÉTICA EM PESQUISA: UMA BREVE REFLEXÃO A PARTIR DA ANTROPOLOGIA NA UFMG

Nesse ponto do texto, gostaria de, a partir da minha experiência em relação aos trâmites da pesquisa no que tange o acesso ao campo e o comitê de ética, avaliar a trajetória, deixar questões e apontamentos, perpassando tanto as complexidades

---

<sup>6</sup> Sobre o funcionamento do CERSAM – Pampulha, irei abordar melhor no Capítulo 1

<sup>7</sup> Tomei como opção, que para além do sigilo, substituir os nomes das entrevistadas por funcionárias ou pessoas que foram pacientes do Hospital Colônia de Barbacena, para rememorar a história dessas pessoas, utilizei como fonte o livro aqui já citado “Holocausto Brasileiro”. A lista com os nomes e quem foram tais pessoas está no Anexo 4

<sup>8</sup> Roteiro em Anexo (I)

<sup>9</sup> Em anexo (II)

da pesquisa Antropológica, quanto os trâmites burocráticos e questões relacionadas à Ética em Pesquisa e necessidades institucionais da pesquisa.

A primeira versão do projeto de pesquisa foi feita ainda antes da pandemia de COVID-19<sup>10</sup>, as quais foi preciso fazer reformulações metodológicas e também em relação aos objetivos da pesquisa. Enquanto ainda estava readequando o projeto, entrei em contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, onde em 2 de setembro de 2020 me foi informado que seria necessário um Termo de Anuência Institucional (TAI) da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (SMSA - BH) para o início do contato com o campo da pesquisa. Após cadastro da documentação necessário e avaliação da Assessoria de Educação em Saúde – (ASEDS), o referido termo foi aprovado e enviado no dia 5 de outubro de 2020, a posse do mesmo inclusive coloca a Secretaria Municipal de Saúde como coparticipante da pesquisa e me dá autorização para submeter a pesquisa à Plataforma Brasil e ao sistema CEP/CONEP.

Foi a partir daí que foi possível iniciar o cadastro na Plataforma Brasil, processo que já se iniciou com certa dificuldade por algumas questões, primeiro, o sistema vinculado a UFMG julga obrigatório a pesquisa ser vinculada diretamente a uma Professora da universidade, assim, a pesquisa fica vinculada diretamente à Professora e a pesquisadora da pós-graduação tem acesso ao sistema como “membra da equipe”, sem autonomia nos trâmites do fluxo burocrático da pesquisa. A segunda questão é vinculada ao que eu entendia como um certo desconhecimento da questão pelas colegas da Antropologia, mas que descobri ser uma questão mais complexa<sup>11</sup> não só na UFMG, mas no campo como um todo. Já a terceira dificuldade se deu pela adaptação do calendário e das metodologias ao remoto, devido a pandemia de COVID-19.

A primeira submissão do projeto à Plataforma Brasil para apreciação do CEP UFMG com a documentação completa foi no dia 07/01/2021, após os trâmites internos o Parecer Consubstanciado<sup>12</sup> foi liberado no dia 04/03/2021, quase dois meses depois. No final do mesmo mês, no dia 30/03/2021, foi feita a segunda submissão do

---

<sup>10</sup> Irei tratar melhor dos impactos da pandemia na pesquisa no próximo ponto deste mesmo tópico.

<sup>11</sup> Irei explicitar melhor a questão mais à frente.

<sup>12</sup> Não irei me ater a análise de cada parecer e questionamento, por tempo e necessidade de aprofundamento na análise, apenas uma avaliação geral.



projeto à Plataforma Brasil, o parecer relacionado a essa versão do projeto foi liberado na plataforma no dia 11/05/2021, após algumas correções a terceira versão foi enviada no dia 12/05/22, o qual foi aprovado de forma definitiva no CEP – UFMG via parecer no dia 21/05/2021, levando aproximadamente 4 meses e meio no total.

Nesse momento já havia entrado em contato inicial com o campo, pois necessitei de dados específicos do mesmo para reestruturar o projeto, de acordo com as exigências do CEP-UFMG, então a orientadora e responsável pelo cadastro na Plataforma Brasil do referido projeto recebeu um email da Plataforma Brasil com a informação de que o projeto deveria ser consultado na Plataforma para possíveis pendências. Sem entender exatamente quais pendências e não encontrando nada na Plataforma, entrei em contato no dia 19/07/2021 com o suporte online da própria plataforma, onde a atendente me disse para “desconsiderar o email”, pois meu parecer estava aprovado.

Ainda no dia 19/07/2021 a Professora e orientadora responsável pelo projeto recebeu um email da plataforma dizendo que existia um parecer pendente na plataforma, que caso não fosse respondido em um prazo de 30 dias iria expirar. Foi então depois de várias ligações e acessos a Plataforma Brasil que descobrimos que após a aprovação do CEP – UFMG foi criado diretamente um novo registro na Plataforma para aprovação da Secretaria Municipal de Saúde –BH. Esse fluxo não foi elucidado em nenhum momento na pesquisa, no campo das resoluções disponíveis no site do CEP-UFMG <sup>13</sup> existe um documento que teoricamente explicita o fluxo de projetos com instituições coparticipantes<sup>14</sup>, mas o mesmo está inacessível.

Após ter acesso ao Parecer Consubstanciado do CEP da SMSA – BH, o mesmo foi respondido no dia 29/07/2021 e o Parecer Consubstanciado de aprovação liberado no dia 09/08/2021. Após a aprovação do parecer, foi recebido um email do Núcleo de Pesquisa da SAMSА-PBH, o qual após o preenchimento do “Termo de responsabilidade para acesso e uso de informação pessoal dos sistemas nacionais e/ou municipais de informações do SUS” a pesquisa teve a última aprovação e encaminhamento oficial para o Centro de Referência no dia 13/08/2021, um processo

---

<sup>13</sup> Disponível em: <https://www.ufmg.br/bioetica/coep/resolucoes/> Acesso em 19/11/2022.

<sup>14</sup> Disponível em: <https://drive.google.com/open?id=0By2eHQY08crKenVkazdxcWR3aVk> O acesso não foi possível na época de elaboração do projeto e continua inacessível. Acessado em: 20/11/2022

total de mais de 7 meses para a aprovação da pesquisa de forma oficial. A partir dos trâmites explanados até aqui, é possível e necessário que façamos algumas avaliações no que parte da concepção da ética em pesquisa e do sistema CEP/CONEP no Brasil e da necessidade de organização e gestão desses fluxos no que tange a viabilização das pesquisas.

O debate da Ética em Pesquisa no mundo e também no Brasil se torna uma grande preocupação principalmente após a II Guerra Mundial e a preocupação com as experiências provenientes do nazismo (DUARTE, 2015). No Brasil, o sistema se inicia em 1996, quando o Ministério da Saúde inaugura o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), no mesmo ano foi regulamentada via resolução 196/96 e então foram se criando Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) locais. Nesse âmbito vários debates foram feitos a fim de contribuir principalmente para a proteção das populações pesquisadas, no entanto, Duarte (2015) faz uma análise de que na sua gênese e da mesma forma ainda de recorrente no Brasil, existe um imperialismo bioético no que tange a ética e a regulamentação da pesquisa no país, inclusas as Ciências Humanas e Sociais (CHS), segundo ele, faz o intento de trazer:

a denúncia do etnocentrismo intercultural na direção do etnocentrismo interdisciplinar: as CHS são tratadas como áreas de colonização, onde qualquer resistência à nova ordem bioética parece dar apenas testemunho de uma suposta ignorância e inconsciência – ou seja, um ‘imperialismo bioético’. (DUARTE, 2015, p42).

De acordo com o autor, o debate precisou de muita pressão para que fossem acarretados avanços na escrita das resoluções e a forma com que o debate perpassa também os comitês de ética, mas ainda assim com uma hegemonia da forma bioética.

Os pareceres consubstanciados gerados pelo CEP-UFMG tiveram grande teor de questões a preocupações com a proteção das pessoas<sup>15</sup> envolvidas no campo, principalmente no que tange usuárias e usuários do serviço e questões relacionadas às medidas de prevenção relacionadas à COVID-19. Outros pontos levantados foram relacionados a mudanças importantes na pesquisa que foram necessárias por motivo

---

<sup>15</sup> Concordando com a pesquisa de Ruy Harayama (2014), que diz que é uma questão importante, que centraliza o debate do CEP em que o mesmo realizou a pesquisa e fomenta a visão da participação social.

da pandemia de COVID-19, inclusive o intento inicial era também entrevistar usuárias e usuários, o que na atual conjuntura e questionamentos do parecer do CEP-UFMG, a metodologia foi readequada para possibilitar a execução da pesquisa. Concordamos que é legítimo e importante o processo e os pontos avaliados no fluxo de aprovação da pesquisa se faz de acordo com alguns pontos que entendemos que podem haver avanços.

O projeto teve no total de 3 versões no CEP-UFMG até a sua aprovação; nesse período, alguns pontos levantaram questionamentos que serão colocados a fim de aprofundar o debate em outro momento e também para servir de questionamento e avanços para pesquisas futuras. A primeira questão é relacionada à falta de linearidade nas decisões e aprovações de uma versão para outra, por exemplo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aprovado em uma das versões anteriores e depois, sem alterações reprovado, ou então a cobrança do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) foi solicitado em momentos posteriores e não anteriores.

A segunda questão é referente a cobranças específicas que são incongruentes com a pesquisa em Antropologia que foram solicitadas. Após muitos questionamentos, foram criadas resoluções e documentos que amparam tais pesquisas entendendo a divergência das mesmas do padrão bioético solicitado no cerne do sistema CONEP. Como reforça Duarte (2015), a pesquisa em Ciências Humanas nem sempre tem os resultados esperados ou a metodologia desenhada antes do contato com o campo, o que faz com que a metodologia etnográfica seja pontualmente complexa nesse quesito.

Além da concepção epistemológica e metodológica levantada por Luiz Fernando Duarte, é possível citar como exemplo uma incongruência levantada pelo CEP-UFMG, que além de divergir de tal leitura, está contemplada em legislação referente a tais pesquisas. Em Carta Circular de 2017 do Ministério da Saúde <sup>16</sup> é possível que seja delimitado como “0 (zero)” campos relacionados à amostra, grupos

---

<sup>16</sup> Carta Circular no 110-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS, que rege sobre “o preenchimento da Plataforma Brasil (versão atual) em pesquisas com metodologias próprias das áreas de Ciências Humanas e Sociais – carta elaborada pela Instância CHS/CONEP em 26/10/2017.” A carta está disponível no próprio site do CEP-UFMG, no link: <https://www.ufmg.br/bioetica/coep/resolucoes/> Acesso em: 20/11/2022

participantes, etc. Tais questões como já citadas e relacionadas à metodologia etnográfica proposta para a pesquisa, no Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP-UFMG essa regra não foi aplicada, sendo cobrado da pesquisa informações nesse âmbito mais de uma vez, com receio de que o processo fosse ainda mais moroso decidimos por não questionar o Parecer na Carta de Resposta e preencher com números que não foram coerentes com a realidade da pesquisa, com a intenção de reportar tal mudança no relatório no final da pesquisa.

Como já foi ditado, a intenção aqui é contribuir com apontamentos e possibilidades de aprofundar em outros momentos em tais questões, então com o que foi construído, algumas questões podem tentar contribuir com avanços, entre elas: a) a morosidade do processo b) a nitidez do fluxo de informações c) as especificidades das ciências humanas na pesquisa. O ponto a) é importante no que tange a execução da pesquisa e a possibilidade de apropriação do campo e dos dados, assim como o fomento de pesquisas com qualidade e que contribuam com o campo de forma ampla, o tempo possível para a pesquisa é um fator importante a ser considerado nas prioridades das avaliações, por exemplo, o período regular do mestrado e 24 meses<sup>17</sup>, mais de 7 meses de trâmites no Sistema CEP-CONEP praticamente inviabilizariam uma pesquisa nesse âmbito.

O ponto b) também é relacionado com o ponto anterior, no que tange a celeridade do processo, mas também sobre a convergência de informações e o planejamento da pesquisadora (a) no âmbito geral da pesquisa, fazendo com que fique nítido o fluxo tanto para todas as partes envolvidas na pesquisa. Já o ponto c) é o mais complexo e o que já existe um histórico e formulações sobre o mesmo no âmbito das ciências humanas e principalmente da Antropologia, da necessidade de rompimento com o imperialismo bioético no papel e na prática do Sistema CEP/CONEP. A falta de que tais parâmetros sejam contemplados na pesquisa em Ciências Humanas pode ocorrer em impactos importantes nessa pesquisa, como a falta de incorporação de pesquisadoras das CHS nesses espaços para disputar o mesmo, como escolha estratégia “buscar a adequação do sistema às particularidades das ciências humanas e sociais” (RODEGHERO, 2022, P.484)

---

<sup>17</sup> Minha pesquisa foi contemplada pela prorrogação de tempo de acordo com o Ministério da Educação pelo período da pandemia de COVID-19 e o impacto que atingiu todas as pesquisas.

Como ficou nítido, na UFMG não se tem a cultura de inserção nesse espaço, o que não foi percebida uma retirada organizada, como também se configura uma tática que, de acordo com Duarte (2015) já foi utilizada em outros momentos em alguns fóruns e debates para a formulações das resoluções que relacionadas ao Sistema CEP/CONEP. Em algumas universidades<sup>18</sup> se optou por criar ferramentas específicas das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, como Fleischer (2018) advoga a favor a partir da sua experiência na UNB.

Independente da estratégia adotada, acredito que seja importante a preocupação da Antropologia e das Ciências Humanas como um todo na discussão da Ética em Pesquisa no Brasil, entendo que a leitura de Luiz Dias Duarte continua atual, mesmo que alguns anos depois:

Ao lado da luta política, é essencial que toda a comunidade das CHS tome mais consciência dos desafios que se encontram em jogo neste momento. Como a colocação em prática da regulamentação corrente da Conep começa a se generalizar – com a adesão crescente das agências de fomento, das revistas científicas e das universidades e centros de pesquisa –, será difícil continuar a agir de maneira independente do sistema; como temos majoritariamente feito nos últimos anos. As associações científicas e os órgãos profissionais já parecem estar bem sensibilizados na direção de uma vigilância e resistência ativas, mas não o grosso de seus filiados. Essa conscientização dos riscos e desafios só poderá crescer realmente se nos dispusermos não apenas a defender pragmaticamente nossos interesses científicos, nossas propostas acadêmicas e nossos princípios humanitários, mas também a refletir sistematicamente sobre as condições em que essa contenda se armou. A bioética cresce institucionalmente em todo o mundo e em todo o país. É preciso conhecê-la, pesquisando a fundo seu ideário e suas formas de reprodução institucional. Já estudávamos e conhecíamos razoavelmente as condições históricas, ideológicas, sociológicas, da constituição e desenvolvimento da biomedicina. Teremos que fazê-lo agora também em relação ao seu mais novo e ambicioso rebento. (DUARTE, 2015, p50)

Tal preocupação é contínua e os debates do que tange as novas regulamentações continuam efervescentes, Associações e organizações, inclusa a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) via seu comitê de ética e outras entidades tem feito debates, articulações e formulação de pareceres com a preocupação sobre PL7082/2017<sup>19</sup>, segundo a parecer da Associação, é preciso se

---

<sup>18</sup> Segundo levantamento, hoje existem CEP direcionados para pesquisas em CHS na UNB, UFF, Unicamp, UFRJ, USP e UFMT.

<sup>19</sup> O PL “Dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos.” Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2125189>  
Acesso em: 20/11/2022

atentar para o Projeto, principalmente no 73º capítulo, “uma vez que tenta homogeneizar as metodologias, práticas consideradas científicas e éticas a partir do padrão das pesquisas clínicas em seres humanos.”<sup>20</sup>Tais constantes imbróglis deixam nítida a necessidade do nosso campo, principalmente as pesquisas no âmbito dos Estudos Sociais da Ciência e das pesquisas em saúde de colocarmos a Ética em Pesquisa na pauta do dia.

---

<sup>20</sup> Nota disponível em <https://www.portal.abant.org.br/2022/05/18/nota-da-aba-sobre-o-projeto-de-lei-7082-2017/> Acesso em: 20/11/2022

## **CAPÍTULO 1 - DO MANICÔMIO AO CENTRO DE REFERÊNCIA: A URGÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

“Para onde ia, no levar as mulheres, era pra um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longe. (...) Sorôco tinha tido muita paciência. Sendo que não ia sentir falta dessas transtornadas pobrezinhas, era até um alívio. Isso não tinha cura, elas não iam voltar, nunca mais.”

Trecho de Sorôco, sua mãe, sua filha

João Guimarães Rosa

O “trem de doido” e o Hospital Colônia de Barbacena estão presentes no imaginário de toda a população brasileira, mas principalmente das pessoas de Minas gerais, seja na figura de poemas, histórias, documentários, livros ou, às vezes, de forma mais próxima, com casos de familiares ou pessoas conhecidas que foram vítimas das atrocidades cometidas no tal hospital ou a quem embarcava no trem com destino à Barbacena e simplesmente desaparecia para o resto da vida. Guimarães Rosa, autor citado na epígrafe acima, estava intimamente ligado à questão. No poema trata da angústia, mas também do alívio de Sorôco ao ver seus familiares partirem no “trem da solidão coletiva”. Guimarães morou em Barbacena, demonstrando conhecer de fato o que acontecia no citado hospital. O poema e a história da cidade renderam também um diálogo com Lô Borges, na música “Trem de doido”, onde haveria uma realidade infestada de ratos de acordo com um conceito de sanidade inventados.

Mas a loucura e o veículo que levava as pessoas à sede do “Holocausto brasileiro” não aparece apenas em forma de poesia e música. Minha família é da cidade de São João Del Rei - MG, localizada a cerca de 60kms da sede do Hospital Colônia. Minha mãe conta que, quando criança, lembra que dois tios dela eventualmente passavam temporadas em Barbacena: um quando tinha crises do que ela acha que poderia ser epilepsia, o outro por sofrer de alcoolismo, mas também conta que o primeiro principalmente nunca mais “ficou normal” e depois de um tempo acabou morrendo em uma crise. Esse passado fica na memória sem mesmo entender o que acontecia naqueles tempos, mas parte daí a importância de que ele seja documentado, estudado e continuamente lembrado, para que as pessoas saibam o que aconteceu e que nunca mais aconteça.

Início esse capítulo com o intento de que no primeiro ponto consiga percorrer pela história do Hospital Colônia de Barbacena e outras ferramentas da política pré-reforma psiquiátrica de lidar com a “loucura”, mas não só, também analisar como tais ferramentas e a estigmatização da loucura e de outros desvios perante a sociedade são construídos e representados em tais aparelhos de encarceramento, fazendo uma análise a partir do que pensa a equipe do Centro de Referência em Saúde Mental, principal *lócus* do meu campo. No segundo ponto, faço breve resgate sobre os avanços da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, assim como os debates que foram levantados na reforma que orientam grande parte do que é entendido como Saúde Mental e Atenção Psicossocial na rede pública de saúde no Brasil desde os anos 80. No último ponto, irei apresentar melhor o local onde realizei o campo, as questões que foram levantadas no contato com o mesmo, assim como a metodologia que utilizei para tentar reunir o máximo de informações e debates no âmbito da pesquisa, além de aprofundar em uma análise das entrevistas na metodologia de trabalho relacionada à equipe.

## 1.1 – O HOLOCAUSTO EM NOME DA CURA

“Guiada por um funcionário, viu-se obrigada a entrar. Tentou evitar pisar naqueles seres desfigurados, mas eram tantos que não havia como desviar. Só teve tempo de pensar que o mundo havia acabado e não tinha sido avisada”

(ARBEX, D. 2019. P. 23)

É impossível passar pelo debate da Reforma Psiquiátrica sem constar a importância de profissionais da saúde em geral, assim como o processo de fundação e defesa do SUS. Mesmo tendo sido promulgado em 1990, baseado na constituição de 1988, a estruturação do SUS é fruto de muita luta e resistência, sendo base central para a permeabilidade da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, é importante reiterar a importância do SUS para os avanços que aconteceram na Luta Antimanicomial e no debate da saúde mental no Brasil, como me foi dito em uma entrevista:

“houve um momento que favoreceu, porque a reforma psiquiátrica ela acontece junto da reforma sanitária, então não tem como a gente separar SUS de reforma psiquiátrica né, porque foi tudo naquele contexto né, onde



as coisas também começam a acontecer e se fortalecer.” (Entrevista com Sônia, realizada em 18/08/2021)

Ainda nessa construção, estavam inseridas profissionais de saúde mental, como o próprio Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que tiveram participação fundamental em todo o processo de disputa da sociedade em relação aos manicômios. A epígrafe acima é parte do relato de uma das trabalhadoras do Hospital Colônia de Barbacena em seu primeiro dia de trabalho, mas o Colônia esse não era o único lugar onde havia pessoas que defendiam tais formas de se entender a loucura, era proveniente de uma estrutura mais complexa, onde a loucura e quem era considerado louco quase se afasta do entendimento de humanidade.

As tentativas de compreender e caracterizar o que é loucura pode ser observada em diferentes épocas e contextos históricos. Embora as múltiplas experiências de ser, estar e se relacionar com o mundo se apresentem em intensa diversidade, há historicamente um conjunto de padrões e normas instituídas, de forma que desviar-se dessa norma implicou em percepções e representações diferentes em cada época.

A ideia do louco enquanto um sujeito doente, concepção que, embora controversa, vigora nos dias atuais, é fruto do pensamento científico moderno que se estrutura e se consolida nos séculos XVIII e XIX. Há nas sociedades ocidentais uma tentativa exaustiva de definir as formas diferentes de ser e se relacionar com o mundo, enquanto patologias de base orgânica, mas nem sempre foi assim. Segundo Pessotti (1994), havia, nos primeiros séculos depois de cristo, outras formas de compreender tais experiências.

O autor destaca, por exemplo, a percepção da experiência “não normal” como uma intervenção transcendente, onde o sujeito estaria conectado com seres de outro nível de existência. Houve também nestes períodos, o entendimento de que a loucura respondia a intensos conflitos e desequilíbrios internos aos sujeitos. Na era medieval, intensificam-se as percepções transcendentais, tanto divinas, quanto demoníacas. Os ditos loucos assim, ocupavam na sociedade, a representação dúbia de admiração e medo. Na modernidade, essas concepções começam a ser cada vez mais sobrepostas pelas ideias científicas. No âmbito da Antropologia, Margareth Mead (1901-1978), no seu trabalho clássico “Sexo e temperamento”, propõe uma ruptura

com a hierarquização das classificações e determinações que perpassam também o cunho social, deixando nítido que existem expectativas e comportamentos variados entre diversos povos no mundo, pois a forma com que cada povo constrói a “tessitura” dessas questões e necessidades é diferente. No entanto, segundo Mead, cada cultura tem sua forma de identificar quem é “inadaptado” para seus padrões.

Partindo dessa chave, deslocando para a não hierarquização e patologização da loucura, a antropóloga cita exemplos de diferentes comportamentos influenciados pela esfera social e que tem diferentes leituras em outras sociedades, como exemplos de povos da Sibéria, que “elevaram o indivíduo de instabilidade nervosa à dignidade de xamã”, e completa “Parece-nos bastante claro um caso extremo como esse, onde todo um povo se curva ante a palavra de um indivíduo que nós classificaríamos de insano” (MEAD, M. 2006). A autora rompe não só com o método antropológico evolucionista, mas com a ideia estigmatizante de diagnósticos que perpassam questões sociais, como a loucura, que segundo ela “caso se tornasse importuno, encerraríamos numa prisão” (MEAD, M. 2006).

Mesmo existindo relatos de formas distintas de entender a loucura e a construção social da mesma na sociedade, é possível estruturar a forma como ela foi construída no Brasil. A partir da colonização portuguesa no país, vários acúmulos e construções morais e religiosas foram transportadas também para o país, visões que partem de imaginário distinto das populações que aqui já residiam e impelidas de forma violenta, seja via Governo colonial, depois regulamentado pelo Código Imperial ou ferramentas provenientes da religião, como o período da Inquisição. É importante deixar nítido que, principalmente nesse momento, até o século XIX, tais esferas de poder da sociedade não eram dissociadas. A moral religiosa era o principal regulador social na sociedade, fazendo com que fosse quase impossível distinguir as leis dos homens e a lei do Deus cristão. A figura do indígena bom selvagem a ser salvo, o negro escravizado como sujeito sem alma, o sodomita como degenerado e pecador, por exemplo, eram figuras construídas que serviram de pilar para a estruturação da sociedade no Brasil colônia e fomento de noções de papéis sociais que refletem até os dias de hoje.

Tais reflexões nos permitem visualizar que no Brasil, desde o período colonial, existe uma tentativa da ordem dominante de exercer um poder que perpassa o

jurídico-normativo, científico e de diversas áreas para tentar estabilizar uma realidade (MOL, A.; 2008), como por exemplo o projeto de “cura gay”, (que irei adentrar no 2º capítulo), o qual, mesmo não tendo sido aprovado, é utilizado como ferramenta de disputa de narrativas. Tais investidas elegem quem pode continuar ditando quem são os sujeitos aptos a gozar da cidadania e quem eram os representantes da desordem. Há neste sentido, uma dimensão estrutural que constrói no imaginário social, legal e científico, a partir da ideia de que alguns corpos são naturalmente inaptos à cidadania e naturalmente inclinados à violência, à barbárie, à desordem e, portanto, à criminalidade.

Cinthia Catoia (2018) destaca como este ordenamento aparece enquanto condição para o estabelecimento do poder do Estado. Neste sentido, a desumanização das pessoas pretas, em continuidade de um projeto colonial, vai se sustentar na aliança entre o direito e a medicina, com a criminologia brasileira, deslocando seu objeto de investigação enquanto sendo os delitos, para os sujeitos criminosos, transformando uma questão social complexa, em uma questão individual e moral. Um dos grandes percussores desse pensamento eugênico para o que iria se tornar o início da Antropologia no Brasil, foi Nina Rodrigues, irei perpassar mais a fundo o seu legado abaixo.

É possível perceber a partir dessa ideia, como a ausência da criminalização direta, o julgamento moral englobava as práticas e cultura relacionadas a homossexuais e pessoas negras por exemplo, seja via honra da família ou manifestações culturais diversas, assim produzem discursos e representações sobre toda e qualquer manifestação da população, tomando-as como ações de caráter primitivo e perigoso, adotando medidas como a criminalização da capoeira, por exemplo, e também do curandeirismo, com intenção de coibir manifestações religiosas de matriz africana. Catoia (2018)

Na Europa, a partir do Renascimento, é possível perceber mudanças no que tange à forma como a sociedade se regulava, além da moral religiosa no que se refere ao funcionamento da mesma. A caridade não era mais o princípio balizador, uma vez que “(a) Renascença despojou a miséria de sua positividade mística.” (FOUCAULT, 2019, p. 56). Parte-se, assim, a entender as mazelas sociais como punição e estorvo social, não como dignas de ajuda, assim como a loucura, vista como alienação direta

do trabalho dentro da ordem burguesa (FOUCAULT, 2019). Foi esse pensamento que embasou a criação de várias instituições voltadas para a internação destes indivíduos em toda a Europa, sendo mais interessante o isolamento dos mesmos. Segundo Foucault, tais instituições de internação utilizavam diversos critérios par internar tais pessoas, bruxaria, sodomia, loucura, histeria, o que acarretava uma identificação entre tais sujeitos, mas não necessariamente tinha papéis ou delimitações nítidas, homogeneizando essas pessoas nas instituições. É a partir do século XVIII que, proveniente principalmente da relação “médico-doente”, que começa se delimitar os limites e questões referentes à loucura a partir da lógica patológica (FOUCAULT, 2019).

Com os processos revolucionários e contexto propício para discussões efervescentes na Europa, houve uma mudança no paradigma religioso a partir do século XIX, onde a ciência passou a ser o principal pilar de fundamentação e de costumes da sociedade. Acontece uma ruptura com outras práticas, e a loucura passa a ter a condição de doença mental. O mesmo acontece a partir também do nascimento da psiquiatria, que passa a possuir a autoridade sobre a questão, definindo condutas e formas de lidar com a questão, entendendo-se então que:

“de um modo geral, que a história da loucura não pudesse servir, em caso algum, como justificativa e ciência auxiliar na patologia das doenças mentais. A loucura, do devir de sua realidade histórica, torna possível, em um dado momento, um conhecimento da alienação num estilo de positividade que a delimita como doença mental, mas não é este conhecimento que forma a verdade desta história, animando-a secretamente desde sua origem.”  
(FOUCAULT, 2019, p.119)

No que tange à formação da psiquiatria e a estruturação do saber médico no Brasil, foi a partir de grande influência europeia que as elites brasileiras se desafiam no intento de construir também esse processo no país, que teve como expoentes principais os médicos higienistas, logo depois os médicos-legistas e então os psiquiatras. Ideais de formulação do que seria o modelo de saúde, higiene e bons costumes voltados a um papel sociedade aos indivíduos, tais ideários importados da Europa tiveram como base o âmbito familiar, fazendo com que o Estado tivesse grande influência em tal constructo social e quais condutas deveriam ser seguidas. (CUETO; PALMER, 2016)

No bojo das regulamentações protagonizadas pelo saber científico do século XIX, as discussões sobre saúde pública, higiene e as funções do Estado diante dessas demandas no Brasil acontecem no mesmo período em que vigora uma forte concepção positivista, estando também em suas bases teóricas e conceituais. Segundo Marcus Cueto e Steven Palmer (2016), é preciso destacar a grande influência política dos médicos que naquele período construíam discursos sobre higiene nas faculdades de medicina<sup>21</sup>. Segundo os autores, embora com uma roupagem que se fazia como neutra e técnico-científica, esses discursos carregavam uma forte conotação moral, projetando nos indivíduos a responsabilidade pela pobreza e outras degenerações.

Ainda sobre o contexto brasileiro, onde a medicina se construía e se consolidava enquanto autoridade no campo da saúde pública e também enquanto pressuposto científico, Souza (2012) destaca que se tratava de um contexto em que o país contava com um enorme número de pessoas negras, mestiças e indígenas, maioria delas recém-saídas do sistema escravista. Essas pessoas foram completamente abandonadas pelo estado, sem qualquer política pública que os considerassem como cidadãos e lhes garantisse o mínimo de recursos para suas existências. A fome, a miséria, a violência, o analfabetismo, eram característicos desse período. Estes corpos se tornaram os alvos das elites que os responsabilizavam pelas mazelas sociais com as quais o país se via, reivindicando do estado ações baseadas na ideia de higiene social e racial.

Foram acionadas assim, ideias neolamarckistas para justificar que o vício em drogas, o alcoolismo, doenças mentais, promiscuidade sexual, pederastia, delinquência e ainda outras características que de certa forma desafiavam a “norma” instituída, pudessem ser transmitidas geneticamente aos descendentes (SOUZA, 2012). Essas ideias eugenistas vão se fazer presente no pensamento médico-científico brasileiro desde a virada do século e só vão perder força no pós-guerra. Esses pressupostos vão ser acionados como justificativa para proposições racistas, como a política de branqueamento da população brasileira e também como

---

<sup>21</sup>Para mais informações, procurar em: NASCIMENTO, T.H. “Entre a medicina e a branquitude: as políticas de ações afirmativas em um ambiente de formação médica em Belo Horizonte”. Tese (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2022.

justificativa para a patologização e o isolamento de pessoas tidas como perigosas e indesejáveis para a raça e dos costumes a serem construídos para o ideal de sociedade brasileira, seguindo o modelo Europeu.

Na consolidação dos métodos e a criação desses protótipos de cidadão padrão, uma referência muito utilizada no Brasil foi Cesare Lombroso, o mesmo foi referência para Edgas Moniz, Leonídio Ribeiro, Renato Kehl, entre outros, os mesmos realizaram estudos em mulheres, homossexuais e pessoas negras para comprovar alguma distinção biológica ou até mesmo inferioridade das mesmas de diversas formas. As ferramentas utilizadas para inferir tais diferenciações essencialistas eram empregues para imputar diagnósticos, criminalização e desvios sociais de tais grupos, seja por medições ou investigações endocrinológicas, seja pela hipótese da falta ou excesso de hormônios que tais pessoas poderiam ter, por análises de acordo com hipersexualização ou falta de libido, agressividade e histeria, passividade e feminilidade, entre outras.

Um dos diagnósticos utilizados para enquadrar as pessoas nas instituições voltadas à “doentes mentais” da época, também utilizado por influência de Cesare Lombroso, foi o do “louco moral”, cunhado pelo psiquiatra inglês Pritchard e utilizado por Lombroso, que já era referência no Brasil. O termo “guarda-chuva” começou a ser utilizado como diagnóstico para enquadrar pessoas desviantes socialmente e designadas a tratamentos provenientes de tais instituições. Dessa forma, as pessoas encarceradas nesses termos não teriam necessariamente uma pena ou um enquadramento criminal para cumprir, ficando a cargo de diagnósticos psiquiátricos principalmente. Um caso emblemático que aconteceu no país foi de Febrônio Índio do Brasil, com traços indígenas, acusado de assassinato, pederastia, entre outras questões, o mesmo nunca foi julgado pelos seus crimes e permaneceu recluso em um Manicômio Judiciário por 57 anos, até a sua morte.

O início do debate no que tange à loucura na Antropologia Brasileira ainda foi no bojo do pensamento evolucionista e no início reverberando os pressupostos citados anteriormente, amparado pelo início dos estudos antropológicos, mediante a criminologia e a sistematização da formação do povo brasileiro. O grande expoente desse debate foi Nina Rodrigues (1862-1906) que partia desse interesse no estudo dos seres humanos via criminologia, utilizando métodos lombrosianos para entender

a “degenerescência” do povo brasileiro a partir da miscigenação com o povo negro e indígena, reverberava hierarquia entre as raças e etnias existentes no Brasil, relacionando tal mistura à alienação, doenças mentais e a criminalidade. Tais desvios inclusive justificavam “coletividades anormais” (RODRIGUES, 2006), associando a loucura, inclusive a falta de capacidade do louco de atuar em “bandos” e uma leitura de que o Brasil, por causa da miscigenação, era primitivo e tinha diversas mazelas, inclusive “doenças mentais”.

Outro pensador que contribuiu de forma importante para os debates antropológicos sobre a loucura e a saúde mental foi Roger Bastide (1898-1974). O sociólogo conseguiu avançar no debate evolucionista e hierarquizante proposto por Nina Rodrigues, fazendo uma análise menos biológica e dando importância ao contexto histórico e social do Brasil, principalmente no que tange ao período da escravização e o legado dessa marca para todo o país, mas com impacto sui generis para o povo negro e indígena. O autor entendia a forma como os próprios fatores sociais agissem como patogênicos, contribuindo para o adoecimento, utilizando de uma virada importante ao entender a culpa da doença e das avarias físicas e psicológicas não pela cor, mas pela pobreza, condições de vida e de trabalho, levantando um importante debate da forma como a religiosidade e a ritualística desses grupos como processo de cura e fomento de vida social.

Sérgio Carrara (1998) avalia a forma como a ideia da loucura foi construída no Brasil, a partir de ideais eugênicos, inclusive analisando estudos de Nina Rodrigues e outras metodologias lombrosianas e evolucionistas, classificando os atos criminosos e divergentes entre a delinquência e a loucura. Segundo o autor, a leitura de tais estudiosos, principalmente Lombroso era que a “degeneração poderia produzir tanto o crime, quanto a loucura, a genialidade, a inversão sexual ou a excentricidade” (Carrara, 1998, p.122). Essa visão muda de acordo com o tempo e sobre o sentido nato de tais atos considerados desviantes, mas de qualquer forma justificaria a criação dos manicômios judiciários e internação dessa ampla gama de sujeitos que não se encaixariam no padrão. Para Carrara, “a teoria da degeneração esteve historicamente implicada com a patologização de toda uma longa série de comportamentos desviantes – homossexualidade, prostituição, alcoolismo, etc.” (Carrara, 1998, p.203) e ainda influencia o ideário e as disputas cotidianas e epistemológicas.

Corroborando com os dois últimos pensadores e a fim de avançar em lacunas do debate da saúde mental no Brasil, Rachel Gouveia Passos (2018), problematiza algumas questões e retoma a importância de racializar os manicômios no Brasil. A autora reverbera o caráter estrutural do capitalismo, do patriarcado e do racismo, entendendo instituições sociais como um todo como “instituições de violência”, assim como o manicômio, “Essas instituições sustentam a reprodução do capitalismo e de sua sociabilidade.” (PASSOS, 2018, p.13). Passos também levanta a importância analisarmos de forma estrutural e histórica, com contribuição de fotos e documentários feitas nos manicômios como o Colônia de Barbacena, por exemplo), que aquelas pessoas eram, em sua maioria, pretas. O debate levantado por Passos é corroborado pela recente tese de Nascimento (2022), ao menos no que se refere à Barbacena. Passos, inclusive, infere a importância de relacionarmos tais fenômenos com o colonialismo em contrapartida ao holocausto, demarcando a origem do racismo e das questões sociais específicas da formação social brasileira. (PASSOS, 2018).

Entendendo a questão social, com a contribuição dos textos e debates levantados até aqui, principalmente no Brasil, é possível partirmos de uma análise melhor embasada da forma como tais desvios sociais estão articulados com uma estrutura excludente e políticas públicas e disputas sociais para diversos grupos em determinados períodos. Por exemplo, de acordo com Carboni (2021), no período histórico conhecido como Estado Novo (1937-1945) há, enquanto características de destaque, o autoritarismo, o fortalecimento de um discurso nacionalista e o desejo por parte do estado de construir um corpo populacional a partir de um ideal de sujeito. As ideias eugenistas encontram, nesse período, a possibilidade de se sustentar em um corpo político-institucional. Partindo da concepção idealizante do corpo-espécie da população, em consonância com o racismo estatal, seria necessário extirpar ou excluir (direta ou indiretamente) aqueles sujeitos ou grupos entendidos como negativos para a concretização deste projeto. Por isso, em relação com o discurso médico-científico, na manutenção da preocupação sobre a hereditariedade, a Eugenia é adotada como instrumento para alcançar tais objetivos (CARBONI, 2021 p. 36).

De acordo com Souza (2012), nesse período as ideias eugenistas se intensificaram no Brasil. Por exemplo, a ascensão da Liga Brasileira de Higiene Mental, que a partir da ideia de melhoria da raça brasileira, explicita a necessidade de políticas de higiene da raça e a cobrando das mesmas serem assumidas pelo Estado.



O embasamento de tais ideias era proveniente da mesma raiz já citada da degenerescência da população, que causavam sintomas como alcoolismo, crimes, promiscuidade sexual, doenças mentais, entre outros, entendendo que tais características eram transmitidas geneticamente. A forma como a homossexualidade era encarada tinha distinção essencial nesse ponto, pois como não era entendida uma função hereditária dessa população, mas o encarceramento e o “contágio” se dariam via influência, não geneticamente, por isso a reclusão dessas pessoas. Nas publicações em boletins da Liga, constava medidas como controle de casamentos, imigração seletiva, isolamento e até esterilização. “Isolam-se os indivíduos perigosos para a sociedade; devem isolar-se os indivíduos perigosos para a raça” (Dantas, 1930 p. 5).

Além da questão moral fantasiada de ciência, outra questão essencial para a internação e o fomento da criação dos manicômios era financeiro. Paim (2009) chama a atenção para o crescimento dos convênios entre a previdência social e os hospitais particulares nas décadas de 40 e 50. É possível observar e importante destacar a acentuação dessa curva de crescimento no período da ditadura militar. O discurso recentemente invocado por bolsonaristas, simpatizantes da tortura e do fascismo, de que o “regime militar” foi um período de controle da corrupção, cai por terra quando olhamos para essa relação entre o público e o privado nesse período. Há uma série de procedimentos totalmente injustificáveis, contratados da iniciativa privada com os recursos da previdência. Dentre eles, destacamos aqui, o grande número de internações psiquiátricas de pessoas em situação de rua, de pessoas sem um diagnóstico psiquiátrico, com um diagnóstico questionável, ou sem demanda de internação.

Dados sobre internações em um recorte dentro deste período mostram que em 1941 possuíamos, no Brasil, 24.133 leitos; já em 1978, este número era de 100.579, sendo quase 80% destes leitos privados financiados pelo Estado, ou seja, criou-se um mercado de internações altamente lucrativo para a iniciativa privada (Yasui, 2006). A partir da década de 60, além do mercado das internações, existia uma indústria de corpos que circulava também desses hospitais, segundo registros, a própria Universidade Federal de Minas Gerais adquiriu cerca de 543 corpos em um período de 10 anos proveniente dos Hospital Colônia de Barbacena, documentados, a venda de cadáveres do Colônia somou “R\$ 600 mil, fora o valor faturado com o comércio de

ossos e órgãos” (ARBEX, D. 2019, p.82). Neste cenário, instituições como o Hospital Colônia de Barbacena, que ganhou o título de maior hospício da história do país, protagonizavam e acumulavam denúncias e relatos de abusos, maus tratos e degradação da integridade humana em suas mais variadas e possíveis formas de expressão.

Além do caráter lucrativo dos manicômios e dos diagnósticos psiquiátricos, no período da ditadura militar, tais ferramentas serviam também como paradigmas de controle ideológico, seguindo o caráter de não criminalização diretas de pessoas negras, homossexuais e outros tipos de pessoas “degeneradas”, mas exercendo o controle moral como caminho de justificação dos mesmos. Nesse momento, o ideal de família e de cidadão ideal se mantém, mas uma suposta “ameaça comunista” aos valores da sociedade constituem outro pilar importante para a criminalização e perseguição de populações e recortes já marginalizadas. O caso Chrysóstomo, que irei retomar no capítulo 2, é um exemplo fiel de como a criminalização utilizou de artifícios como a “alienação”, laudos psiquiátricos, entre outros, para a culpabilização indiscriminada de tais ameaças ideológicas.

O já citado Hospital Colônia de Barbacena não foi o único que operava no mesmo sistema no Brasil, mas sem dúvida foi o que ficou mais famoso. Aberto em 1903, estima-se que, no tempo que operou dessa forma, ocorreram mais de 60 mil mortes, entre crianças, pessoas idosas, pessoas diagnosticadas com algum sofrimento mental ou mesmo pessoas que não tivessem nenhum diagnóstico (ARBEX, D. 2019), segundo e autora ainda:

“A estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. ”  
(ARBEX, D. 2019. P.25)

A publicização do Colônia em específico foi um dos estopins para a regulamentação das leis que permitiram a Reforma Psiquiátrica, profissionais de saúde mental em geral já vinham fazendo várias críticas ao sistema, formulando e teorizando saídas para a mudança de tais medidas anti-humanitárias, mas foi com a visita de Franco Basaglia ao Hospital em 1979 que a questão tomou proporções

maiores e movimentações a nível internacional. Já havia debates sendo feitos no mundo inteiro sobre os limites das instituições manicomiais, mas foi a partir daí que articulações e influências teóricas no Brasil tomaram corpo, contando com o contexto do fim da ditadura, para que mudanças reais pudessem realmente acontecer com pressão de profissionais, acadêmicos, usuários dos serviços, familiares de usuários em parceria com o Estado (Amarante,2000).

De acordo com Lilian Leite Chaves, a Antropologia Brasileira acompanhou as tendências do que acontecia no país, esse primeiro momento da Antropologia, levantava preocupações e debates levantados por Bastide e Nina Rodrigues, que tinham como base a formação da nação, cada um com suas questões entorno disso. Após esse momento, segundo a autora, os trabalhos continuaram com algumas preocupações semelhantes às dos dois autores, mas pensando também em questões levantadas na época, como por exemplo a articulação da luta pela reforma psiquiátrica e a denúncia de mortes e maus tratos dentro dos manicômios e instituições do gênero, tal questão foi abordada de diversas formas, tal análise foi feita dos anos 70 aos anos 2000 (CHAVES, 2012).

Já a partir dos anos 2000, com a aprovação da “Lei da Reforma Psiquiátrica” (Lei 10.206/01), a temática dos trabalhos se incorporam ao contexto mais uma vez e partem à análise do processo de adaptação para fora da lógica manicomial. A autora dividiu os trabalhos em três eixos a organização e o funcionamento dos dispositivos, as redes de atenção e o processo formativo de profissionais. (CHAVES, 2020). De acordo com a antropóloga, tal reflexo dos trabalhos defendidos demonstra a reflexividade da Antropologia Brasileira em pensar o próprio país, assim como a formação da nação, mas levanta preocupações no que tange o afastamento das discussões sobre raça. Fica demarcado assim a importância de se avançar nessas questões acompanhando deslocamentos importantes da sociedade brasileira e das necessidades das pesquisas. Tal contexto deixa nítida a importância da sistematização e formulação das condições e estudos que deixaram evidente a emergência de mudança no sistema manicomial e a forma como a ciência tem responsabilidade na transformação do mesmo.

## 1.2– POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS

“O manicômio, a gente acaba com o manicômio enquanto serviço, mas é importante acabar com o manicômio que existe em nós.” (Entrevista com Antônio, realizada em 04/11/2021)

O conjunto de críticas que se acumularam em torno da psiquiatria hegemônica, desde o período de sua emergência no Brasil, vai ter como seu principal desdobramento, a Reforma Psiquiátrica, impulsionada pelo Movimento da Luta Antimanicomial. Embora a autoridade psiquiátrica fosse hegemônica enquanto autoridade discursiva do campo da saúde e da doença mental, os movimentos de resistência sempre se fizeram presentes, em diferentes proporções e impactos, em diversos períodos históricos. Amarante (2000), ressalta a importância dos vários movimentos que se deram em diversos países – desde Philippe Pinel na virada do século XVIII para o XIX na França, fazendo o movimento de libertar os loucos das correntes –, até as propostas mais radicais da antipsiquiatria inglesa e a reforma italiana com a psiquiatria democrática de Franco Basaglia no pós-guerra.

Com grande inspiração principalmente na experiência italiana, o movimento brasileiro vai pautar uma ruptura com o objeto da psiquiatria, historicamente calcado na doença mental e na psicopatologia em geral, propondo teorias e métodos que enfatize a saúde e não mais a doença, buscando reestruturar todo o modelo assistencial com uma proposta onde o tratamento em liberdade é condição básica para o cuidado e para a promoção da saúde.

A proposta brasileira de reforma da psiquiatria é complexa e abrangente em diversos aspectos, podendo ser compreendida, segundo Amarante (2007), a partir de 4 grandes dimensões: a dimensão teórico-conceitual, que diz sobre a necessidade de superarmos conceitos que sempre estiveram na base da psiquiatria, como o de doença mental, degenerescência e periculosidade; a dimensão técnico-assistencial, que possibilita a criação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, criando a possibilidade para que o cuidado aconteça em liberdade; a dimensão jurídico-política, que diz respeito ao conjunto de mudanças e proposições no campo do direito, em especial a lei 10.216/01 que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental; e por fim, a dimensão sociocultural, que busca criar diálogo com a sociedade a partir de diversas estratégias, como a arte, buscando ressignificar o imaginário social sobre a loucura.

As diversas mudanças e reformulações possibilitadas pela Reforma Psiquiátrica representam uma conquista dos profissionais, acadêmicos, usuários dos serviços, familiares de usuários, enfim, uma conquista do povo brasileiro para o povo brasileiro. Apesar dos inúmeros desafios, é inquestionável que a reforma foi capaz de oferecer outras possibilidades de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, com tratamento em liberdade, a garantia de direitos e de cidadania. Alguns pontos que foram essenciais na disputa e estruturação da reforma psiquiátrica tangem a descentralização da figura do médico como sujeito detentor individual do diagnóstico, assim como a importância do acompanhamento de pessoas em sofrimento mental em sociedade mudam bruscamente os paradigmas construídos até então, entendendo tais sujeitos e sujeitos como não só indivíduos apartados e isolados da sua realidade para serem curados, mas como personagens sociais de complexas interlocuções individuais e sociais.

A estruturação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, contou com duas críticas principais ao modelo manicomial, a crítica ao modelo asilar, principalmente pela percepção de alto grau de cronificação dos casos com tal metodologia e o segundo, a de uma psiquiatria que individualizava por meio do médico psiquiatra, mas sem entender o usuário do serviço como um ser social complexo em diálogo com a sociedade (AMARANTE, P. 2000). Ainda segundo Amarante (2000), o paradigma psiquiátrico até o momento, que era baseado em Pinel e tinha como princípios citados em sua metodologia, como o isolamento dos “alienados” era importante para os experimentos e acompanhamento dessas pessoas que estavam em tratamento, além do caráter político e moral já citado sobre o afastamento dessas pessoas da vida em sociedade para a sua cura, justificando assim via metodologia científica o afastamento dos “doentes mentais” da sociedade.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é considerada como processo e início da sistematização a partir de 1980, entendido como “um processo como algo que está em permanente movimento, que não tem um fim predeterminado, nem um objetivo último ou ótimo. ” (AMARANTE:2003,49). Um dos principais pilares para essa

articulação inicialmente foram as pessoas que trabalhavam com saúde mental, principalmente na atenção e relacionadas aos manicômios, tendo criado, posteriormente, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM),

“O movimento nasce com o objetivo de constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformações da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidade e setores mais amplos da sociedade. ” (AMARANTE, 1998, p. 52)

Já em um contexto de desgaste do regime ditatorial no Brasil e a devido à citada visita de Franco Basaglia ao Hospital Colônia de Barbacena, a repercussão do caso foi grande, o psiquiatra comparou o Hospital Galba Veloso (Belo Horizonte – Minas Gerais) a uma “Casa de Torturas” e o Hospital Colônia como “Campo de Concentração”. As entrevistas de Basaglia tiveram grande alcance, assim como outras reportagens e denúncias surgiram a partir daí, dando grande força ao movimento antimanicomial. Nesse contexto, o MTSM já estava incorporado na administração pública e ampliando o debate em relação a sociedade e a formulação de novas políticas de assistência à saúde mental.

Foi a partir dessa conjuntura que, em torno da Conferência Nacional de Saúde em 1986, e foi debatida a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao passo que a articulação em saúde mental a nível nacional foi se consolidando ainda mais como movimento e com mais força. Foi convocada, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde mental, disputando eleições de associações profissionais, articulando encontros regionais e de diversas áreas relacionadas à saúde mental e a saúde como um todo. A partir daí, em São Paulo, é inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial em 1987; em 1988, é realizada a constituição do SUS, que possibilitou a fundamentação de questões importantes para o fomento de mudança na prática do que defendia a Reforma.

Foi a partir da estruturação prática de Atenção Psicossocial e a formulação do caráter substitutivo<sup>22</sup> dos CAPS, que a regulamentação começou a percorrer o

---

<sup>22</sup> 1 Segundo Felisa Anaya (2004:116), o significado de substitutivo para o CERSAMs significa que: “Os CERSAMs são entendidos como *serviços substitutivos* do hospital psiquiátrico, abertos, sendo referência para crise em uma rede de dispositivos também substitutivos, à qual

sistema judiciário e garantir a médio e longo prazo o fechamento dos manicômios. Projetos como a “Lei Carlão”<sup>23</sup> foram importantes para o entendimento da assistência à pessoa com sofrimento mental inclusa na sociedade demonstra uma mudança importante no paradigma e o entendimento de uma vida sem manicômios. Outra lei importante que fez grande diferença em tal processo foi a que possibilitou o “Programa de Volta para casa”<sup>24</sup>, que dava os últimos golpes no sistema manicomial, mesmo ainda existindo debates intensos em disputa sobre a temática. Diminuição de leitos de hospitais psiquiátricos, abertura de novos CERSAMs (inclusive próximos à hospitais já existentes), bolsa desospitalização, entre outros programas estratégias foram utilizadas para a desarticulação do sistema como era entendido antes pela lógica manicomial. (ANAYA, 2004).

A Reforma Psiquiátrica foi uma questão muito levantada pelos profissionais do Centro. Na entrevista com a Administração, o meu recorte deveria ser focado totalmente em profissionais de psiquiatria e psicologia, mas fui incentivado pelo entrevistado <sup>25</sup>a também entrevistar outros recortes profissionais, entendendo que um dos enfoques da metodologia do CERSAM é a não centralidade exclusiva a certas áreas profissionais, o que me levou a fazer uma seleção que contemplasse todas as áreas de nível superior e técnico do dispositivo.

Marcos Carvalho (2014), em sua etnografia em um CAPS de uma cidade do interior no estado de São Paulo, percebeu uma dificuldade na incorporação das pautas da Reforma psiquiátrica entre pessoas que trabalhavam no Centro. No CERSAM Pampulha foi diferente, pois ficou nítida a disseminação dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, assim como o intento da equipe em reproduzir e acompanhar os debates levantados pela Reforma, que faz da prática de tais profissionais, agindo com cada pessoa atendida, como um caso específico.

Nas entrevistas realizadas, nenhuma profissional foi antagônica à reforma psiquiátrica ou defendeu o modelo manicomial como alternativa na defesa da saúde das pessoas que utilizam dos serviços do CERSAM ou da rede, muito pelo contrário, foi possível perceber um alinhamento da equipe com tais questões levantadas, mas

---

devem estar bem articulados. ”São então de forma mais ampla, substitutivos ao modelo asilar manicomial, articulados em rede.

<sup>23</sup> Lei 10708/1995

<sup>24</sup> Lei 10708/2003

<sup>25</sup> Irei tratar melhor dessa experiência em um capítulo onde destrincharei melhor a metodologia e a inserção no campo.

de formas distintas. Nem todas as pessoas disseram diretamente o termo Reforma Psiquiátrica, mas quando aconteceu foi vinculando o serviço do CERSAM, dentro da RAPS<sup>26</sup> de Belo Horizonte, diretamente vinculada a esse histórico, como cita:

“Desde que a reforma psiquiátrica aconteceu e... que a nossa, aqui em BH, começou a ser constituída, desde 1993, que foi o primeiro CERSAM que abriu, foi o CERSAM Barreiro. E depois dele, a gente teve aí um... crescimento enorme. ” (Entrevista com Maria Auxiliadora, realizada em 22/04/2022)

A partir daí é possível corroborar com o levantamento histórico da vinculação dos CAPS e do CERSAM com o legado e uma das ferramentas de desestruturação do modelo manicomial no país, vinculado as legislações já citadas e da construção da RAPS a nível nacional. Outras formas de validação dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, são a partir de debates dentro do que tange a Luta Antimanicomial, a defesa do modelo do CERSAM como um todo, principalmente de forma antagônica ao manicômio.

A reforma psiquiátrica, quando ela vem, ela vem questionar as maiores formas de violência que acontecia na época né, não era uma questão de questionar a centralidade do médico, mas de questionar a segregação, a violência, a falta de dignidade e todo o modo desumano em que se dava né, a segregação, porque ela não era um tratamento (Entrevista com Sonia, realizada em 18/08/2021)

Fica nítida uma vinculação da rede com a necessidade de construção e defesa do modelo Antimanicomial e do debate dos paradigmas da Reforma Psiquiátrica no CERSAM. A metodologia aplicada não favoreceu uma análise mais robusta nos termos que Carvalho (2014) concluiu da falta de enraizamento dos debates da Reforma no cerne do funcionamento cotidiano do serviço; pelo contato majoritário do meu campo com profissionais de ensino superior, demonstrou-se um esforço robusto para implementação de tais questões. Partindo do princípio de que os CERSAMs em

---

<sup>26</sup> A Raps, é a Rede de Atenção Psicossocial e é integrada pelos CERSAM's e ainda 33 Residências Terapêuticas, 4 Consultórios de Rua e 2 Unidades de Acolhimento Transitório Adulto e Infante-juvenil; além de 9 centros de convivência e todo complexo de atendimento da atenção primária, os 152 Centros de Saúde que possuem equipes de saúde mental.



Belo Horizonte têm a aspiração de aplicabilidade da Luta Antimanicomial e que principalmente no CERSAM Pampulha é comprovada essa convicção, é possível entender melhor as especificidades e questões de onde foi realizado o campo: o CERSAM da região Pampulha.

### **1.3 – O CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL E A REGIONALIZAÇÃO DO CUIDADO**

“Tratamento é isso, não é só remédio, não é só escuta ali no consultório né, e eu acho que o CERSAM ele é...é o reflexo disso, dessa luta, dessa militância, dessa crença no sujeito, dessa aposta no sujeito livre.” (Entrevista com Geraldo, realizada em 30/08/2021)

No Brasil, o primeiro serviço substitutivo foi o Centro de Atenção psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987, na cidade de São Paulo, marcando o que viria a ser a política nacional dos CAPS. O termo Atenção Psicossocial, que foi incorporado pelo CAPS e posteriormente pelo NAPS teve referência nos Centros de Atenção Psicossocial nicaraguenses, que eram “constituídos por equipes interdisciplinares que cumpriam tarefas de prevenção, tratamento e reabilitação” (ANAYA, 2004: p.74).

Com o movimento em torno da Luta Antimanicomial já mais consolidado, ele foi um dos grandes mobilizadores em conjunto com o movimento da saúde como um todo e os movimentos sociais na formulação e implementação do SUS e abertura de debates importantes na “Constituição-Cidadã”. A nível nacional, não se avança muito no que tange a legislação do que se refere aos CAPS e a Atenção Psicossocial como um todo, mas há regionalmente avanços importantes e novas experiências são centrais para desestruturar os aparelhos que ainda existiam no formato manicomial clássico.

Em Belo Horizonte, no mesmo ano do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em 1993, é fundado o primeiro CERSAM na regional Barreiro, a questão proveniente à saúde mental até aí só tinha aparecido de forma incipiente na Lei Orgânica do Município em 1990. É com a mudança de prefeitura em 1992 que o movimento em Saúde mental vê a oportunidade de articular as formulações

sistematizadas até o momento para imprimi-las em políticas públicas, com o projeto chamado “Uma Proposta de Programa para a Saúde Mental/SMSA/BH” (ANAYA, 2004).

Com essa mudança favorável à Luta Antimanicomial, são publicadas portarias e legislações que fortalecem o Serviço de Atenção Psicossocial e criam CERSAMs em outras regionais de Belo Horizonte. Além dessas leis de fortalecimento do serviço substitutivo, os hospitais no formato manicomial começam a ser desarticulados, seja pela limitação de leitos e proibição de novas internações, seja pelo fortalecimento de um viés onde a pessoa em sofrimento mental necessite ser acompanhada em sociedade, via programas como o já citado “Programa de volta para casa”, ou até mesmo bolsas e iniciativas de reparação às pessoas que estiveram em isolamento em instituições manicomiais.

O CERSAM, no que tange a legislação nacional, é regulamentado como um Centro de Atenção Psicossocial nível III<sup>27</sup>, é um serviço substitutivo que funciona 24 horas por dia e tem como foco atender pessoas com sofrimento mental em crise, fazendo assim o acompanhamento dessas pessoas em conjunto com outros aparelhos institucionais da prefeitura em relação à regulamentação do SUS. Foi possível, no primeiro contato com o campo, perceber a forma organizacional do centro que faz com que o foco do acompanhamento e acolhimento não seja apenas em profissionais de psiquiatria e psicologia, o que demonstra um avanço importante defendido pela Reforma Psiquiátrica. É feita uma divisão de acompanhamento entre todos os profissionais de nível superior da equipe, formando 5 micros divisões regionais, cada uma formada de 3 Técnicos de Referência (TR) e 1 psiquiatra. Após o acolhimento e estabilização da crise, a (o) usuária (o) tem o encaminhamento distribuído de forma “aleatória” para a equipe da sua microrregional, a distribuição é feita de acordo com ordem de chegada para cada TR, acontecendo o

---

<sup>27</sup> Segundo o Ministério da Saúde (2005), a regulamentação dos CAPS é a seguinte:

- a) CAPS I: capacidade operacional de atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando no período das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana.
- b) CAPS II: capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h.
- c) CAPS III: capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas por dia, sete dias na semana.

acompanhamento no CERSAM pela equipe que com profissionais de referência, sendo divididos de forma igual entre a mesma.

Sobre o acompanhamento dos casos dentro das equipes, existem, de forma periódicas, reuniões entre as equipes das microrregiões, e também existem reuniões gerais semanais, que são obrigatórias a profissionais de nível superior, assim como estimuladas a participação de profissionais de nível técnico. Nessas reuniões de equipe são debatidos os casos mais complexos e é feito um acompanhamento geral. A equipe de nível superior do CERSAM Pampulha é composta por 8 profissionais de psicologia, 4 de enfermagem, 5 de psiquiatria, 2 assistentes sociais, 3 terapeutas ocupacionais, além desta equipe conta também com 34 profissionais de nível técnico de enfermagem.

Além das reuniões internas do CERSAM Pampulha, existem reuniões da regional como um todo, entre elas as reuniões de matriciamento, “que é uma proposta de gerar para o município que congrega equipe de saúde mental com os generalistas de cada unidade de saúde”, (Entrevista com Mercês, realizada em 23/06/2021). O tema do matriciamento não se restringe ao CERSAM Pampulha, segundo Sousa (2022). A partir de 2004, o matriciamento começa a ser disseminado como ferramenta no SUS, mas é desde 2008 que ele é institucionalizado por meio do Plano Nacional de Humanização, segundo a autora, o mesmo já era utilizado na saúde mental, inclusive em Belo Horizonte, mas foi em 2011 que o Ministério da Saúde elaborou um “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” (Sousa, 2022). O acompanhamento de profissional em saúde mental já acontecia nas reuniões de matriciamento como acompanhamento esporádicos, mas foi a partir de 2015 que as reuniões começaram a ser acompanhadas de forma fixa nas reuniões da regional Pampulha, com os casos do CERSAM também sendo debatidos e com o apoio de profissional de saúde mental<sup>28</sup>. Segundo a autora, tal metodologia também contribuiu para a regionalização e debates importantes no que tange a luta antimanicomial e a Saúde mental no território da Pampulha.

---

<sup>28</sup> Para mais informações sobre o caso específico do CERSAM Pampulha e a relação com o matriciamento, procurar por Dissertação de mestrado de Carolina de Sena Sousa: Matriciamento em saúde mental com um centro de referência em saúde mental: encontros e efeitos no território da Pampulha, em Belo Horizonte – MG do Programa de Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Depois de tantas conquistas, alguns debates já considerados superados no âmbito da Luta Antimanicomial voltaram à tona com apoio do atual governo. Tal atmosfera de perda de direitos encoraja investidas para destruir o que existe em relação a tais avanços na formulação da saúde mental no país, como constantes investidas dos Conselhos de Medicina por exemplo, questionando a necessidade de uma maior participação e concentração de poder pelos médicos, utilizando da precarização intencional da saúde mental e do SUS para questionar a metodologia e forma com que é entendida hoje o papel da saúde pública muito influenciadas pelas vitórias institucionais do movimento histórico da Reforma Psiquiátrica.

No dia 24 de julho de 2021, o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG), publicou uma nota fazendo ataques diretos aos Centros de Referência em Saúde Mental e propondo uma “interdição ética na atuação de médicos em CERSAMS” (CRM, 2021). Segundo a nota:

Em visitas a 16 unidades dos CERSAMS, os fiscais do Conselho encontraram problemas como: ausência de diretor técnico médico (profissional responsável pelo serviço); corpo clínico em número insuficiente; e escalas de plantão sem garantia da assistência presencial imediata do psiquiatra, em especial durante a noite. (CRM, 2021).

Tais questionamentos levantados pelo CRM-MG vão de discordância direta com os princípios da Reforma Psiquiátrica. O modelo aplicado parte de constructos que firmam de forma intensa a desconstrução da centralidade do tratamento no médico psiquiatra (Amarante, 1995), que é um dos maiores pilares do modelo antimanicomial aplicados então no CERSAM. Esse e outros embates ficam nítidos em um trecho de uma das entrevistas:

E então tem essa questão do médico, tem uma questão do modo de financiamento, assim, os grandes hospitais né, assim, os financiamentos, é por cabeça, quanto mais pessoas internadas mais o hospital recebe né, e a gente no Cersam, o financiamento ele é regionalizado, pra nós, quanto menos pessoas internadas melhor. Então a questão da saúde como um produto, eu acho que ela tá muito relacionada a um outro debate né, então a saúde como direito, ela vem na constituição, e ela vem através no SUS (...) então eu acho que é para além da centralidade do médico, só que a centralidade do médico ela tem braço na questão do poder né, ela tem braço no tudo que eu falei aí,

nas questões hegemônicas, nos grandes empreendedores e empresários da loucura né. (Entrevista com Sônia, realizada em 18/08/2021)

Além da defesa no que alcança a questão econômica e de financiamento do serviço da saúde mental, nas entrevistas surgiram muitas aprovações sobre o fato de não ser um serviço centrado no médico, pois também tem qualidades em relação a horizontalidade dos debates e do acompanhamento de usuários e usuárias do serviço, fazendo com que as diferentes áreas contribuam para o tratamento e a melhora das pessoas de forma menos hierárquica:

Como se fosse uma relação mais horizontal e isso faz com que o sistema não seja o médico o centro é que seja uma discussão mais de igual para igual em áreas diferentes né, de igual para o psicólogo, de igual para o enfermeiro, de igual pro T.O. e por aí vai. E... é bom porque o paciente tem um olhar melhor de que não é só remédio, o tratamento não é só remédio, o psiquiatra não é só remédio, não é só aquele que médica né, também tem o lugar no papel da escuta, porque a escuta tem uma importância, um peso dois, digamos assim, não que a medicação não se faça necessária, porque muitas vezes é, e é muito útil, né, mas eu acho que muda muito esse olhar de não aliviar todas as angústias da vida com o remédio. (Entrevista com Terezinha, realizada em 22/09/2021)

A grande diferença que nós temos do modelo manicomial é que o protagonista é o usuário, e não o profissional e, antigamente, como modelo manicomial, era o médico. Então a gente faz a escuta da demanda do sujeito, e identifica necessidades, a partir disso daí se constrói um projeto terapêutico, né (Entrevista com Mercês, realizada em 23/06/2021)

Em suma, a questão da não centralidade no médico é uma das questões mais utilizadas no debate trazido pelo CRM-MG, mas existem concordâncias com o posicionamento de todas as pessoas entrevistadas na defesa de tal modelo que não é médico centrado, funcionando como uma potencialidade ao contrário de uma debilidade. Além da questão do modelo não médico centrado existe um entendimento positivo de que profissionais de psiquiatria são necessários para o tratamento e acompanhamento das pessoas que utilizam o serviço, o que é diferente de serem a parte central do modelo do CERSAM.

Nas entrevistas não houve discordância na necessidade de contratação de mais pessoal, inclusos médicos psiquiatras e mais investimento na rede, indo de encontro com a avaliação feita pela representante da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte na 29ª Reunião Ordinária da Comissão de Saúde e Saneamento da Câmara, sistematizada no site da Câmara Municipal de B. O resultado da avaliação se comprometeu com a melhora da estrutura e aumento de profissionais: “Renata Mascarenhas também reafirmou a premissa da ética antimanicomial, do tratamento em liberdade, pensando no melhor para os usuários” (CM-BH, 2021), deixando ainda mais nítido o compromisso da RAPS de Belo Horizonte com os princípios da luta antimanicomial e em todas as questões que tal disputa levanta.

Outra questão basilar e já citada sobre a lógica manicomial é a que tange a conduta asilar, levantada também por Amarante (2000), mas além do alto grau de cronificação e piora das doenças mentais. O princípio do tratamento em liberdade foi muito citado nas entrevistas no que perpassa a importância de o usuário não perder o contato com a sociedade. Tal questão reafirma o diferencial do CERSAM na articulação da RAPS do território, assim como o matriciamento e a coletivização do cuidado em saúde mental, como cita em outras entrevistas, de como é dado o entendimento do sujeito que é usuário do CERSAM e é tratado em liberdade:

Não como um CID não apenas como um diagnóstico, mas um sujeito que né, assim, social do território de produção de vida. Porque o tratamento, antigamente era praticamente mortificante, a pessoa era presa totalmente né assim, tanto no simbólico quanto no real né, era algo... Nossa assim, sem palavras. E o CERSAM busca isso assim, ele busca o tratamento do sujeito no território, né das aproximações dos vínculos né assim, é... de produção de vida, seja no trabalho seja, de... Enfim dos... né, assim, é.. algo amplo. Então o CERSAM é um cuidado... ampliado, em rede também né, assim, porque ele faz parte de uma rede que você consegue articular outros pontos né outros... que antes né, não existiam. (Entrevista com Elza Maria, realizada em 03/09/2021)

Olha, eu acredito demais no tratamento em liberdade, sabe? É algo que, assim, a luta antimanicomial, ela né... isso é fundamental, ela traz essa questão da liberdade, do tratamento em liberdade como um sustentáculo dessa luta mesmo, né, e eu acredito muito nisso, porque a gente vê isso no nosso dia-a-dia, né. O tratamento em liberdade, o paciente tendo o direito de ir e vir, de é... de se tratar não só com um remédio, com um né... num espaço

ali delimitado, mas se tratar na cidade, se tratar fazendo passeio na lagoa da Pampulha, se tratar participando do desfile, do “18 de maio”, indo no museu né. Tratamento é isso, não é só remédio, não é só escuta ali no consultório né, e eu acho que o CERSAM ele é.. é o reflexo disso, dessa luta, dessa militância, dessa crença no sujeito, dessa aposta no sujeito livre. (Entrevista com Geraldo, realizada em 30/08/2021)

A nota e as investidas do CRM MG em 2021 foram publicizadas durante a realização de parte das entrevistas da pesquisa. Ao longo desse processo de ataque ao modelo aplicado no CERSAM em Belo Horizonte, foi possível adentrar na questão para além das perguntas referentes de forma mais ampla com a Reforma Psiquiátrica nas entrevistas. Ficou nítida não só a concordância com a já citada falta de investimento, a defesa do modelo antimanicomial adotado pela instituição, assim como a visão de que os ataques são por questões mais amplas do que as citadas na carta do Conselho Regional de Medicina, provenientes do ataque ao modelo e de questionamentos mais profundos, como os já citados acima.

A tentativa de questionamento profissional e técnico se afastando de políticas nítidas e construções que perpassam a humanização e outro modelo de se pensar o tratamento é uma tentativa do debate projeto pelo CRM-MG, frágil no que tange a defesa desse modelo por usuários e também por profissionais do CERSAM:

O tratamento de saúde mental para produzir vida precisa estar inserido na comunidade. A equipe precisa ser diversificada, que colabore entre si, sem disputa de poder. O tratamento precisa ser usuário-centrado [que tome o usuário como o centro]. É isso o que eu vivencio e estou muito bem nesse tratamento’, afirma Sílvia Ferreira, usuária do Cersam Pampulha há 16 anos e integrante da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental (Assussam). (Entrevista concedida ao Jornal Brasil de Fato no dia 17 de agosto de 2021 em meio as movimentações contrárias a intervenção do CRM.)

Também fica bem pungente a defesa do modelo de forma técnica nessa entrevista, quando perguntei diretamente sobre os embates com o CRM-MG:

A outra coisa é a hospitalidade noturna né, assim, quando a gente coloca ali um serviço que é, tem médico que ele é referência para as demais cidades né, para os demais Cersams e onde que eles acompanham é a equipe técnica de enfermagem né, a supervisão ela é por telemedicina, isso é uma outra

questão que eles colocam como irregularidade, mas isso é um modo de funcionar, que é totalmente baseado em portarias, em leis, é recomendada pela OMS né, Organização Mundial de Saúde desde 2001, ela reconhece o trabalho em rede, territorializado como recomendado né, e baseado em pesquisas como o mais eficaz pensando na qualidade de vida e de saúde dos nossos pacientes né.(...). Agora, isso não quer dizer que nós precisamos de questionar as nossas questões, as nossas dificuldades, a falta de investimento, questões salariais né, dificuldades de RH em muitas regionais, o que não nos coloca, e nem é necessário questionar o modelo, o modelo é defendido, então é uma questão de defender o modelo pra fora e ao mesmo tempo melhorar pra dentro, tá, então ao defender esse modelo a gente não pode, a gente tem que ter o discernimento que não dizer que estamos plenos, que estamos em pleno funcionamento né, até porque o SUS tá sendo sucateado já tem um tempo né, nunca foi pleno, muito menos agora, e somos SUS né, então a gente também tem todo um sucateamento aí associado, mas questionar o modelo jamais né, aí já é uma questão, também, muito particular que eu acredito e defendo esse modo de trabalhar e é por aí mesmo. (Entrevista com Sônia, realizada em 18/08/2021)

No que tange à seara do saber científico hegemônico, a postura do CRM-MG acomete em duas perspectivas clássicas na disputa e naturalização da hegemonia, o intento de imputar uma neutralidade técnica no que perpassa a disputa que é feita ante a lógica manicomial aplicado na RAPS de Belo Horizonte e principalmente no CERSAM. Outra questão é a tentativa de tencionar uma disputa a nível de sociedade e de ferramentas midiáticas inclusive da leitura e da forma com que o Conselho de classe advoga que tem que ser a questão da saúde mental.

Segundo o site da Câmara Municipal de Belo Horizonte (2021), na Reunião Ordinária da Comissão de Saúde e Saneamento da Câmara , a representante do CRM-MG Cibele Alves de Carvalho “ destacou que não há qualquer questão de ordem política ou ideológica por trás da nota na qual o CRM-MG se posiciona sobre a preparação de uma interdição ética na atuação de médicos”, o que é incoerente no que tange o debate do modelo na gestão da saúde mental no município e tudo o que envolve a Reforma Psiquiátrica e as políticas públicas que foram implementadas para a construção do modelo Antimanicomial. Na já citada nota do CRM inclusive é mencionado o “exercício da medicina de forma ética e técnica”, deixando a entender da neutralidade do saber médico, assim como do Conselho de representação da



classe, evocando a preocupação com “serviços de saúde efetivos, seguros e com qualidade.” (CRM-MG,2021). É preciso questionar a forma como tal naturalização de forma técnica e objetiva e utiliza desse “olhar” para continuar a demarcar uma visão como neutra, aquém de categorias “marcadas”.

Este é o olhar que inscreve miticamente todos os corpos marcados, que possibilita à categoria não marcada alegar ter o poder de ver sem ser vista, de representar, escapando à representação. Este olhar significa as posições não marcadas de Homem e Branco, uma das várias tonalidades desagradáveis que a palavra objetividade tem para os ouvidos feministas nas sociedades científicas e tecnológicas, pósindustriais, militarizadas, racistas e dominadas pelos homens (HARAWAY, 1995).

Fica assim nítida a necessidade de demarcar esses saberes também como localizados, não apenas os não marcados, pois também existe história e posições de tais sujeitos, entendidos antes como universais, sendo todo saber é localizado, colocando todas as figuras como corporificações dessa construção (Haraway, 1995).

Já em relação à disputa projetada pelo CRM-MG, se partimos de uma política ontológica<sup>29</sup> é possível perceber a importância do Conselho, de mesmo sem grandes vitórias concretas, fazer com que ainda se faça uma disputa dessa realidade. Mesmo que a Reforma Psiquiátrica seja hoje a mais estabilizada no que tange o acompanhamento em Saúde Mental em Belo Horizonte na rede pública e esteja sendo aplicada no CERSAM, a tentativa de desestabilização de outras realidades que não concordam com o modelo ainda coexistem.

É possível perceber os avanços que a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial, e também uma grande preocupação com a contínua desconstrução do “manicômio que existe em nós”, o que dialoga diretamente com a disputa ainda em voga e a falta da estabilização definitiva dos princípios da Reforma. Fica nítido o compromisso da RAPS BH e do CERSAM Pampulha para a construção desses princípios, frente a diversos questionamentos e construções de outras realidades e formas de se entender o debate da saúde mental como um todo. Nos falta entender

---

<sup>29</sup> Segundo Annemarie Mol, o conceito parte do entendimento que “as condições de possibilidade não são dadas à partida”, o que quer dizer que não devemos naturalizar pressupostos, mas que a realidade parte de um caráter aberto e que pode ser contestado, a ontologia política é uma metodologia de modo ativo. Partindo do entendimento da tecnologia e da política, é possível entender essa natureza não imutável das coisas (MOL, 2008)

então quais os impactos diretos dessa metodologia utilizada no CERSAM no que tange à saúde mental e ao debate da sexualidade e da população LGBT no permear desses elementos ainda em disputa.

## **CAPÍTULO 2 – FERRAMENTAS DISTINTAS DE MARGINALIZAÇÃO: DA CRIMINALIZAÇÃO À PATOLOGIZAÇÃO DA HOMOSSEXUALIDADE**

Assim como a loucura, a homossexualidade passou por um processo histórico de transformação no imaginário popular. Nefando, sodomita, uranista, safá, vários nomes foram dados e de várias formas foram tratadas a degenerescência atribuída a pessoas que se relacionam com o mesmo sexo, e da mesma forma os paradigmas foram se transformando historicamente de acordo com a lógica hegemônica vigente. No Brasil, tal construção perpassa a influência europeia, principalmente de Portugal, assim como relações sociais complexas provenientes inicialmente do regime escravista, do colonialismo e da estrutura patriarcal e racista que foram basilares para diversas formas de opressão e construção na nossa sociedade. Tal histórico foi de grande importância para a criação da identidade nacional e de uma sociedade que marginaliza certas pessoas. É possível perceber tal demarcação a partir de várias ferramentas, sejam elas instituições, legislações ou reproduções engendradas na cultura hegemônica da sociedade, partindo de uma conexão entre o sistema capitalista, patriarcal e racista.

Lélia Gonzales (1984) relata o quanto o caráter psicológico é extremamente importante para a manutenção das estruturas para uma divisão interna estratificada, desde a Casa Grande e “tem por objetivo próximo a instauração psicológica através do medo” (Gonzales, 1984, p233), utilizando diversos aparatos para manter a submissão de certos grupos, justificando a atuação de aparelhos repressivos e garantindo a divisão sexual e racial do trabalho. É possível continuar a análise, partindo do princípio que a ciência e a biomedicina hegemônicas, enquanto saberes localizados (Haraway, 1995), também constituem uma ferramenta de estabilização e disputa de realidades (MOL, 2008), que influenciam e são influenciadas pela sociedade (Martin, 1998), o que nos traz a importância de se repensar os métodos de análise científicos. Coloca-se, portanto, a necessidade de se partir do princípio destas elaborações, seja qual for a temática escrutinada, para entendermos a produção e a consolidação do mesmo.

As sexualidades periféricas (Foucault, 2020) passaram por diversas classificações e formas de se entender, com especificidades referentes à classe,

raça/etnia, sexo/gênero, posição social, entre outras, mas também de acordo com os paradigmas vigentes à sua época, no Brasil colônia, por exemplo, à luz da moral cristã, a relação da sexualidade com relações de poder, envolvendo pessoas escravizadas, ou até mesmo o papel social da mulher e a hierarquia da nobreza, são questões importantes a se analisar. Já a partir do paradigma médico, o controle dessas pessoas foi feito de outras formas, e o diagnóstico foi instituição basilar para a delimitação de tais pessoas e da relação social que as mesmas teriam. Ferramentas jurídicas, médicas, morais, religiosas, entre outras foram sempre levantadas para demarcações nítidas de quem deveria e poderia fazer parte com direitos na sociedade brasileira. Encarceramento, doenças endocrinológicas, entre outras questões, que partindo dessa construção histórica até o projeto de “cura gay”, todas essas formas, partem do intento de demarcar hierarquicamente o lugar de pessoas LGBTs.

## 2.1 – ENTRE A CRUZ E O BISTURI

Assim como a loucura, a forma como a homossexualidade foi entendida durante a história do Brasil passa por transformações de acordo com os paradigmas hegemônicos vigentes. No período colonial, a figura do sodomita<sup>30</sup>(com raízes diretamente relacionadas ao paradigma religioso judaico-cristão), a perseguição da cruz (seja pela inquisição ou pela construção moral da sociedade)foi construída como forma de delimitação da homossexualidade tanto masculina, ,quanto feminina. Tal prática era generalizada, mas, segundo São Tomás de Aquino o coito anal era a manifestação da “perfeita sodomia” (VAINFAS, 2017). Ainda que partisse dessa visão proveniente de São Tomás, outras condutas foram relacionadas a tal desvio na ordem sexual no que tange a heteronormatividade; no caso dos homens, a aproximação com a feminilização e trejeitos que não eram considerados masculinos; em relação Às mulheres, a aproximação a “coisas de macho”.

---

<sup>30</sup> O termo surge a partir da relação com a destruição divina de Sodoma, narrada na Bíblia, o suposto desejo sexual que a todos animava “eis as raízes da associação entre o castigo de Sodoma e a condenação judaica das relações sexuais entre homens” (VAINFAS, R. 2017. p.195)

Ainda no início da colonização do Brasil<sup>31</sup>, a sodomia já era uma questão importante em toda a sociedade europeia, mas fica nítido, desde o século XVI, o caráter de poder e divisão de classes em relação às punições do que seriam considerados desvios e também a localidade dos mesmos. A sodomia era vista com certo “charme” entre as elites europeias e era comum a prática até mesmo com os criados das elites (de forma consensual ou não); em vários países da Europa eram feitas festas e eventos para tais prazeres homossexuais principalmente masculinos (VAINFAS, 2017, TREVISAN,2018), costumes que continuaram entre a nobreza no Brasil. Já em relação às mulheres, existem registros históricos, mas não tantos quanto em relação a homossexualidade masculina nesse período, seja por menos exposição no espaço público e menos “oportunidades” do tal pecado, ou também pelo fato de ser menos percebida. (COSTA, 1979) Os relatos encontrados eram considerados “brincadeiras infantis”, a tentativa de se render ao desejo carnal sem “perder a virgindade”, buscar algo que os maridos não ofereciam, em relatos, as mulheres que o faziam “por opção homoerótica” eram menores (VAINFAS, 2018).

Existia no período colonial no Brasil uma perseguição mais branda às elites no que tange à sodomia, mas a situação não era a mesma fora das cortes e dos mosteiros, onde as sanções eram inúmeros, existiam relatos de tais relações consideradas consensuais. Mas também era comum, colocando em voga o período escravista, uma nítida relação de poder nas relações sexuais entre as classes mais altas e as classes mais baixas, principalmente as pessoas escravizadas. Vindo de Portugal, o ditado “não há galinha que não ponha ovos, nem criado que não fosse para cometer sodomia” (VAINFAS, 2018, p214), o autor relata vários casos violentos dessas relações entre senhores e pessoas escravizadas, que não eram necessariamente julgadas negativamente. Além desse fator, Vainfas também levanta casos de pessoas que se rendiam a prática por necessidade financeira. “a fome e o desamparo que marcavam as classes populares no Antigo regime” (VAINFAS, 2018,

---

<sup>31</sup> Além da sexualidade proveniente dos colonizadores europeus, houve uma grande demarcação e colonização da sexualidade indígena, as populações que já habitavam o Brasil antes da invasão portuguesa tinham sua própria forma de entender a sexualidade, não necessariamente hierarquizante como dos colonizadores, mas cada povo com suas diferenças, para aprofundar o debate procurar o livro “Existe índio gay? ”, do Antropólogo Estevão R. Fernandes.

p 228), então, os mais pobres aceitavam dinheiro para consentir a tais práticas da nobreza brasileira.

Com tais diferenciações e relações de poder, a sodomia foi perseguida pela inquisição e tal criminalização viria ser reforçada pela legislação, foi no Código Imperial (1830) que o crime de sodomia deixou de constar como infração de forma literal, sendo crimes aproximados a essa questão enquadrada em “ofensa a moral e bons costumes” dentro do que eram chamados “crimes policiais” (TREVISAN, 2018), e assim corroborava a abertura de julgamento de acordo com as regulamentações muitas vezes arbitrárias do poder vigente. Ainda sem ser citado como nenhum crime específico, tais infrações quanto à “ordem” começaram a ser enquadradas como “crime contra a segurança da honra e honestidade das famílias” no Código Penal Republicano (1890), com penas mais pesadas, mas ainda com “violações” implícitas. A última mudança no que tange a relação criminal com a homofobia foi no Código Penal Brasileiro (1932), quando da inclusão de “ultraje ao pudor”. Reformado em 1940, o Código está vigente até hoje. Apesar de não existir explicitações atuando a criminalidade de pessoas “sodomitas” a moralidade está materializada no Código.

Assim como a loucura, trabalhada mais a fundo no capítulo anterior, o século XIX consolida a ciência e a medicina como detentores de papel salutar na construção de ideais de cidadania e de direitos. As “sexualidades periféricas”, em detrimento da “sexualidade regular” em conjunto com outros grupos que rompiam com o papel esperado da sociedade e da norma, inclusos os “loucos morais”, “povoam os conselhos de disciplina, as casas de correção, as colônias penitenciárias, os tribunais, os asilos, levam aos médicos suas infâmias e aos juízes suas doenças” (FOUCAULT, 2020, p44), fazendo assim com que ocorra uma mudança à influência majoritária da moral religiosa, mas não rompendo totalmente com a mesma.

De acordo com Costa (1979). foi criado um “corpo burguês”, e o sexo foi uma dessas ferramentas de dominação das pessoas na sociedade, a “educação intelectual” contribuiu para a demarcação dessa hierarquia, com o intuito de romper com o que esperavam superar do período colonial “o nível de instrução e a capacidade intelectual entraram na era da competição, caucionada não só pela ordem econômica, mas também pela ciência médica” (COSTA, 1979, p14). Do âmbito da sexualidade, por exemplo, foram construídos os ideais provenientes à inferioridade da mulher e o

papel na reprodução, a preocupação eugênica para a pureza racial, construção do ideal de reprodução contra a lógica homossexual etc.

A construção de uma “pátria” saudável e um imaginário comum do que seriam tais condutas por si só não conseguiriam abarcar todas as experiências e formatos na sociedade brasileira. A pessoa que de alguma forma não cumprisse o papel da procriação tinha sofria sanções sociais; a reprodução da família nuclear foi construída como questão ideal, punindo celibatários e homossexuais (TREVISAN, 2018; COSTA, 1979). É por meio da proliferação dos filhos da sonhada pátria e modelos de reprodução de família que foram essenciais e a autoridade médica foi uma das ferramentas cruciais para essa formação exemplar. Tais construtos da família burguesa, por suposto, seria imagem e semelhança da Europa, fica assim explícita qual seria a cor, papéis esperados de homens e mulheres inclusive no que tange à sexualidade proveniente dessas pessoas, ou até mesmo a falta de sexualidade voltada a reprodução, já que “libertinos, celibatários e homossexuais, tidos como cidadãos irresponsáveis e adversários do bem-estar biológico-social, pois desertam do papel de homem-pai” (TREVISAN, 2018, Pg. 169), deixando explícito o ideal e os motivos da idealização da família e os papéis para a construção e proliferação da pátria brasileira, assim como a divisão sexual do trabalho.

A construção da homofobia no decorrer do século XIX, tendo forte normatização a partir de aparatos da medicina hegemônica, é conceituada por Borrillo (2016) como “Homofobia Clínica”, demarcando assim a forma como tal construção foi delimitada principalmente nesse período e entendendo a influência desse paradigma para a estruturação da patologização de homossexuais nesse período, mas não apenas a homofobia. De acordo com o autor:

Do mesmo modo que a teoria contemporânea do darwinismo social serviu, conforme sublinha G. Chauncey (1985), para legitimar o racismo e o colonialismo, ao defender a ideia de uma hierarquia racial do desenvolvimento social baseada na biologia, assim também as primeiras teorias sexológicas justificaram a subordinação das mulheres ao afirmar seu caráter biologicamente determinado; e, paralelamente, em razão do seu destino anatômico, os homossexuais acabaram sendo situados em uma posição marginal no âmbito da ‘hierarquia sanitária’ dos sexos e as sexualidades. (BORRILLO, 2016, pg.65)

Para o homem, a proximidade com características físicas e sociais femininas e de forma ampla teorias morfológicas, “anomalias psíquicas”, entre outras, a partir de então com chancela científica para tentar comprovar a diferenciação e hierarquia de tais sujeitos. Sendo assim, qualquer dessas tentativas já iniciam de forma equivocadas, principalmente pela tentativa de hierarquização.

A patologização de grupos citados acima perpassa diversos âmbitos, em relação às mulheres, são relatadas diversas intervenções violentas nesses corpos, como cirurgias de risco e até a retirada do útero para arriscar-se a resolver o que era considerados os “problemas”, de acordo com Fabiola Rohden (2001), tais alterações eram imputadas diretamente aos caracteres psicológicos e hormonais na categorização das mulheres, deixando nítido o caráter social e construídos do que seria uma patologia às mulheres indutivamente imputadas ao biológico, partindo de desvios sociais e padrões de comportamento esperados. No que tange à homossexualidade, o âmbito criminal foi muito utilizado para tais discussões, pederastia, estupro, acusações de assassinato, entre outras, utilizando de tais argumentos para encarcerar ou realizar intervenções nesses corpos, com o intento de reeducá-los ou curá-los. Segundo James Green, “A homossexualidade caiu na categoria das perversões sexuais e o confinamento foi o método terapêutico utilizado como princípio para ‘curar’ esse desvio.” (GREEN, J. 2010; Pg221). Assim, como a eugenia e o branqueamento da sociedade partem também para um princípio médico/científico através da preocupação com hereditariedade. (CARBONI, 2021 p. 36).

De forma histórica, perpassando melhor a questão da sexualidade, James Green (2000) aprofunda como a patologização física ou psicológica foi utilizada para marcar e encarcerar homossexuais no Brasil no século XX, através de registros das instituições manicomiais, e trabalhos de psiquiatras e profissionais da saúde que tratavam de condutas desviantes. James Green (2010) trabalha como a prática homossexual foi estudada e patologizada a partir de 1920 principalmente, utilizando distúrbios hormonais e respostas biológicas a fenômenos que fugiam ao padrão de conduta do que deveria ser o determinado, seja por se aproximar por padrões demarcados como do sexo oposto ou utilizar de categorias morais para encarcerar na prisão ou em manicômios tais pessoas que não cumpriam seu papel social na divisão sexual do trabalho. Examinando a relação da medicina com tais estudos sobre corpos,



é possível delimitar qual a forma com que estes estudos diagnosticam distúrbios sociais e físicos.

Por meio das reflexões geradas, é importante entendermos em uma perspectiva histórica a forma como a ciência no Brasil foi e é engendrada pelos valores da sociedade (MOL, 2018 ; MARTIN, 1998), e que principalmente a partir do meio do século XIX, acontece um fortalecimento da organização da classe médica no Brasil e na América Latina e, concomitantemente, uma grande inserção no ideário nacional de ideia de Estado e saúde pública por esses profissionais, inclusive via inserção institucional. De acordo com Marcus Cueto e Steven Palmer (2016), tal influência foi de grande percepção de adoção de medidas positivistas no Estado, foram os médicos, que já com grande influência europeia, construíram uma ideia de higiene nas faculdades de medicina, referindo-se principalmente a uma individualização da higiene. Tais médicos higienistas construíram argumentos técnicos que foram utilizados para construção de estilos de vida, com propagações de arquétipos ideais e moralizadores de corpo saudável, racializando e culpabilizando a pobreza e outras “degenerações” como causa social da doença em si (Nascimento, 2022).

Depreende-se a necessidade de tecer crítica ao fazer científico hegemônico reconhecendo como corpos marginalizados são importantes para mudar a prática e a forma como analisamos os construtos sociais. Como apresenta Donna Haraway, “Precisamos do poder das teorias críticas modernas sobre como significados e corpos são construídos, não para negar significados e corpos, mas para viver em significados e corpos que tenham a possibilidade de um futuro” (HARAWAY, 1995:16). As limitações de ordem estritamente biológicas não captam a subjetividade da vivência social e psicológicas, que também são dimensões cruciais na compreensão da saúde e bem-estar humanos, entendendo todos esses âmbitos como essenciais para a saúde humana, sempre situada cultural e politicamente. Como reitera Foucault, o capitalismo precisa controlar a “inserção dos corpos no maquinário da produção e o ajuste dos fenômenos da população ao processo econômico.” (FOUCAULT, M. 1978. p.141.). Utilizava-se assim não só da patologização, mas também da criminalização e vinculação de padrões sociais estigmatizados à tais corpos, como pederastia, boemia, dentre outros. É possível a partir dessa contextualização, entender a forma como a homossexualidade especificamente foi entendida a partir desse constructo.

## 2.2 – O ENCARCERAMENTO DOS DESVIADOS, O LOUCO MORAL E A CURA GAY

Por mais passageiro que seja o delírio, um ergástulo ambulante dessa conformidade só pode servir para exacerbá-lo mais e tornar odiosa aos olhos do paciente uma providência que pode ser benéfica. A medicina, ou a sua subdivisão que qualquer outro nome possua, deve dispor de injeções ou lá que for, para evitar esse antipático e violento recurso, que transforma um doente em assassino nato involuído para fera. (Lima Barreto em O Cemitério dos Vivos)

Entendendo a medicina como uma estratégia biopolítica<sup>32</sup>, é possível perpassarmos por diversas estratégias que foram utilizadas para a demarcação de corpos, em relação à homossexualidade, a partir da medicalização da homofobia e em referência aos já citados paradigmas excludentes construídos pela medicina hegemônica na sociedade. No Brasil, com grande influência do já citado Cesare Lombroso (1835-1909) e seus métodos de medição e tentativa de patologizar certos corpos, foram feitas diversas experiências para comprovação de inferioridade de grupos, como pessoas negras, mulheres e homossexuais.

No âmbito da homossexualidade, a maior referência foi Leonídio Ribeiro (1893-1976), o médico foi autor do trabalho “Homossexualismo e endocrinologia” e ganhador do prêmio Lombroso em 1933. Durante toda a sua produção acadêmica, tentou comprovar a relação de distúrbios endocrinológicos com a homossexualidade, mesmo que tal hipótese tenha sido descartada (GREEN, J; POLITO, R., 2006). O médico utilizava como método medições no corpo e quantidade de pelos em homossexuais detidos no Departamento de Identificação da Polícia Civil do Distrito Federal, do qual era diretor. Chegou a medir 195 homossexuais “declarados”, buscando “desvios patológicos” e relação entre os atributos físicos. Para tentar comprovar sua teoria, construía tabelas e mostrava fotos para corroborar hipóteses que relacionavam

---

<sup>32</sup> De acordo com Foucault, “a medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2007, Pg80), sendo que a forma de socialização dessas construções, partem de formas e histórias distintas. As mesmas perpassam o corpo, a consciência a ideologia, sendo tais corpos utilizados como força de trabalho para as sociedades capitalistas.

características morfológicas e desvios sociais e endocrinológicos, mesmo com essa construção não conseguiu chegar a nenhum resultado satisfatório (GREEN, J, 2000).

Como já foi citado anteriormente, a criminalização explícita da homossexualidade já não constava no código penal; foi em 1938 que uma proposta com esse teor foi redigida, constava no artigo 258: “Os atos libidinosos entre indivíduos do sexo masculino serão reprimidos, quando causarem escândalo público, impondo-se a ambos as participantes detenções de um ano. ” (GREEN, J; POLITO, R., 2006, p.96). Em outra minuta, em relação à homossexualidade, constava: “Tratando de anormais por causa patológica ou degenerativa, poderá o juiz, baseado em perícia médica, substituir a pena por medida de segurança adequada às circunstancias. ” (GREEN, J; POLITO, R., 2006, p.97). Tais textos não foram aprovados, mas podemos partir desses intentos judiciais para analisarmos como mais uma tentativa de estabilização de uma realidade, interligadas entre o aparato judicial e o médico (MOL, 2008).

A criminalização da homossexualidade traz uma interseção importante com a questão da raça, principalmente no que tange o histórico do racismo e a herança colonial e escravista no Brasil. James Green (2000) cita casos estudados por criminologistas e outros profissionais da época perpassando a questão da homossexualidade tanto masculina quanto feminina, as classificações raciais e a demarcação de características de pessoas racializadas é sempre presente, tendo sido o mais famoso e emblemático o caso de Febrônio Índio do Brasil, iniciado em 1927. Febrônio foi condenado como “louco moral” e considerado, segundo critérios lombrosianos, homossexual, por características como “bacia larga, ginecomastia, feminilidade, etc.” (TREVISAN, 2018, Pág. 187), também foi considerado demente. Nos processos e julgamentos incitados ao mesmo foi feita diretamente uma relação entre “sadismo e homossexualismo”; seu próprio advogado o apresentou como um “louco moral”. Índio não foi condenado por nenhum dos crimes de que foi acusado a partir de tal diagnóstico e foi, mesmo não existindo sentença de prisão perpétua no Brasil, condenado para o resto da vida ao Manicômio Judiciário. No tempo em que esteve enclausurado foi “domado por eletrochoques e drogas químicas” (TREVISAN, 2018, pg 191), até que viesse a morrer em 1984 aos 89 anos, no mesmo lugar onde esteve recluso por 57 anos.

Utilizando o pressuposto da neutralidade científica, as autoridades médicas hegemônicas na sociedade utilizavam diversas formas de justificar a perseguição às pessoas que rompiam com o padrão esperado socialmente via ciência. O controle, que antes era majoritariamente religioso, passou a ser terapêutico, e a autoridade médica ganha hegemonia na sociedade em disputa com Deus. O diagnóstico relacionado à loucura (trabalhado no capítulo 1) já era conhecido, tal categoria era utilizada para considerar tais pessoas como “incapazes” e doentes, não culpados pelos seus erros. Segundo Green (2000), nesse momento, os “pederastas” começaram a ser enquadrados na mesma posição, gerando uma abertura para o tratamento e “cura” desses sujeitos. Após esse constructo, já no final do século XIX, foram amadurecidos debates entre juristas, sexólogos, médicos e criminólogos utilizando o conceito de “inversão sexual” para se referir a toda sexualidade desviante. Tal arcabouço se articula com o modelo do “louco moral”, partindo ao intento de cura das pessoas e mudança da relação com ao que se espera do indivíduo na sociedade.

A homossexualidade foi considerada patologia até 1990, foi retirada da Diretriz Assistencial em Saúde Mental – DSM em 1973 e deixou de ser considerada uma patologia pela Organização Mundial de Saúde – OMS em 1990. Antes disso, era possível o tratamento de pessoas diagnosticadas com problemas comportamentais de ordem sexual ou condutas que fugiam do padrão comportamental de sexo biológico. Eram destinados aos LGs diversos procedimentos para cura, como ilustra o historiador James Green em seus trabalhos. Era considerado patológico o comportamento “homoerótico”, utilizando de práticas de cura, assistência médica, psicológica e diversos procedimentos com o objetivo de modificar a conduta e fazer com que tais pessoas degeneradas se normalizassem (GREEN, J. 2000).

De maneira formal e informal, a homossexualidade foi analisada por diversas áreas do conhecimento científico, como exemplifica Anne Fausto-Sterling ao demonstrar que as proposições apresentadas pela escala Kinsey (que segundo a mesma fugia ligeiramente do binarismo colocado à sexualidade e heterossexualidade compulsória naturalizada) “ofereciam novas categorias definidas em termos de excitação sexual - especialmente o orgasmo- sem permitir que termos como afeição, casamento ou relação contribuíssem para a definição da sexualidade humana.” (FAUSTO-STERLING, A. 2001. p.30). No entanto o método ainda contribui abordagens em para essencializar a sexualidade, sendo importante levantarmos a

necessidade de um refinamento da teoria da sexualidade de forma não linear e essencialista.

A partir de 1920 e do delineamento do que viria a ser a construção do Estado Novo, segundo James Green (2010) o encarceramento de homossexuais, por exemplo, fica compreensível de acordo com registros de instituições manicomiais e impulso de debates sobre a temática por psiquiatras e profissionais de saúde, seja por respostas hormonais ou padrões e condutas do que deveria ser o ideal para homens e mulheres, utilizando de tais questões para encarcerar em manicômios ou prisão dessas pessoas.

Com cada vez mais influência da medicina e da criminologia nas normas e formulações no que tange os desvios sociais, eram cunhados estudos e análises onde a medicina e a ciência seriam o principal vetor no trabalho para alcançar uma sociedade “sadia”, para diversos “”; em relação ao “homossexualismo”, não existia nenhuma instituição de encarceramento específica, mas a proposta chegou a ser discutida, afirmando a intenção de encarcerar ou curar pessoas que se desviassem das normas sociais esperadas e encarcerá-las. O encarceramento fazia parte de um ideal de “profilaxia”, entendendo que homossexuais seriam criminosos em potencial, política semelhante à criminalização de manifestações culturais de cultura negra, utilizando não da criminalização direta, mas da vinculação de práticas há um pressuposto criminal. (GREEN, 2000; TREVISAN, 2018). Já existiam na época os manicômios judiciários, foi esse então o destino para esse recorte da população que não se enquadrava deliberadamente em nenhuma instituição de encarceramento regular.

Tal contexto histórico retoma o paradigma rizomático já citado por Martin (1998) no qual é impossível distinguir os valores da sociedade do saber científico hegemônico; os mesmos se relacionam de forma intrínseca, recorrendo ao artifício da neutralidade científica, como se os valores e os modelos idealizados pelo cidadão ideal não fossem impregnados de valores e julgamentos sociais e morais. Mesmo a Reforma Psiquiátrica sendo construída como um processo importante de debate em torno da Saúde Mental, ainda é preciso avançar na consolidação de políticas públicas que garantam tais avanços e se enraízam concretamente na sociedade.

Um fator essencial a ser observado nas análises dos casos e na forma como o diagnóstico foi utilizado é o afastamento de tais pessoas do direito de ser humanizado, pois a partir do encarceramento na instituição manicomial, ele não teria direito a julgamento ou questionamento de acordo com a autoridade médica ali presente. A ciência cumpre papel essencial nesse diálogo com a sociedade de acordo os valores e as relações de poder provenientes de tais categorias, definindo como tais “loucos morais” rompem com o tecido social e a patologização dessas pessoas demarca culturalmente com apelo ao biológico e a autoridade médica como centralizadora do que seria certo e errado intrinsecamente relacionada com valores sociais. Tal questão fica explícita na análise de Foucault sobre a construção da relação médico-doença e o papel da loucura como ferramenta de encarceramento de certos grupos na sociedade (FOUCAULT, 2020.)

Há muito a ciência hegemônica e a biomedicina foram produtoras de diferenças e marginalizadoras dessas pessoas de diversas formas; mesmo existindo alternativas a essa normatização no próprio campo científico, continuam sendo hegemônicas. Ainda eclodem tentativas e perspectivas alinhadas com a “cura gay”, que, como já citado, infringem o direito à subjetividade, mas também constroem uma argumentação ou justificativa para a precarização desses corpos, legitimando a agressão física e direta nos corpos LGBTs ou fazendo com que tais pessoas tenham a saúde mental prejudicada. Um exemplo é a pesquisa de Souza et al (2012),<sup>33</sup> que problematiza o alto índice de suicídio entre homens trans no Brasil. Trata-se, portanto, de responsabilidade essencial ao Estado responder a tais demandas e garantir a vida.

Mesmo com a despatologização da homossexualidade, ao longo dos anos emergiram diversos projetos de lei para forçar o retorno da condição como patologia. Tais projetos, popularmente chamados de “Cura Gay”, tramitam ainda no Brasil. O último projeto que coloca esse debate é o PL4931/2016 apresentado pelo Deputado Ezequiel Cortaz Teixeira do Podemos-RJ, que “Dispõe sobre o direito à modificação da orientação sexual em atenção à Dignidade Humana.” A última ação legislativa foi em 31/01/2019 na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), tendo sido

---

<sup>33</sup> A pesquisa chamada “Transexualidades e saúde no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans” foi coordenada pela Professora Érica Renata de Souza e financiada via chamada do CNPQ e parceria com o Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT – NUH/UFMG

“arquivado nos termos do Artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.”. Tal artigo registra que “Finda a legislatura, arquivar-se-ão definitivamente todas as proposições que no seu decurso tenham sido submetidas à deliberação da Câmara e ainda se encontrem em tramitação, com pareceres ou sem eles”, segundo o site da Câmara (consultado em 03/11/2022). Tal tramitação significa que o projeto não foi necessariamente derrotado, mas arquivado, pois o proponente não renovou o mandato.

Partindo de uma Política Ontológica (MOL A.; 2008), como a patologização da homossexualidade proveniente do Projeto de Cura gay e a construção histórica dessa categoria partem de um projeto de poder e disputa de estabilização na sociedade para a marginalização de pessoas que rompem com a heteronormatividade. A partir de um aprofundamento das questões relativas à ciência, saúde e sexualidade, principalmente por tais regulares projetos de internação ou cura via tratamento psicólogo ou psiquiátrico. Não obstante o recorrente debate sobre o projeto de “cura gay”, que mesmo não sendo aprovado impacta diretamente o debate sobre a temática na sociedade em geral. Assim como a disputa via patologização, a tentativa de aprovação da criminalização da homossexualidade no Código Penal de 1940 abre precedentes, inclusive de cunho científico como citado no texto anteriormente de “causa patológica ou degenerativa” como embasamento para debates futuros.

Por Política Ontológica, parto do pressuposto de Annemarie Mol (2008) de que não devemos naturalizar pressupostos, uma vez que a realidade parte de um caráter aberto e que pode ser contestado; a ontologia política é uma metodologia de modo ativo. Partindo do entendimento da tecnologia e da política, é possível entender essa natureza não imutável das coisas, tais realidades, objetos e contextos são colocados em ação, em movimento (*enacted*). O conceito de *enact* pode haver certa dificuldade de tradução, mas passa pela performance, pelo fazer, estabelecer, então a realidade é feita e não está intocada. A realidade é transformada o tempo inteiro, com interferência de objetos, estruturas de poder e instrumentos também, como exemplo da régua, que a partir do momento que ela mensura um objeto com certa medida, já faz uma inferência também.

No bojo das regulamentações protagonizadas pelo saber científico do século XIX, as discussões sobre saúde pública, higiene e as funções do estado diante dessas

demandas no Brasil acontecem no mesmo período em que vigora uma forte concepção positivista, estando também em suas bases teóricas e conceituais. Segundo Marcus Cueto e Steven Palmer (2016), é preciso destacar a grande influência política dos médicos que naquele período construíam discursos sobre higiene nas faculdades de medicina. Embora com uma roupagem que se fazia como neutra e técnico-científica, esses discursos carregavam uma forte conotação moral (Cueto e Palmer, 2016) e racial (Nascimento, 2022), projetando nos indivíduos a responsabilidade pela pobreza e outras “degenerações”.

A partir do histórico de patologização de pessoas não heterossexuais no Brasil, pelo olhar do papel da psiquiatria e da psicologia, assim como a medicina e a ciência, essa opressão foi patologizada e, mesmo após a despatologização em 1990, como os processos de “cura gay” e outras investidas conservadoras, ainda existe uma disputa sobre a marginalização dessas pessoas, com a chancela e relação dessas instâncias e ferramentas de poder. Segundo Mol (2002), a partir do momento em que o médico dá nome via diagnóstico, pensando nisso como uma ferramenta que aciona diversos atores e ferramentas de uma rede sociotécnica, a algo que a pessoa já experiencia, o médico *faz* (performa, produz) aquela doença em conjunto com a sociedade, com base no entendimento da homossexualidade como uma doença a ser tratada. A pessoa diagnosticada também faz (performa, produz) essa agora considerada doença, sendo considerado louco ou apenas doente. Os impactos do diagnóstico na autopercepção não podem ser ignorados, e podem ser perversos (Butler, 2010)

Entendendo a sociedade a partir de uma ontologia política, médicos e cientistas, a partir do século XIX principalmente, se tornam figuras de poder, coproduzindo uma estabilização de conceitos e realidades. Existem, ao mesmo tempo, formas distintas das pessoas atendidas performarem, assim como os médicos; mesmo existindo uma predominância de uma forma a outra, a questão é que as performances coexistem, nunca se estabilizam definitivamente, sempre existe uma disputa para saber qual será a mais utilizada. (MOL, A.; 2008)

É possível entender, a partir dessa análise, a forma como o conflito constante entre práticas faz com que a “cura gay” retome na sociedade de diversas formas, algumas vezes mais estabilizadas, outras menos, de acordo com a relação de poder



que é construída, seja via moral religiosa ou conhecimento científico. A sexualidade entendida como diagnóstico muda totalmente a perspectiva e individualiza uma questão que não é só individual ou biológica, mas uma questão social e situada no que se refere a marcadores sociais da diferença.

Alinho-me com os pressupostos de Annemarie Mol, no que tange tanto à proposta de uma Política Ontológica para construção de uma estabilização de um saber que não patologize sexualidades que não estejam no padrão moral construído socialmente, quanto no que parte do entendimento que o conhecimento também é utilizado como forma estabilização de realidades (MOL, A. 2008) e construção de uma ciência médica que normatiza corpos e estereotipa corpos, práticas e vidas. Além de diagnósticos no âmbito psicológicos e sociais, foram estudados outros intentos de marginalização da população LGBT de forma incisiva, como forma também de desarticulação e segregação física de tais pessoas, como se pode observar no trabalho de Simões e Facchini (2009). O surto de HIV/AIDS, também apelidado de “câncer gay”, exemplifica o caráter discriminatório de tal classificação e serviu como mais uma ferramenta de culpabilização de tais pessoas já excluídas da sociedade, seja por falta de políticas públicas e espaços de sociabilidades para exercer a sexualidade, seja pela necessidade de que essa população esteja fisicamente afastada das outras pessoas.

### 2.3 – IMPACTOS DA REFORMA NA PRÁTICA: O ACOLHIMENTO TOMA O POSTO DO DIAGNÓSTICO.

“Paramos diante da cama de um doente que estava ali para tomar eletrochoque. O psiquiatra apertou o botão e o homem entrou em convulsão. Ele então mandou levar aquele paciente para a enfermaria e pediu que trouxessem outro. Quando o novo paciente ficou pronto para a aplicação do choque, o médico me disse:

– Aperte o botão. E eu respondi:

– Não aperto!”

(Relato de Nise da Silveira)

Entre 1920 e 1930 houveram debates distintos entre a forma de patologização da homossexualidade. O enfoque endocrinológico adotado por Leonídio Ribeiro foi perdendo força, e como já foi dito, até mesmo pelo fato do médico não ter demonstrado eficácia ou comprovações de suas teorias. A outra forma de estabilizar a ideia da homossexualidade como patologia foi a psicológica, corroborada principalmente por psicólogos e psiquiatras, o tema foi pauta de encontros e congressos de tais categorias, onde tentativas de “resolução do problema” foram amplamente debatidas e aplicadas, construindo a gênese do que seria hoje os debates sobre a “cura gay”. Em 1938, foram apresentados no Primeiro Congresso Paulista de Psicologia, Neurologia, Psiquiatria, Endocrinologia, Identificação, Criminologia e Medicina Legal, por Aldo Sinisgalli, estudos sobre a homossexualidade, onde defendia a “prisão, o confinamento, o tratamento e a cura de todos os homossexuais do Brasil” (GREEN, 2019, P 227). Tal constructo, considerado nacionalista, ecoava com os ideais construídos no momento conjuntural, onde o Estado Novo se esforçava para a construção de ideal de cidadania e que não caberia “desvios” sociais nesse intento. De acordo com Sinisgalli, o encarceramento não era suficiente, sendo necessária então o aporte “científico” para a cura dessas pessoas (GREEN, 2019).

É importante retomar os elementos conjunturais já citados sobre o período histórico e a explanação pública do pensamento de Sinisgalli em 1938. Foi no mesmo período em que se debatia o código penal de 1940, quando foi proposta a criminalização da homossexualidade com aporte “científico”, onde se eram considerados “anormais por causa patológica ou degenerativa” (GREEN, J; POLITO, R., 2006). Na ocasião de tais proposições legais inclusive, Leonídio Ribeiro e outros “estudiosos” da homossexualidade saudaram a proposição, baseando sua atuação nas mesmas. Aqui faz-se importante recuperar a análise feita anteriormente e proposta por Mol (2008), segundo a qual a tentativa constante de estabilização não garante necessariamente que o protocolo ou a regra estabelecida seja aplicada. Contudo, de acordo com Green, mesmo a legislação não sendo aplicada, já teria sido aberto um precedente.

No entanto, os precedentes já estavam firmemente estabelecidos para permitir aos membros das famílias de homossexuais, juntamente com médicos e

psiquiatras, solicitar o confinamento de parentes envolvidos em atividades sexuais perversas em hospícios (GREEN, 2019, p.230)

Nesse sentido, sugerimos que, para além da Política Ontológica, quando as relações de poder definem certos corpos, saberes e práticas como mais legítimos que outros, estamos tratando de uma política moral de patologização das diferenças pela medicina e pela ciência. É importante demarcamos, que, no que tange ao encarceramento de homossexuais, pessoas de classe mais baixas, pessoas negras e indígenas eram mais vulneráveis a detenção compulsória por questões que eram relacionadas também à homossexualidade, vadiagem etc., não sendo necessariamente aplicada a ideia de cura, diferente de outros recortes, nos quais a família partia do intento de salvar essas pessoas (GREEN, 2019). Os hospitais psiquiátricos e instituições destinadas a “tratar” a loucura e outros desvios começaram a receber muitos homossexuais; os “invertidos” ou “pederastas” eram muitas vezes encaminhados pelas famílias. Segundo os casos estudados por James Green, junto com diagnósticos psicológicos e de cunho mental, também eram relatados diagnósticos de origem física e biológica, se mesclava questões como “desenvolvimento excessivo do membro viril”, número de pelos no corpo, grossura da voz, mas também características imputadas socialmente, como virilidade, se a pessoa tinha dons artísticos, se convivia com homens ou mulheres e até mesmo quais jogos preferia na infância (GREEN, 2019), fazendo com o que o diagnóstico perpassasse todas as questões.

Além dos horrores que eram vivenciados nos manicômios e que já foram tratados aqui, os motivos das internações também variavam de acordo com o contexto vivido no Brasil; as legitimações jurídicas e científicas serviam como ferramentas de legitimação de relações de poder e disputa ideológica. Durante a ditadura cívico-militar brasileira (1964-1985) as demarcações morais e a conservação do ideal de família burguesa já citados no trabalho se acentuaram, e a perseguição a homossexuais se firma em conjunto com o “fantasma do comunismo” a pré-existente eugenia e outros valores conservadores na sociedade brasileira (RODRIGUES, 2019).

Segundo Rita de Cássia Rodrigues, para a conservação dos ideais e da construção conservadora da ditadura brasileira no que tange à homossexualidade, vários aparatos foram utilizados, o campo judicial, aparelho policial, e ainda além do reforço médico-científico, uma esfera que atuou de forma intensa foi a cultural, via

mídia. O caso que fica nítida a interlocução das esferas naquele período e também demonstra a preocupação ideológica para além da homossexualidade é o caso de Roosevelt Antônio Chrysóstomo de Oliveira.

Chrysóstomo tinha 39 anos em 1979, era militante da causa homossexual e editor do conhecido jornal *Lampião da Esquina*. Um ano e meio após adotar uma criança de aproximadamente 3 anos de idade, recebeu denúncias de abusos e maus-tratos em relação à essa menina, Cláudia.

Embora possuindo emprego e residência certos, tendo comparecido espontaneamente aos atos do processo e o laudo de exame de corpo de delito a que a criança fora submetida afirmasse que suas partes genitais estavam íntegras e sem qualquer vestígio de violência, o promotor requerer a prisão preventiva. Sustentava tratar-se de uma pessoa imoral, portadora de vícios (o alcoolismo) e a tara (a homossexualidade, apresentada por ele como sinônimo de pedofilia heterossexual.) (RODRIGUES, 2019, p233).

Além de exemplares do *Lampião*, relatos de vizinhas e várias outras opiniões que construíram uma ideia de que o editor era contrário a moral e aos bons costumes. O jornalista foi analisado por dois psiquiatras do Estado, diagnosticado como “louco moral”; o diagnóstico foi elaborado de acordo com supostos “transtornos de personalidade” gerados “a partir do vício do álcool e de desvios sexuais”. Mesmo o diagnóstico não tendo relação nenhuma com a condenação, ele foi julgado e condenado a dois anos e oito meses de prisão por “atentado violento ao pudor, mais dois meses e vinte dias por maus-tratos a menor e um ano de medida de segurança em prisão por periculosidade social.” (TREVISAN, 2018, p. 194). Após um ano e nove meses de prisão ele foi libertado, porque o julgamento anterior “não se baseava em provas, mas em conjecturas”. Após ser libertado, tentou recuperar a guarda da menina, sem sucesso e, com “vários dentes a menos”, faleceu alguns meses depois. (RODRIGUES, 2019, p235).

O papel do aparato científico e da biomedicina como ferramenta basilar da estruturação de realidades sociais é uma questão essencial na discussão da despatologização de corpos e identidades que fogem ao padrão esperado. Um dos recursos essenciais nessa construção é o do diagnóstico, de acordo com Rosemberg, “O ato de diagnóstico estruturou a prática, conferiu aprovação social a determinados papéis da doença e legitimou as relações burocráticas” (ROSENBERG, 2020, p.4).

Segundo o autor, o diagnóstico é utilizado, desde o século XIX para imputar doenças falsamente atribuídas para realizar tarefas culturais (ROSENBERG, 2020). É possível complexificarmos a análise a partir de Mol, entendendo a doença sendo feita via diagnóstico não apenas pelo médico, mas também em relação com o paciente e com os artefatos; sozinho o médico não traz “a doença à existência” existência. “Quando um cirurgião está sozinho no seu escritório ele pode explicar ao etnógrafo visitante o que um diagnóstico clínico implica, mas sem um paciente ele não é capaz de fazer um diagnóstico. ” (MOL, 2002, p.10)

Entendendo a importância do diagnóstico como parte do processo de construção cultural de práticas e intento de aprovação social, é possível analisar a partir da construção histórica do diagnóstico da biomedicina no que tange à homossexualidade e a relação à loucura.

A pesquisa teve como propósito analisar como hoje é feito o acompanhamento desse público no CERSAM e se existe um intento de patologização da homossexualidade na prática cotidiana de profissionais do Centro. Analisando as entrevistas é possível perceber algumas questões que foram construídas no capítulo anterior e, também durante esse capítulo, é a forma como a Reforma Psiquiátrica impactou na prática, no que tange o acompanhamento psicossocial dentro do SUS no Brasil, e é partindo desse pressuposto que a análise foi elucidada.

A questão principal levantada na pesquisa e questionada na entrevista era a relação da sexualidade no que tange o diagnóstico e o acompanhamento de pessoas LGBs. Entendendo o papel histórico do diagnóstico para marginalização das sexualidades consideradas periféricas até a construção do projeto de “cura gay”, a investigação via entrevistas começaram a ser elucidadas então a partir do paradigma do diagnóstico em si, o que é um ponto importante a ser trabalhado, principalmente no que tange os debates da Reforma Psiquiátrica e também do papel do de profissionais da saúde no acolhimento de pessoas dentro do CERSAM.

A observação, no que tange a tentativa de entender se a forma como o diagnóstico era feito corroborava com a patologização de tais sexualidades ou a tentativa de “cura”, assim como qualquer tentativa de alteração da sexualidade dessas pessoas, fica nítida uma ruptura anterior, com o próprio diagnóstico. Como consta no trecho abaixo:

O diagnóstico ele não é algo tão importante, e a gente trabalha centrado na pessoa independente, é, do que ela traz pra você, então o mais importante é a

pessoa e não o diagnóstico, não a sexualidade, ou não a condição social, enfim. (Entrevista com Conceição, realizada em 30/08/2021)

Tal lógica fica nítida no que tange tanto a importância da não estigmatização via diagnóstico, tanto quanto não corroborar com uma lógica medicamentosa e medico-centrada. Tocando em outro ponto muito citado em todas as entrevistas, é a partir da ruptura com a centralidade do diagnóstico, é o acompanhamento “Terapia Centrada na Pessoa (TCP)”<sup>34</sup>, tal formato de atendimento foi citado em praticamente todas as entrevistas, ficando explícito uma estabilização pelo menos de profissionais de nível superior de itinerário de usuários do CERSAM Pampulha. O diagnóstico não deixa de existir no Centro, mas deixa de ser central, já que seu papel fica subordinado à necessidade de acompanhamento e de acordo com cada caso e a partir de um olhar que pode ou não ser de um médico.:

Ele (diagnóstico) não é (central), porque vemos ali diagnósticos de todos os jeitos né. Mas existe uma coisa que é daquela singularidade, daquela pessoa, o que que é grave alí, e a gravidade, e a intensidade da intervenção e da urgência, ela passa por diversos aspectos, não é só o diagnóstico, ela passa por várias questões , de retaguarda familiar, as vezes uma pessoa grave mas ela tem uma retaguarda familiar bacana, que às vezes a pessoa não vai nem precisar de ser internada, de ficar em hospitalidade noturna, às vezes é uma gravidade que, enfim, se ela tivesse uma pessoa em casa pra cuidar dela, ela poderia ir embora pra casa, mas aí diante disso ela precisa ficar internada, pra ela melhorar um pouco mais, é uma questão socioeconômica, as vezes é uma questão de várias coisas que influenciam nessa questão para além do diagnóstico. (Entrevista com Sônia, realizada em 18/08/2021)

O método de acompanhamento e a TCP corroboram com mais um princípio importante levantado pela Reforma Psiquiátrica e ainda hoje debatido pela Luta Antimanicomial: o tratamento em liberdade. Esse tema traz questões complexas e necessidade de debater a metodologia compartilhadas de acompanhamento das pessoas que são usuárias do CERSAM – Pampulha, por exemplo, no ponto levantado

---

<sup>34</sup> Como explicitada em entrevista, tal teoria tem como patrono o psicólogo Carl Rogers, que com proximidade com uma linha de caráter humanista promove um “acolhimento centrado na demanda e na necessidade do usuário para que a gente construa com eles um projeto terapêutico singular.” (Trecho de entrevista)

no trecho de entrevista acima, em relação a “retaguarda familiar”, como parte do ser social. É importante entendermos, dentro de tais âmbitos da vida pessoal dessas pessoas, que faz parte das condições de tratamento por profissionais do CERSAM, sendo questão tão cara para pessoas LGBTs. A questão da família para esse grupo fica nítida, não só em caráter histórico por romper com o ideal da família burguesa e o papel esperado, ou por ser também um dos espaços de produção cultural dos valores de cidadania ideal (COSTA, 1979; FOUCAULT, 2007; VAINFAS, 2017).

A família, para o acompanhamento do CERSAM – Pampulha, é ponto central no acompanhamento independente do grupo; há um entendimento de que o tratamento tem que ser feito em relação com a realidade e a sociabilidade da pessoa, sendo então a família parte constitutiva da vida dessas pessoas, seja pela ausência ou pela presença. Tal lógica de acompanhamento familiar também é importante para romper com a forma com que antes a família “fazia parte”, seja nos relatos de James Green (2019) ou no histórico de internação como um todo, já que são familiares que muitas vezes levam as pessoas para o CERSAM, ou chegam com elas. Existe um esforço então de acompanhamento e tentativa de aproximação da família desses casos, relevando, de acordo com a necessidade das pessoas em acompanhamento e também partindo de uma possibilidade de conceito ampliado de família:

A gente compreende que sem a família fica mais difícil. Então, num conceito genérico, é bom que a gente tenha, para esse usuário, que tem um sofrimento mental e está em crise, que a gente possa contar com o apoio dessa família - seja família numa perspectiva mais restrita, ou seja família numa perspectiva mais ampliada, e aí incluindo até os familiares sem consanguinidade, que é um amigo próximo, que é um vizinho, né? Então essa é uma perspectiva que a gente sempre considera como importante que a gente possa contar, né? Para o usuário LGBTQIA+, o que conta é o quanto que ele se sente confortável na lida com esse familiar: às vezes isso é muito difícil, e aí a gente só faz alguma referência para com a família das questões de sexualidade na medida em que esse usuário nos autoriza. (Entrevista com Mercês, realizada em 23/06/2021)

O cuidado no que tange à relação familiar, como já dito, é essencial para pessoas LGBTs, que respeita o processo de aproximação e aceitação da sexualidade para com a sociedade, e a família como parte dela:

A gente pode tratar com a família desse usuário das questões relativas ao sofrimento que não estão afeitas à questão da sexualidade. Quando o ponto central é a sexualidade e ele quer preservada sua privacidade, isso é respeitado, porque a gente não se sente autorizado, *a priori*, a nada que o usuário não, de fato, nos autorize, né? (Entrevista com Mercês, realizada em 23/06/2021)

Em todas as entrevistas, profissionais relataram já ter atendido algum caso de pessoa que se identificassem como LGB, com referência a autodeclaração das pessoas, já que não existe como critério de acolhimento perguntar a sexualidade de usuárias e usuários. Nesse caso, e de acordo com a TCP, a questão só era levantada se a pessoa trouxesse para a profissional, ou se tivesse diretamente relacionado com o acompanhamento e a questão referente à saúde mental que estava sendo acompanhada no Centro. Por esse motivo, não existe a possibilidade de dimensionar a quantidade de pessoas LGBs em acompanhamento no CERSAM – Pampulha, mas é possível aprofundar a análise da forma como o entendimento de profissionais do Centro se articula com o acompanhamento e a abertura dessas pessoas.

O primeiro ponto referente à sexualidade que é importante ser levantado na especificidade do acompanhamento no CERSAM-Pampulha é que, por tratar principalmente de pessoas em crise, às vezes a própria vivência da sexualidade fica elipsada, pois:

Nossos usuários, eles têm dificuldade, às vezes, de exercitar a própria sexualidade, né? (...) é de uma dificuldade em lidar com a sexualidade, de aceitar o toque, aceitar a aproximação, seja de um, de alguém do próprio, do sexo que se identifica ou do, vamos dizer, sexo oposto, porque não é um termo muito adequado. Mas eles têm, muitas vezes, essa dificuldade. E isso é... as vezes, é um aspecto da psicose que traz, também, por esse viés, algum nível de angústia e sofrimento. (Entrevista com Mercês, realizada em 23/06/2021)

Tal realidade evoca a culpabilização<sup>35</sup> de pessoas que, além de homossexuais, seriam “celibatárias” e que não cumpriam papéis determinados na construção da “pátria saudável” (TREVISAN, 2018; COSTA, 1979), demonstrando como a relação com a sexualidade é ainda mais complexa.

---

<sup>35</sup> Não quer dizer que essa é a forma com que o CERSAM – P entende essas pessoas, mas a forma como historicamente a sociedade relacionaram a loucura com estas ditas “patologias”.



Foram citados nas entrevistas, alguns casos de pessoas LGBs que estavam em acompanhamento com profissionais, mas na maioria das vezes a questão da sexualidade não se salientou como questão central como parte do sofrimento que a pessoa que estava em acompanhamento relatava. Por exemplo, um caso em que o usuário era gay, que passou por problemas em um relacionamento, questões relacionadas à autoestima e relações interpessoais, porém, seu sofrimento mental não foi entendido como uma questão relacionada à sexualidade, “Mas com relação com a sexualidade dele, ele tá ok, tá? Ele não tem essa luta”. Se partimos do princípio que o ser humano é biopsicossocial ou de uma análise antropológica mais clássica do tríplice ponto de vista do “Homem Total”, como sendo Fisiológica, Psicológica e Sociológica (MAUSS, 2017), é impossível separarmos o âmbito da sexualidade da formação e das relações dos seres humanos. É preciso então levar em consideração todos os âmbitos na avaliação e acompanhamento de casos, se atentando para especificidades de populações que foram ou são marginalizadas e excluídas socialmente.

Ainda nas entrevistas surgiu uma preocupação que contribuiu para a elaboração do questionamento em relação ao número de LGBs e qual o real alcance da sensibilidade e abertura para a auto declaração, pois:

Dentro dos próprios segmentos ainda existe o medo né de se autodeclarar qualquer coisa e sofrer retaliação em qualquer espaço que você esteja né, o olhar sobre o outro ainda é muito pesado né. O que que se enxerga e o que que o outro está esperando, desse olhar do outro é muito complicado né é.... e ter um olhar diferenciado acho que é necessário né? (Entrevista com Marlene, realizada em 13/08/2021)

Tal questionamento nos leva a refletir a relação do acompanhamento de profissionais e os limites da política pública<sup>36</sup>, tanto para captar subjetividades, quanto para entender a aplicabilidade das questões que perpassam as esferas da vida do ser humano de forma situada cultural e politicamente.

Fica nítido que no que se refere a relação de usuários e usuárias do CERSAM-Pampulha e a sexualidade que não é reproduzido o estigma de patologização e tentativa de cura de LGBs, seja pela concordância com os paradigmas conquistados

---

<sup>36</sup> A questão relacionada a política pública e a atuação de profissionais será melhor trabalhada no 3º capítulo.

pela Reforma Psiquiátrica, ou pela formação e acompanhamento da equipe via TCP. O itinerário seguido pela equipe técnica de referência do CERSAM- Pampulha no geral é de comum acordo e bem resumida nesse trecho:

Isso pra mim não gera uma diferenciação, sabe, assim, o público que chega pra mim, tanto LGBT ou LGB né, se é hétero, se é homem, se é mulher, se é psicótico, se é neurótico, eu faço um trabalho, e ai é uma orientação já que eu venho fazendo, centrada na pessoa e o tratamento é diferenciado para ela, não por ela ser de uma coisa ou outra (Entrevista com Sônia, realizada em 18/08/2021)

É possível, a partir daí, entender quais os impactos e a realidade das diretrizes que são aplicadas no CERSAM – Pampulha e aprofundar uma análise dos limites da política institucional para a população LGB.

### **CAPÍTULO 3 - OS LIMITES ENTRE A POLÍTICA PÚBLICA E A CIDADANIA LGBT**

Mas uma coisa sagrada vocês fizeram: conseguiram quebrar a casca do ovo, conseguiram gritar para o Brasil que vocês existem e que não querem nada a mais, nem nada a menos do que ninguém. Vocês querem ser brasileiros, trabalhar e viver respeitados, como todos querem ser respeitados no mundo<sup>37</sup>

Na construção dos direitos humanos e da política pública no Brasil existem diversos impasses e debates, variando de acordo com o contexto histórico, governo vigente e instituições envolvidas. Da mesma forma foi a construção do SUS e também das políticas públicas voltadas a população LGBT.

O entendimento do modelo de saúde, e qual o papel das políticas públicas no país, perpassam debates complexos muitas vezes influenciadas por debates externos e parâmetros internacionais. Neste capítulo, será possível avaliarmos historicamente como se deu a construção das políticas universais e o impacto dos debates no bojo da Constituição de 1988, assim como a importância de disputar a agenda pública de acordo com cada governo e contexto político para a formulação do que se enquadra no cerne dos Direitos Humanos no Brasil.

Outro debate que iremos fazer é a partir das formulações voltadas especificamente para a população LGBT? Qual é o papel da legislação na disputa da sociedade? Quais são os atores e atrizes que participam dessa construção, perpassando uma análise da necessidade da multiplicidade nesse contexto, mas também problematizando o princípio da universalidade e da focalização como estruturação das políticas públicas?

Por fim, nesse capítulo é importante, partindo das entrevistas, avaliar qual a importância da estabilização das legislações e políticas públicas construídas a nível nacional e parâmetros internacionais, avaliar também na prática qual o conhecimento

---

<sup>37</sup> Trecho de Discurso do então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na solenidade de abertura da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT, em 2008.

Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/2o-mandato/2008/05-06-2008-discurso-do-presidente-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva-na-solenidade-de-abertura-da-i-conferencia-nacional-de-gays-lesbicas-bissexuais-travestis-e-transexuais>

e formação de profissionais do CERSAM – Pampulha no que tange às políticas de saúde para a população LGB.

### 3.1 – OS DIREITOS HUMANOS E “GRUPOS VULNERÁVEIS” NO BRASIL

No que tange a legislação geral no que concerne à saúde pública no Brasil, é importante partirmos do Sistema Único de Saúde (SUS). O debate entorno da saúde no Brasil teve avanços e mudanças substantivas com o passar do tempo; nenhuma delas sem interferências de diversos grupos na sociedade e impactos gerais, mas podemos avaliar a Constituição de 1988 como um dos maiores impactos na saúde pública do país em sua história, quando foi fundamentada a implementação do SUS. De acordo com Calazans (2020):

O SUS é produto de iniciativa de participação popular e demanda do movimento da reforma sanitária. Funda-se em uma concepção ampliada de saúde que a compreende como produto das condições de vida das pessoas e populações, incluindo a noção de determinação social, econômica, cultural e bioecológica da saúde, mas também condicionada ao acesso a bens de serviço de saúde (CALAZANS, G. 2020; Pg. 447)

Tal concepção parte do princípio da Constituição Federal de 1988, que deu base para a fundamentação do SUS por meio das leis orgânicas da saúde<sup>38</sup> e busca romper com a concepção de saúde, não pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Tem pontos importantes na fundamentação do SUS que são basilares para avanços que temos na saúde pública brasileira hoje. O Sistema foi é organizado com os seguintes princípios:

Da ‘universalidade’ – que garante o direito a saúde a todos os cidadãos, sem restrições de acesso às ações e aos serviços de saúde -, da ‘integralidade’- que busca assegurar um conjunto integrado e contínuo de ações e serviços individuais e coletivos, promotores, preventivos e curativos, mas também no

---

<sup>38</sup> Leis Federais 8080/1990 que dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” e a Lei 8142/1990 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.”

reconhecimento das profundas desigualdades sociais, m busca proporcionar justiça social por meio do princípio da discriminação positiva ou da ação afirmativa (CALAZANS, G. 2020; Pg. 448)

Além de tais princípios, o SUS é baseado na premissa organizativa da descentralização, da regionalização, da hierarquização e regulado via participação e controle social. Existe uma importante discussão entorno da forma com que os princípios do SUS impactam e devem ser geridos para buscar equidade dentro do princípio da universalidade e tantos desafios, será feita no próximo ponto deste mesmo capítulo.

Ainda de acordo com a Constituição de 88, foi feita também fruto de muita mobilização e debate de movimentos sociais, discussões no que tange a discriminação à orientação sexual. Segundo Carrara (2016), esse debate fomentou grande discussão no “Movimento Homossexual Brasileiro”<sup>39</sup>, pois distintas vertentes do movimento e também com influências de debates acadêmicos, tinham concepções divergentes no que tange o termo e o impacto do mesmo na prática das organizações e da disputa da sociedade como um todo (CARRARA, 2016). Além disso, o compromisso da Constituição Cidadã deixava nítida a importância da participação social e a democracia. Por fim, a Constituição de 1988 não incorporou a condenação explícita da discriminação com base na orientação sexual, mas o artigo, mesmo de forma mais ampla foi utilizado, pois é feita a leitura de que “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e **quaisquer outras formas de discriminação.** ” (BRASIL, 1988) abre a possibilidade de disputa entorno da interpretação. A Constituição Cidadã foi importante para abrir canais de disputa entorno de populações marginalizadas socialmente, inclusive a população LGBT (SARAIVA, 2017).

Após a disputa conceitual no bojo da Constituição, podemos dizer que a primeira política pública que atingiu e teve certa formulação voltada diretamente à saúde da população LGBT foram as ações direcionadas à epidemia de HIV/AIDS nos anos de 1980 e 1990, mesmo a epidemia não sendo exclusiva de LGBTs ,e como já tratado acima, é importante desvincularmos tal estigma criado pela ideia de “câncer gay” ou “peste gay”, Homens que fazem sexo com Homens (HSH) e travestis eram

---

<sup>39</sup> Nome utilizado na época.

consideradas pessoas em situação de “vulnerabilidade”. Para a construção da ideia de vulnerabilidade, perpassa o entendimento de “grupo de risco” ou grupo com “comportamento de risco”, entendendo que a “vulnerabilidade individual é afetada pelo grau de informação e consciência do problema e de acesso aos recursos necessários para adotar comportamento de proteção” (SIMÕES; FACCHINI, 2009. Pg 134). Foi criado o “Programa Nacional de DST e Aids”, as ações foram articuladas com movimentos e ONGs e mesmo no início vários governos na América Latina não tendo aceitado a gravidade da situação, o Brasil foi referência no tratamento, diminuindo de forma importante o custo dos tratamentos e a morte e complicação das infecções, incluindo como estratégia a quebra de patentes para medicação (Mello; Perilo; Braz; Pedrosa, 2011).

De forma explícita e além do contexto reativo das políticas para a epidemia de HIV/AIDS, o primeiro “marco na formulação de uma política LGBT” foi o Programa Nacional de Direitos Humanos - 2 (PNDH 2) na gestão do então Presidente Fernando Henrique Cardoso. “Das 518 ações propostas no documento, cinco se referiam claramente à ‘orientação sexual’” (SARAIVA, 2017). Segundo o autor, o movimento LGBT ainda não tinha como um dos enfoques a pressão ao poder executivo, por se tratar de um governo considerado conservador, mas foi um grande avanço para o movimento, no que se refere a versão anterior do PNDH, pois o documento não fazia nenhuma proposta direta à população LGBT.

O Programa Nacional de Direitos Humanos – 1 (PNDH1) reconheceu em 1996 a vulnerabilidade de pessoas LGBT, um avanço à época, mesmo que o debate já tendo sido iniciado em políticas e campanhas direcionadas à HIV/AIDS no Brasil como citado anteriormente. O entendimento dos Direitos Humanos de forma institucional no Brasil se iniciou com a criação do Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CDDPH), “sancionado pelo então presidente João Goulart, em 1964, duas semanas antes do golpe civil-militar que colocou uma mordaza no CDDPH, então submetido ao Ministério da Justiça” (SARAIVA, 2017, Pg. 87). Tal período, por motivos óbvios e pela falta do funcionamento do CDDPH, deixou uma lacuna em ações institucionais no que tange aos direitos humanos até a redemocratização. Em 1995, foi criada a Comissão de Direitos Humanos (CDH) na Câmara dos Deputados a nível federal, grande vitória para os Direitos Humanos no

Brasil, para a organização de Conferências e formulação dos Programas Nacionais de Direitos Humanos.

Em relação aos avanços nos Direitos Humanos e na formulação do SUS como garantia da manutenção de tais direitos, é importante pensarmos quais os limites dessas políticas e também a necessidade de especificação de recortes específicos nos direitos humanos e a focalização necessária para a garantia da equidade no que tange a saúde pública. Os entraves da mesma, parte de divergências no modelo e inclusive disputas em torno dos princípios do SUS, a falta de capilarização (seja via governantes municipais e estaduais), assim como falta de investimento é uma realidade não só para a população LGBT. Fica nítido então que:

O ideal de construção de uma política de saúde integral para a população LGBT, portanto, ainda enfrenta os mesmos desafios das ações voltadas para o conjunto da população em geral, ao mesmo tempo em que se vê marcado pelas dificuldades inerentes à criação de uma política pública que reconheça as especificidades das demandas de distintos segmentos marginalizados socialmente. (Mello; Perilo; Braz; Pedrosa, 2011, p23).

A disputa da política pública perpassa a importância da participação social, mas também os entraves políticos de que presidentes e políticos avaliam de acordo com os cálculos estratégicos eleitorais para assumir certas demandas (SARAIVA, 2017). Outra questão importante de se analisar, além de decisões verticais em relação às políticas públicas, é a forma como a participação social e o fomento dos debates aumenta a capilaridade e o debate em relação a tais políticas. De acordo com Feitosa (2017), a participação social no governo FHC(1995-2003), por exemplo, configurava-se como deliberativa; já no governo Lula(2003-2011), a mesma é considerada uma “escuta” com um “aumento exponencial da participação social e das instituições participativas” (FEITOSA, 2017. Pág. 36). Tal tema, como já explicitado até aqui é sensível para a população LGB, mas não só, por isso é importante demarcarmos também no bojo da saúde, não apenas o seu oposto (doença), que foi utilizado historicamente para a discriminação de grupos sociais marcados. A nível internacional a homossexualidade foi considerada patologia até 1973 no DSM<sup>40</sup> pela Associação Americana de Psiquiatria (CALAZANS, 2020), mas só foi retirado do

---

<sup>40</sup> Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) em inglês

CID<sup>41</sup> na sua 10ª versão. Mesmo sendo retirado do CID-10, ainda deixou em aberto a possibilidade de patologização da homossexualidade por meio do diagnóstico de:

Orientação sexual egodistônica' como um dos seus 'resíduos patologizantes' contribuiu para sustentar esforços de repatologização da homossexualidade por parte dos grupos militantes conservadores que reivindicam a legitimidade de ofertar terapias de reversão sexual. (CALAZANS, 2020, p440)

A modificação referente à sexualidade só foi feita no último CID (11), que foi lançada em 2018 e entrou em vigor em janeiro desse ano. Segundo o Ministério da Saúde, o CID-11 está sendo traduzido<sup>42</sup> para o português em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, mas já está em vigor. Embora a regulamentação a nível internacional tenha se pautado de forma ampla pelos CIDs, no Brasil o CID-9, que ficou vigente até 1990, teve a cláusula referente à “desvio e transtorno sexual” desconsiderada de maneira formal ainda em 1985, por articulação do Movimento Homossexual Brasileiro<sup>43</sup> e cobrança da Previdência e Assistencial Social e da Saúde (CALAZANS, 2020). “Para orientar o seu posicionamento, o ministro da Saúde à época recorreu à Consultoria Jurídica do Ministério, ao Centro Brasileiro de Classificação de Doenças e ao Conselho Federal de Medicina<sup>44</sup>” (CALAZANS. 2020. P 442).

Mesmo com a desarticulação do diagnóstico no Brasil em 1985 e via CID em 1990 (como tratado no capítulo anterior), várias tentativas de estabilizar a patologização da homossexualidade, principalmente como transtorno mental, são mobilizadas. A consolidação das decisões aqui já citadas como exemplo do CID também segue sendo articulada. Através de denúncias relacionadas a tentativa de “reorientação sexual”, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) lançou a Resolução 01/1999<sup>45</sup>, que “estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação a

---

<sup>41</sup> Classificação Internacional de Doenças

<sup>42</sup> <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/ministerio-da-saude-coordena-traducao-do-novo-codigo-internacional-de-doencas-para-a-lingua-portuguesa>

<sup>43</sup> Termo utilizado à época, como já citado aqui anteriormente.

<sup>44</sup> Parecer disponível em:

[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/1985/5\\_1985.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/1985/5_1985.pdf) Acesso em: 16/11/2022

<sup>45</sup> Disponível em [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf) Acesso em 16/11/2022



questão da orientação sexual”; tal resolução proíbe todas as formas de intervenção profissional no que tange à orientação sexual pela perspectiva patológica.

De acordo com Pedro Bicalho (2020), a resolução foi a mais atacada do CFP, decretos, interpelações do Ministério Público Federal, ações populares, decretos legislativos da câmara, entre outros. As justificativas perpassavam por justificativa para “perseguição de grupos religiosos que ofereciam tratamento para o ‘homossexualismo’” (BICALHO, 2020, 514), falta de liberdade de expressão, impedimento de exercício profissional, que causaria danos para psicólogas e psicólogos e até mesmo justificada em posicionamento político, considerando a resolução como “sem base científica”. Com toda essa pressão e principalmente pela articulação da autointitulada “psicologia cristã”, a ação foi acatada pelo Juiz Waldemar Claudio de Camargo e a sentença determinou que o CFP:

Interpretasse de modo a não proibir a prática psicológica de reorientação sexual para ‘egodistônicos que desejassem tal mudança’. Tal decisão foi mantida até abril de 2019, quando a liminar do Supremo Tribunal Federal em favor de reclamação do CFP desfez os efeitos da sentença. (BICALHO, 2020, p.515)

De acordo com Bicalho (2020), os questionamentos feitos no âmbito da tentativa de “cura gay”, para que seja levada em consideração, precisa ser “embasada técnica e cientificamente em pesquisa teórica e experimental, esta reguladas pelas resoluções de ética em pesquisa com seres humanos”. Sobre a questão da ética, é possível retomarmos a discussão feita no capítulo 1 sobre os questionamentos do CRM em relação ao CERSAM, para que possamos pensar a importância do questionamento à neutralidade como argumento no campo do científico, como foi utilizado pelo CRM, demarcando a necessidade de entender o saber como localizado (Haraway, 1995). O posicionamento do CFP deixa nítida a concordância com a discussão trazida até aqui, pois entende que “A despatologização é a reparação de um erro histórico, que produziu estigmatização e violência. A Resolução 01/1999 e a 01/2018<sup>46</sup> corroboram, de fato, tal sentido político” (CALAZANS, 2020, 523).

---

<sup>46</sup> Tal resolução estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf> Acesso em 16/11/2022

É possível, a partir desses elementos relacionados a política pública, os direitos humanos e a formulação em saúde no Brasil, avaliarmos os impactos dos direitos para a saúde LGBT, assim como a importância de debatermos dentro dos princípios do SUS e dos Direitos Humanos no país, quais as necessidades específicas para a população LGBT.

### 3.2 – UM OLHAR MÚLTIPLO: DESAFIOS DA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA ENTRE O UNIVERSAL E O FOCALIZADO

Como pudemos ver até aqui, desde a invasão do Brasil, o debate entorno da homossexualidade perpassou diversos âmbitos até o início de criação de políticas públicas, entre eles jurídico, médico, legal, cultural, entre outros. Além das tentativas de criminalização, houve muitas disputas e avanços com o passar do tempo, e é importante fazermos nesse ponto a avaliação tanto do impacto, quanto da permeabilidade dessas políticas positivas no que tange a saúde da população LGB, perpassando as conquistas enquanto movimento a partir das formulações no âmbito dos direitos humanos.

Para além dos avanços no que tange a despatologização da homossexualidade, é possível entendermos e é preciso analisar as ações afirmativas e políticas públicas voltadas para essa população, uma demarcação importante nesse âmbito é que “é fundamental reconhecer que tais políticas, assim como as próprias políticas de saúde no marco do SUS, são produto de pressão do movimento social e de sua articulação com as esferas de gestão” (CALAZANS, 2020, pg449). Corroborando essa afirmação, podemos entender tal articulação a partir também da criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNDC) em 2001, O Conselho em 2003<sup>47</sup> criou uma Comissão Permanente para receber denúncias de violação dos direitos humanos de pessoas LGBT, o conteúdo dessa comissão em conjunto com representantes dos movimentos sociais e a Secretaria Especial de

---

<sup>47</sup> Já na gestão de Luís Inácio Lula da Silva

Direitos Humanos (SEDH) foi sistematizado e veio a se tornar o primeiro documento do Programa Brasil Sem Homofobia (BSH)<sup>48</sup>, programa lançado em 2004.

O BSH é o exemplo de esforço coletivo entre movimento social e governo, na tentativa de avançar nas políticas públicas, participação social e garantia de direitos, o programa foi um marco no princípio de formulação de políticas para a população LGBT. O Programa prevê 53 ações distribuídas em 11 áreas.

Das três ações relativas à saúde, a principal delas talvez seja a formalização do Comitê Técnico Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, do Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população. As outras duas reportam-se à produção de conhecimentos sobre saúde da população LGBT e à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a essa população (Brasil, 2004a). (Mello; Perilo; Braz; Pedrosa, 2011, pg 14).

No dia 14 de outubro 2004, foi implementado o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT<sup>49</sup>, com a intenção de promover equidade diante dos princípios do SUS e em resposta ao PBSH, ainda no mesmo ano foram apresentados diagnósticos no que tange a saúde de mulheres lésbicas na ocasião do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tal demanda foi apresentada tanto pelo PBSH quanto pelo V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas. (SALAZANS, 2020).

Mais avanços para a população LGBT na área da saúde foram implementadas no lançamento da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde<sup>50</sup>. O documento obteve avanços explícitos em relação ao respeito à orientação sexual e também garantiu o uso do nome social de pessoas trans, “Entretanto, as dificuldades de efetivação destes parâmetros da Carta são muitas e recorrentes, o que coloca em xeque sua

---

<sup>48</sup> O programa foi lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil\\_sem\\_homofobia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf) Acesso em 17/11/2022

<sup>49</sup> Foi criado pela portaria 227/2004 e “Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB”. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2227\\_14\\_10\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2227_14_10_2004.html). Acesso em 17/11/2022

<sup>50</sup> Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675\\_30\\_03\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0675_30_03_2006.html) Acesso em 17/11/2022

efetividade” (Mello; Perilo; Braz; Pedrosa, 2011, p15), é importante então pensarmos nos limites e da capilarização dessas ações nos serviços.

Em 2008 aconteceu a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. O evento teve em sua solenidade de abertura o então Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva, o que demarca uma movimentação importante para os direitos da população LGBT. Como já colocado no ponto anterior do mesmo capítulo, de acordo com as movimentações políticas, e construção de programas no que tange à política pública, a política também é referenciada em cálculos eleitorais, sendo que a opinião pública não necessariamente aprova a aproximação de presidentes às pautas LGBTs (SARAIVA, 2017). Outro ponto importante a se avaliar é a construção de participação social para tais perspectivas (FEITOSA, 2017).

A I Conferência LGBT teve como tema “Direitos Humanos e Políticas Públicas: O caminho para garantir a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, comprovando a importância da pauta da saúde em no encontro e para os movimentos sociais, 30% das propostas da conferência foram voltadas para a área da saúde, com o resultado da Conferência, o governo sistematizou as propostas no chamado “Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, que

De um total de 166 estratégias de ação que integram o referido Plano, 48 dizem respeito à saúde (Brasil, 2009), com destaque para as que propõem a aprovação e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais nas instâncias do SUS<sup>51</sup> (Nota de rodapé minha). (Mello; Perilo; Braz; Pedrosa, 2011, pg 17).

Além dessas formulações o Plano Nacional de Direitos Humanos – 3, obteve importantes avanços na atenção à saúde a população LGBT, mas também “para diversos segmentos marginalizados e subalternizados, a exemplo da expansão e da consolidação de serviços básicos de saúde e de atendimento domiciliar”, assim como

---

<sup>51</sup> A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) foi implementada em 2011 via portaria 2836, que institui o plano no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html) Acesso em: 17/112022

o reconhecimento da “orientação sexual” como especificidade a ser contemplada nos programas de atenção integral à saúde das mulheres” (Mello; Perilo; Braz; Pedrosa, 2011). De acordo com Saraiva (2017) é possível fazer uma análise da linha do tempo de tais políticas públicas de acordo com o governo vigente. Após a democratização o governo de FHC obteve alguns avanços no que tange a política de direitos humanos, o governo de Luís Inácio Lula da Silva foi o que mais investiu e protagonizou avanços importantes na política pública e na participação social nas políticas de saúde e para população LGBT. Houve uma paralização nesse âmbito no governo de Dilma Rouseff, pois segundo o autor foi praticamente paralisada no âmbito da governabilidade (SARAIVA, 2017), tanto que veio sofrer um golpe parlamentar posteriormente, então tais políticas ocorreu um “apagamento temático” nesse âmbito no governo de Michel Temer.

Uma questão que preocupa as autoras e autores dos trabalhos que foram utilizados para o embasamento do debate da política pública em saúde para a população LGBT até aqui, é a aplicabilidade de tais políticas na prática. Tal impasse tem uma questão que irei abordar que é relacionada a promoção das políticas de cunho universal em detrimento das focalizadas. Os princípios do SUS perpassam principalmente os valores de universalidade do acesso e integralidade da ação, e a importância que isso perpassa no que tange à garantia de direitos humanos de forma mais ampla é basilar para a estruturação de políticas públicas ditas específicas, principalmente no que tange à realidade brasileira e o histórico de iniquidades de diversos grupos. De acordo com Tatiana Lionço (2008), a necessidade da universalidade é essencial para a efetivação da cidadania, mas a focalização de ações e políticas públicas são essenciais para atingir a equidade. Ainda segundo ela:

A noção de equidade não comparece explicitamente como princípio, seja na Constituição Federal seja na legislação relativa ao SUS, mas é afirmado atualmente um conceito-chave para problematizar os entraves que inviabilizam ou retardam o alcance da universalidade e da integralidade, visando superar desigualdades no acesso e no cuidado que, longe do ideal, configuram a realidade do sistema (LIONÇO, 2008, pg. 12)

A importância de pensarmos tais desafios perpassam a necessidade singular de certos grupos, inclusos população LGBT na garantia de direitos e a saúde integral, rompendo com “processos de estigmatização, discriminação e patologização voltados

às orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes” (CALAZANS, 2020, pg. 449). Por isso é importante pensarmos tais processos complexos com a intenção de intensificarmos a avaliação das formas como a política pública e a garantia de direitos é firmada dentro de uma ideia de reparação da cidadania. De acordo com Lionço (2008), “A discussão sobre os direitos humanos apresenta, portanto, um movimento pendular que explicita o antagonismo que o caracteriza, ao afirmar sincronicamente o direito à igualdade e à diferença, à universalidade e à especificidade.” (LIONÇO, 2008, pg16.).

É possível, por meio das reflexões de Annemarie Mol (2008), aprofundar a análise que propõe um explícito “antagonismo” entre universalidade e a especificidade, pois se entendemos via dimensão ontológica que a “realidade é localizada histórica, cultural e materialmente” (MOL, 2008. Pg2) podemos entender as realidades como múltiplas. É possível, pela análise da autora, propor um exercício de cunho epistemológico para analisarmos a disputa da política pública e a inserção dela na prática profissional. Como já foi trabalhado anteriormente o conceito de performance<sup>52</sup>, é possível entendermos a prática profissional e o desenho da política pública na prática para além do antagonismo universalidade e especificidade.

Mol cita como exemplo as formas de diagnóstico da anemia e como a doença é diagnosticada e performada tanto por profissionais como por pacientes; segundo ela, a forma patofisiológica é a forma indicada pelos manuais médicos, mas na prática a forma dominante é a forma estatística, pois não existem condições ideais para a aplicabilidade dos métodos. Da mesma forma com que a política pública é performada, os usuários do CERSAM também performam e tem necessidades específicas que são provenientes de demandas localizadas “histórica, cultural e materialmente”.

Digo que a questão é epistemológica pois é interessante pensarmos a falta de possibilidade de estabilização permanente de qualquer realidade, é sobre “Tolerar fins em aberto, enfrentar dilemas trágicos e viver sob tensão” (MOL, 2008, 14). É possível perceber a homossexualidade<sup>53</sup> também como uma realidade múltipla a partir da visão

---

<sup>52</sup> Em inglês a autora utiliza enacted, pode haver certa dificuldade de tradução, mas passa pela performance, mas também por fazer, estabelecer, então a realidade é feita e não está intocada. A realidade é transformada o tempo inteiro, mas com interferência de objetos, instrumentos, etc. não ignorando as relações de poder.

<sup>53</sup> Não é a intenção comparar a homossexualidade à qualquer patologia ou diagnóstico, apenas para entender a questão como questão epistemológica e como performance.

das usuários e usuários do CERSAM. Alguns casos comentados nas entrevistas deixam nítida essa necessidade de visão múltipla. pois em alguns casos “a homossexualidade não é uma questão para ele”, mas em outros casos específicos a homossexualidade é exatamente o motivo do sofrimento<sup>54</sup>, então a forma de enxergar a mesma deve ser distinta. Como por exemplo:

Os sub humanos você pode categorizar aí né, é negro, pobre, prostituta, é os homossexuais, todas essas denominações aí são vistas como sub humanas, como se fosse uma segunda categoria de humano. Então essas pessoas elas chegam ou muito numa defensiva, tá, cê tem que ler o atendimento, cê tem que ir pelas beiradas mesmo, passar para eles até assim que, a confiança de que está ali diante de um profissional e não de mais um que irá julgá-lo e dizer o que é certo e o que é errado, tentar né igual diz outra pessoa, consertar, " ah não, você tá errado, você tem que consertar". Então eles chegam numa condição de muita fragilidade, fragilidade mesmo assim, absurda mesmo (Entrevista com Francisca, realizada em 13/08/2021)

Porque a diretriz do SUS né assim, é o acolhimento do universal, da integralidade do sujeito, assim como da própria política mesmo né assim, específica, tanto da saúde da mulher quanto, na, da própria LGBT né, ela tem essa questão básica da equidade, da integralidade, da universalidade do acesso. Então a partir de quando ele chegar à inserção dos casos, quando é inserido para o técnico, ele é visto na sua singularidade né, assim na sua individualidade e aí as suas articulações, que você poderia pensar assim (Entrevista com Elza Maria, realizada em 03/09/2021)

Além de entendermos os limites da política pública e conseguirmos avaliar exatamente a forma como tais políticas impactam no CERSAM- Pampulha, é possível de partir do princípio que métodos de análise coexistem e não existe uma resposta estabilizada sobre a melhor forma de se entender e pensar a política pública. Por isso, é essencial que possamos entender a política pública universal e situada não como antagônicas, mas como possibilidades que podem coexistir de acordo com contextos e realidades distintas. Como já demonstrado até aqui, o Brasil tem desigualdades extremas, e é necessário a garantia de direitos para todas elas. De acordo com Mello et al (2011) é necessário um processo de negociação constante no que tange as políticas públicas de todas as áreas e todos os segmentos sociais.

No campo próprio à saúde da população LGBT, é necessário que os princípios de universalidade, integralidade e equidade constitutivos do SUS sejam materializados em políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade, que levam profissionais de saúde a atenderem todos os usuários dos serviços

---

<sup>54</sup> Iremos trabalhar melhor essa questão no próximo ponto do mesmo capítulo.

públicos e privados como se fossem heterossexuais conformados às normas de gênero, o que gera situações graves de discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Mello; Perilo; Braz; Pedrosa, 2011, pg.24).

Tais questionamentos são importantes para avaliarmos a forma como a política pública e o impacto da mesma atinge o CERSAM- Pampulha, assim como apontar caminhos que possam contribuir com a análise de tais políticas e o impacto das mesmas na saúde da população LGBT.

### 3.3 – ENTRE A POLÍTICA PÚBLICA E A PRÁTICA NO CERSAM – PAMPULHA

A lei ajuda, a Constituição ajuda, montar conselhos ajuda, Tony, tudo ajuda, mas é um processo cultural. É um processo que passa por uma revolução cultural de as pessoas irem compreendendo que precisamos nos gostar do jeito que somos, que não precisamos querer que ninguém seja igual. <sup>55</sup>

Desde o primeiro capítulo, perpassamos por diversas políticas públicas e construções que atravessam diversos âmbitos, entre eles o histórico, cultural e material. É importante compreendermos como a fundamentação de tais políticas são relacionadas às conquistas de equidade para a população LGBT. É possível fazermos uma análise da prática de tais políticas por meio da pesquisa realizada no CERSAM-Pampulha, assim como entender o papel da política pública para essa população.

A aplicabilidade das ações e da política pública é preocupação e motivo de estudo recorrente, como já citado acima. Temos impasses e dificuldades com o enraizamento por diversos motivos, falta de recurso, formação ou até transmissão via aparelhos públicos de acordo com a gestão, municipal, estadual ou federal. Durante as entrevistas, foram colocados alguns questionamentos que nos ajudam a entender melhor essa relação. As principais questões que foram abordadas foram: a) a formação e concepção do que tange a relação da sexualidade com a saúde mental, tanto via curso técnico ou superior e também formação pessoal, b) a legislação e as

---

<sup>55</sup> Trecho de Discurso do então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na solenidade de abertura da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT, em 2008.



diretrizes aplicadas via conselhos ou associações profissionais, como também a legislação e diretrizes que perpassam o trabalho no CERSAM – Pampulha.

Em relação à formação, é possível perceber nas respostas que os currículos profissionais têm pouquíssimo conteúdo no que tange à sexualidade, principalmente às sexualidades dissidentes. Nenhum profissional relata que teve qualquer formação aprofundada no âmbito da sexualidade, muito menos especificamente a LGB, alguns que a formação que teve foi superficial e a maioria desses que teve alguma formação relata que ela foi de forma estigmatizada ou patologizante. Todos os que tiveram algum contato com formação relacionada a sexualidade foi no âmbito da psicologia, por análises freudianas ou da psicanálise de forma mais ampla.

A gente fala dessa energia vital, essa energia que nos movimenta e é... não penso na sexualidade nesse sentido, restrito né... que.. é... vamos dizer assim, a sexualidade muito voltada para essa divisão de sexos, homem, mulher, é uma sexualidade mais... mais genital vamos dizer, eu acho que é muito mais amplo né que isso. Eu acho que é isso assim, eu penso na sexualidade de uma forma mais ampla, não nesse sentido tão é... organicista vamos dizer assim né. (Entrevista com Geraldo, realizada em 30/08/2021)

De liberdade sexual de um modo geral, até, inclusive, meu próprio caminho né, a gente teve uma época, até na própria psicanálise, homossexual era considerado perverso, né?! A gente não era nem, dizia até que nem era analisável(...). Até que a psicanálise trabalha isso e vai dizer que a perversão faz parte de toda a sexualidade, inclusive da heterossexual. (Entrevista com Sueli, realizada em 21/09/2021)

Acho que ainda era um tema visto com muito preconceito né..., com muitas patologizações, eu vejo que, há um caminho né, pelo menos em algumas disciplinas né..., em alguns campos psi, que tendem a caminhar para uma despatologização né, enfim, e uma escuta de fato né (Entrevista com Maria Auxiliadora, realizada em 22/04/2022)

Fica nítido, pelas entrevistas, que a formação de tais profissionais não aborda de forma aprofundada e muito menos especializada a questão da sexualidade, muito menos de pessoas LGBs, abrindo uma lacuna no que tange ao atendimento e à forma como tais pessoas entendem a vivência desse grupo quando atendidas no serviço. Para além da formação profissional, algumas pessoas relataram algumas fontes ou formas de buscar formação ou conhecimento. Como já explicitado no capítulo anterior, a Terapia Centrada na Pessoa incorre das questões de acordo com as demandas levantadas pelo usuário, de acordo com as entrevistas, e essa formação é buscada a

partir dessa demanda, principalmente de duas formas: a) de forma individual ou b) de forma coletiva.

Profissionais que disseram buscar de forma individual utilizam a internet como fonte principal, seja com vídeos ou textos que encontram na busca e conseguem se manter atualizados. Já uma das profissionais disse que, além de buscar nessas fontes, acha importante o processo de acompanhar profissionais mais jovens ou que façam estágio temporário no CERSAM, entendendo que hoje a formação está mais atualizada:

Percebo que às vezes eu já me deparei com circunstâncias que eu precisei me instrumentalizar pra poder acolher certas demandas das pessoas que chegam com alguma questão que passam por esse recorte da sexualidade, do gênero, né. Então assim, eu ando buscando, individualmente lendo coisas mais atuais a respeito... eu acho que hoje em dia tem muitas [coisas] a disposição, várias produções, várias pessoas pensando sobre isso. ( ...) E assim, eu já, por exemplo... em relação a conhecer minimamente, pouco, sobre as políticas públicas, na verdade mais a política da saúde voltada pra esse público, eu já busquei me informar por causa de chegar alguém pra mim, né. E com a demanda precisaria estar orientando, vendo o que é ofertado... então eu me apropriei um pouco disso, mas foi uma busca minha, né... procurar saber com é que faz, se existe um curso pra esse tipo de cuidado, pra esse momento... se é a gente que encaminha ou a pessoa que vai, né, enfim, mas foi muito a partir da necessidade mesmo, em função de demandas bem objetivas (Entrevista com Conceição, realizada em 30/08/2021)

E os residentes, até hoje, dos que eu recebi, são pessoas mais jovens e que acabaram saindo da universidade mais recentemente e eu aprendo muito com ele, sabe? Porque eu acho que hoje essa discussão ela tá mais presente, né... eu não sei até que ponto ela está presente institucionalmente na universidade, não tenho como dizer, mas as pessoas chegam com mais propriedade, com essas informações. Então eu acho que o convívio também com profissionais mais jovens tem sido também uma fonte de aprendizado pra mim (Entrevista com Conceição, realizada em 30/08/2021)

De acordo com essa pequena amostra, é possível entender que aconteceram avanços no conhecimento científico e a formação dessas pessoas consegue aprofundar - ou pelo menos entender - tais questões de forma mais qualificada do que anteriormente, mas não podemos afirmar. Tal postura da profissional de buscar formação, que não é isolada, demonstra o interesse de formação e de um atendimento nos termos do acolhimento e direitos no que tange não só a política pública, que nos imputa a entender a dinâmica de uma formação, mas ainda assim de forma individual, não necessariamente via Estado ou política pública.

A segunda forma que foi levantada como ferramenta formativa para a equipe do CERSAM- Pampulha foram as reuniões de equipe, também amparadas pelo matriciamento (tratado de forma mais delimitada no Capítulo 1), quando fica visível

também o propósito formativo do matriciamento como ferramenta metodológica e pedagógica:.

Essa é uma ferramenta né, é, tanto clínica como pedagógica né, quando de trocas de saberes, onde nós do Cersam Pampulha participamos de uma reunião que acontece mensalmente nos centros de saúde de Belo Horizonte, junto às equipes de saúde da família, a fim de discutir sobre o que for necessário, sobre os casos, sobre questões, sobre processos de trabalho, no que diz respeito aos pacientes que estão sendo acompanhados no território, por eles. De alguma maneira essas reuniões já acontecem, ou já aconteciam em Belo Horizonte, apenas com os profissionais da atenção básica, ou seja, tem uma equipe de saúde mental lá, então essas reuniões já aconteciam entre eles, profissional de saúde mental, que é o psicólogo, o psiquiatra, junto com a equipe de saúde da família. A sacada é que o Cersam, enquanto serviço de urgência, né, ele faz essa entrada também como participante dessas reuniões, e não só como mais um profissional mas como um outro serviço, e que tá numa outra complexidade, né, não mais na atenção básica, mas num outro ponto da rede, ocasionando trocas e não só supervisão (Entrevista com Sônia, realizada em 18/08/2021)

Partem do entendimento de que as reuniões de matriciamento e as reuniões de equipe do CERSAM – Pampulha contribuem como ferramenta pedagógica e que o acompanhamento e debate dos casos sirvam de formação continuada. Tal perspectiva é essencial para a partir da prática e dos próprios casos, entender a forma como agir e compartilhar com profissionais de outras áreas, mas é preciso se atentar para que os casos que perpassem pela questão da sexualidade e do público LGB também esteja presente nestes debates. De acordo com outra entrevista, tal questão não é recorrente nesses espaços:

Esse tema é um tema que eu acho que a gente se mobiliza pouco de uma forma institucional... pra poder conhecer e se apropriar melhor, entendeu? Eu vejo assim, eu pessoalmente, o que eu caminhei um pouquinho dentro desse recorte foi muito por minha iniciativa própria, por uma questão de necessidade mesmo, de demanda que eu me deparei. (Entrevista com Conceição, realizada em 30/08/2021)

No âmbito da formação via Prefeitura ou específica para profissionais de saúde, duas pessoas disseram que já participaram de formações sobre direitos humanos de madeira mais ampla, uma delas relacionada a sexualidade e ISTs.

Para além da questão da formação levantada aqui, a segunda questão relatada de forma importante nas entrevistas foi a relação com a legislação e diretrizes por parte de profissionais do CERSAM- Pampulha. A questão também pode ser dividida de duas forma:, a primeira no que tange à legislação profissional direta, que perpassa

os conselhos e associações profissionais de cada categoria<sup>56</sup> e não foi relatada especificamente nenhuma portaria ou normativa proveniente dessas entidades. A única que foi citada diretamente foi o Conselho Regional de Psicologia:

eu lembro por exemplo de uma cartilha, que o CRP promoveu sobre a questão da sexualidade, e aí tinham vários nomes né, assim, que é, de, que eu nem sei nem te falar né, porque eu não lembro, de tantas formas diferentes que são possíveis pras pessoas se identificarem e viverem de acordo com aquele modo (Entrevista com Sônia, realizada em 18/08/2021)

Tal questionamento demonstra uma falta de conhecimento das questões já levantadas aqui sobre embates importantes protagonizados por conservadores e o CRF. Além da falta de permeabilidade de tais diretrizes, existe uma lacuna também no que tange à relação com as portarias, legislações e programas já citados aqui no que se refere aos direitos da população LGBT, como também as específicas sobre a saúde da população LGBT. Nenhum desses programas ou formulações foram citados em nenhuma das entrevistas, ou nenhuma legislação<sup>57</sup> ou diretriz específicas a nível municipal, estadual ou federal. A maior parte das pessoas relataram que, quando percebem alguma lacuna de acordo com casos que recebem, procuram a existência de alguma portaria ou legislação no âmbito do Ministério da Saúde ou no bojo dos direitos humanos.

Na verdade, eu acho que discute-se pouco a respeito, mas quando... se a gente tem alguma demanda específica, a gente tem referências pra buscar, né. As próprias produções, os referenciais técnicos do Ministério da Saúde, com informações sobre... linhas de cuidado, vamos dizer assim, de vários públicos e inclusive desse, né. (Entrevista com Conceição, realizada em 30/08/2021)

É importante levantarmos também, para além das problemáticas colocadas ao longo desse capítulo, a falta de disseminação e conhecimento das legislações e portarias já existentes para potencializar o acesso e a qualidade dos serviços no que tange à saúde da população LGBT, mas também de toda a população. Um exemplo nítido que elucida o debate feito até aqui, com todos os elementos em relação a

---

<sup>56</sup> Lembrando que foram entrevistadas profissionais de terapia ocupacional, psicologia, psiquiatria, técnica em enfermagem, enfermagem e assistência social.

<sup>57</sup> A única na verdade foi relacionada ao nome social, mas irei discorrer melhor sobre ela ainda nesse ponto.

permeabilidade das políticas públicas é relacionada ao nome social<sup>58</sup>. A abertura para a implementação do nome social no SUS é proveniente da já citada, Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, em 2004, mas a regulamentação efetiva é de 2016<sup>59</sup>

Em relação ao nome social, foi relatada a preocupação do respeito à legislação, não só pela legislação, mas também pelo respeito à pessoa que chega com essa demanda, mas da mesma forma foi relatada que ainda acontecem equívocos, seja pela forma com que é preenchido o prontuário, quanto por falta de atenção da pessoa que está atendendo aquela usuária ou usuário. Foi relatado em uma entrevista um caso de tal equívoco dessa pessoa que trabalha no CERSAM – Pampulha, mas a situação ocorreu em outro serviço que ela também faz atendimentos:

Eu fiz um papelzinho e pedi pro agente comunitário entregar, aí o agente comunitário veio me dizendo que a pessoa tinha ficado muito brava, nervosa, tinha sido deseducada, porque o papel foi... eu coloquei o nome, era o nome masculino, né, assim... ainda... a pessoa ainda não tinha... pelo menos a gente... chegou pra nós... eu não sabia que a pessoa tinha um nome social, que era uma mulher trans, né? Então... olha pra você ver, né, assim... isso... chegou uma demanda de outra unidade, não veio com essa informação, o agente comunitário foi lá, procurou por um homem, e ela ficou muito brava porque no lugar, na comunidade que ela chegou, é... ela se apresentou com o nome feminino, e nós fizemos a gentileza de aparecer essa informação, né, de que ela tinha um nome masculino. E aí isso gerou assim... a pessoa que foi levar esse papel ficou muito... achou que coisa, que a pessoa que obrigação que ela tinha de saber, que não sei o que, que ela tinha sido muito mal educada com ela e não sei o que, e ficou la toda revoltada, né... Então assim, esse caso foi um caso, assim, que desdobrou várias conversas, né, e tal... chamei os agentes, a gente conversou sobre... enfim, né, assim... pra poder, assim, né, sensibilizar que isso... o que que isso pode parecer uma coisa que... né, uma coisa que é secundária, mas que isso é uma coisa muito séria, né, e tal... que, enfim, né... Eu acho assim, o cúmulo... isso já tem bastante tempo. Na época... Hoje eu acho que eu tenho informações... mais informações, naquela época eu tinha menos informações, mas ainda assim, a situação era muito gritante, né, digamos assim, sendo muito fazendo uma observação bem rasa, houve um equívoco enorme da nossa parte, da parte do serviço de saúde, né, assim... dessa pessoa com essa especificidade, e a demanda dela tinha a ver com isso, e chegar pra nós, sendo transferida de uma unidade pra outra, sem que isso fosse dito, né, e tudo mais (Entrevista com Conceição, realizada em 30/08/2021)

A interlocutora registrou o desconforto que foi causado pela situação e faz uma autocrítica em relação ao atendimento de tais demandas:

Então são pequenas coisas assim, às vezes fica parecendo que isso é uma coisa secundária, que é uma coisa assim "ah não todo mundo sabe" gente, mas não é isso, a gente tem que tratar essas coisas com mais rigor, com mais

<sup>58</sup> Como explicitarei na introdução, não é do meu intento me aprofundar sobre a questão trans, mas em todas as entrevistas a demanda do nome social surgiu como exemplo de política.

<sup>59</sup> Decreto 8727/16

seriedade, é a vida das pessoas, né, assim, isso não é uma coisa qualquer, né, então eu acho que assim, que nós tamo assim, eu acho que a gente faz, nós profissionais de saúde mental, fazemos, né, assim... cuidamos bem, temos atenção e tudo mais, mas eu acho que a gente tem que abrir um pouco... e se apropriar melhor das coisas pra qualificar mais o nosso cuidado, sabe (Entrevista com Conceição, realizada em 30/08/2021)

Ainda relacionada à legislação vigente e à forma de aplicação, é importante avaliarmos, a partir da aplicabilidade e as possibilidades das mesmas, como é possível humanizar ainda mais e avançar para além da política de direitos humanos, para pensar em sujeitos específicos e suas demandas a partir de vivências que não cabem apenas em políticas públicas universalizantes.

### 3.4 – LACUNAS E APONTAMENTOS: RECORTES ESPECÍFICOS E AVANÇOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Para avaliarmos os impactos dos avanços das políticas públicas em relação à homossexualidade no serviço público, é possível partimos de avaliações de certa forma generalizantes, mas é importante também que consigamos destrinchar as especificidades e questões relacionadas ao local onde foi o campo da pesquisa, o CERSAM – Pampulha. A percepção sobre o campo e os limites do mesmo também me levaram a questões e conclusões específicas, o que se elucida via análise, mas também a tentativa de avançar na formulação e implementação das políticas públicas, assim como a humanização e preocupação com o atendimento e acolhimento de pessoas LGBT que utilizam o serviço.

Na tentativa de entender a forma como as pessoas são acolhidas no CERSAM – Pampulha foi questionado nas entrevistas como se dava esse processo, tanto de forma burocrática, quanto no sentido do acolhimento. Uma informação que não é padronizada nesse sentido do acolhimento e no preenchimento do quesito raça/etnia, o que deixaria um vácuo estatístico importante no que tange a avaliação e o direcionamento de políticas públicas para a população em geral. Levando em consideração a Portaria 344/2017<sup>60</sup>, que “dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.” É crucial a

---

<sup>60</sup>Disponível

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html) Acesso em: 17/11/2022

importância do preenchimento desse marcador social da diferença, como fica explícito na própria portaria em seu artigo 3º:

Art. 3º Compete às esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - estimular e qualificar o uso dos meios institucionais ou ferramentas de gestão existentes relativos ao monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN);

II - qualificar a coleta, o processamento e a análise dos dados desagregados por raça/cor, bem como nas informações epidemiológicas divulgadas anualmente pelo SUS; e

III - incluir o quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos e pesquisas de saúde junto aos conveniados ou contratados pelo SUS.

Tal portaria é então considerada um avanço para a formulação de política pública e avaliação das mesmas no âmbito do SUS e em reação à população negra. Outra questão importante é que, partindo da análise histórica dos impactos do racismo estrutural e das marcas da escravidão na nossa sociedade, é essencial racializar o debate da loucura (PASSOS, 2018). A dúvida em relação a esse quesito no acolhimento de usuários e usuárias do CERSAM – Pampulha se deu em entrevista, quando foi perguntado à administração do Centro sobre a possibilidade sobre a análise estatística de acesso ao CERSAM. A resposta foi que não existia muitos desses dados, entre eles o de raça/etnia, não seria uma questão no momento do acolhimento, pois:

Não é algo que para o nosso cadastro tem importância assim ponto final porque o nosso propósito aqui é acolher o usuário na sua individualidade então, o que ele nos trouxe ele vai trazer em atendimento a equipe está preparada para tal né, em tese, ele vai tratar disso no atendimento individual que ele tem né. (Entrevista com Mercês, realizada em 23/06/2021)

Esse é um exemplo da necessidade de conhecimento das realidades individuais, como propõe a portaria 344/17, que tem o intento de formular e potencializar a política pública para grupos específicos, sem reforçar o antagonismo entre generalização e focalização (LIONÇO, 2008), mas entendendo o momento e a importância de tal entendimento, principalmente partindo de um histórico de patologização e vulnerabilidade de grupos específicos.

A partir de tal incômodo no que tange à coleta de dados do público que é usuário do CERSAM, solicitei, via Lei de Acesso a Informação (LAI) ,<sup>61</sup> os dados de

---

<sup>61</sup> LEI Nº 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)

acesso aos CERSAM de Belo Horizonte nos últimos cinco anos e também a Ficha de Primeiro Atendimento (Anexo 3). Em relação à ficha, a mesma não possui o campo raça/etnia como informado, mas recebi os dados solicitados via LAI do perfil de pessoas que acessam os CERSAMs, inclusa a informação de raça/etnia. Para entender melhor o desencontro dessas informações, entrei em contato com a Gerência da Rede de Saúde Mental de BH – GRSAM, onde consegui fazer entrevista com uma pessoa alocada na Gerência e aprofundar o entendimento relacionado à rede.

A primeira questão é a nitidez de uma certa autonomia das gerências dos CERSAMs no que tange a administração dos Centros. Mesmo autônoma, existe a necessidade de cumprir as regulamentações gerais e se reportar aos setores responsáveis pelo acompanhamento via Prefeitura. O trecho evidencia como funciona tal fluxo:

o gerente na unidade no CERSAM ou em qualquer outra unidade ele é autônomo pra tomar as suas próprias decisões e ter a condução dele ali junto à equipe... como é que esse serviço vai funcionar, ele tem uma articulação aí direta com o gerente da regional dele, o gerente que referencia os serviços de saúde, o diretor de saúde da regional... mas em última instância ele tá aí submetido, digamos as diretrizes do município. Então a GRSAM... a gerência de saúde mental ela é responsável então por ofertar essas diretrizes e acompanhar esses gerentes então eles são... autônomos, mas a gente oferta essas diretrizes, a gente... isso é... um ponto de, enfim você estar ali de alguma maneira submetido, mas ao mesmo tempo você tem a sua própria responsabilidade, o seu modo de fazer ... então, enfim, acho que é mais ou menos por aí (Entrevista com Maria Auxiliadora, realizada em 22/04/2022)

De acordo com a entrevista, fica visível a relação de autonomia das gerências dos CERSAMs, o que explica o entendimento do acolhimento e as informações solicitadas no acolhimento. Segundo a interlocutora, existe um plano da GRSAM de unificar tais protocolos, para que os apontamentos positivos sejam comuns a todas as unidades, assim como a proposta de aumentar fazer com que a ficha de cadastramento seja mais completa. O intento faz também parte da importância de analisar e utilizar tais dados para potencializar o atendimento da política pública. O acesso dos dados que me foram encaminhados de acordo com minha solicitação via LAI são relacionados ao Cadastro Único do sistema geral do SUS, o qual o profissional preenche no atendimento à pessoa e tais informações ficam disponíveis a nível nacional para todo o sistema de saúde.



Em relação aos resultados desses dados, fica comprovada a preocupação e a necessidade de racialização do debate da saúde mental. Entre 2016 e 2021, nos CERSAM's de Belo Horizonte, foram atendidas um total de 675477 pessoas, dentre elas foram declaradas: 6747 amarelas (1%), 206928 brancas (30,63%), 6 indígenas, 73388 (10,86%) negras, 159 (0,02%) como nulo e 388249 (57,48%) pardas. Se considerarmos a metodologia utilizada pelo IBGE, o número de pessoas negras e pardas é 461,637 (68,34%), diferença discrepante com o número de pessoas brancas. Se existe uma falta de alinhamento no que tange ao preenchimento dos dados, é possível que o mesmo aconteça no preenchimento, ocasionando resultados como “nulo”. É importante entendermos como é feito esse preenchimento e o aporte que é dado nas unidades para o entendimento dos mesmos. Tais dados mostram a importância de redobrar a preocupação com a complexificação e análise dos dados que chegam diretamente nos Centros de Referência.

Além da importância política das políticas públicas relacionadas à raça/etnia, no que tange à questão da sexualidade, é importante que retomemos o debate suscitado sobre as famílias. Não apenas em relação à configuração familiar, mas ao próprio entendimento normativo dos papéis sociais de gênero na ordem patriarcal e heteronormativa, bem como a necessidade de desnaturalização dessa norma:

No campo próprio à saúde da população LGBT, é necessário que os princípios de universalidade, integralidade e equidade constitutivos do SUS sejam materializados em políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade, que levam profissionais de saúde a atenderem todos os usuários dos serviços públicos e privados como se fossem heterossexuais conformados às normas de gênero, o que gera situações graves de discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. (Mello; Perilo; Braz; Pedrosa, 2011).

Avaliando a fundo a questão dentro dessa norma no que tange à família, de acordo com Lionço (2008), um dos desafios fundamentais para a efetividade de políticas públicas para a população LGBT é entender outras configurações familiares para além da heteronormatividade. Segundo ela, “o enfrentamento da homofobia requer a desnaturalização da família como fundada na heterossexualidade, implicando o questionamento do *modus vivendi* hegemônico.” (LIONÇO, 2008, pg 14).

As entrevistas mostraram uma recorrência de acordo com a necessidade da questão da família para as pessoas atendidas no CERSAM – Pampulha. Queixas em relação a famílias ausentes, imposições da dita “tradicional família mineira” etc. O

CERSAM – P tem um entendimento tanto de família ampliada, para além da família nuclear, no que tange ao acompanhamento dos casos, quanto do entendimento de que em alguns casos a família é parte da produção do problema e do sofrimento daquela pessoa. É importante que a política pública também perpassasse esse âmbito e corrobore com a preocupação dessa questão para pessoas LGBTs.

O CERSAM, para além da família, propõe-se a ser um espaço de acolhimento dessas demandas. A falta de sensibilização e a necessidade de humanização de profissionais é uma questão recorrente no que tange à aplicabilidade das políticas públicas para grupos vulnerabilizados e em saúde como um todo (Mello, et al, 2011; Lionço, 2008; Souza e Braz, 2016), é possível perceber no CERSAM – Pampulha um avanço nesse quesito, tanto no que concerne o entendimento das vulnerabilidades sociais de certos grupos, quanto do papel de profissionais de contribuírem com aquele acolhimento. Faz-se urgente o entendimento social do adoecimento, em detrimento da patologização das pessoas:

Cada vez mais, a gente vem com essa melhor aceitação, das minorias, com esses projetos de proteção de respeito às minorias, a gente vê que a saúde mental deles têm melhorado cada vez mais. Porém a gente ainda vê uma população mais adoecida, um grupo de risco, sabe? Assim como negros, assim como outras minorias sabe? São a população mais exposta ao risco, principalmente ao risco de violências seja psicológica, física sexual e isso a gente vê. (Entrevista com Terezinha, realizada em 22/09/2021)

as pessoas têm muito medo de se auto declarar né, ainda tem isso dentro, eu tô acabando de dizer né, dentro dos próprios segmentos ainda existe o medo né de se autodeclarar qualquer coisa e sofrer retaliação em qualquer espaço que você esteja né, o olhar sobre o outro ainda é muito pesado né. O que que se enxerga e o que que o outro está esperando, desse olhar do outro é muito complicado né é... e ter um olhar diferenciado acho que é necessário né? Cê tá trazendo aí a sua pesquisa justamente pra dizer um pouco disso, que necessitamos ter um olhar diferenciado pra esse seguimento né, não sei se tratamento diferenciado né? Que às vezes as pessoas confundem muito olhar diferenciado e tratamento diferenciado né, mas é... eu acho que um olhar diferenciado sim, eu quero me autodeclarar sim, tem todo o direito, acho que dar o direito a quem tem direito né e eu acho que é isso é... empoderar pra que eles realmente tenham direitos né e que esse direitos sejam realmente estabelecidos pra eles né e pra qualquer outro cidadão né. (Entrevista com Marlene, realizada em 13/08/2021)

O entendimento que o sofrimento mental não é inerente à pessoa LGBT nem que a patologização é a forma como deve ser entendida as sexualidades dissidentes da norma heteronormativa são avanços importantes no que tange o acolhimento dessas pessoas nos CERSAMs, assim como o entendimento desse “olhar diferenciado” e não normativo é importante para abertura do diálogo. É preciso “empoderar” e dar abertura para que essas pessoas falem da sua sexualidade e se

sintam abertas a colocar questões relacionados ao sofrimento que é sistematizado no acompanhamento do CERSAM, já que entendemos que o acolhimento nesse espaço se dá por razão de algum sofrimento: “então a gente trata é o sofrimento né, e o que tange esse sofrimento né, e que isso é primordial. Não se chega no CERSAM porque está feliz, não.” (Entrevista com Marlene, realizada em 13/08/2021)

De acordo com Bicalho (2020), é importante inverter a lógica e identificar a real causa do sofrimento, que não tange à homossexualidade, mas à homofobia e a heteronormatividade, pois “uma ação social estigmatizante e o contexto político preconceituoso sobre o gênero e a sexualidade produzem angústia em sujeitos que se percebem dissidentes da heteronormatividade, o que pode gerar vários efeitos psíquicos de sofrimento.” (BICALHO, 2020, p 521). Além disso, é importante pensarmos nos limites e potencialidades das políticas públicas no que tange ao sofrimento na realidade de cada pessoa, bem como as relações sociais que produzem os mais diversos sofrimentos. Eis o desafio das políticas públicas numa perspectiva ontológica, e não moral. Apesar das suas limitações, a experiência do CERSAM-Pampulha nos leva a concluir que é possível pensar para além em políticas públicas que sigam nessa direção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi redesenhada e conduzida em um momento de crise social e de ascensão do conservadorismo e do questionamento à ciência e as políticas como um todo no Brasil. O processo de investigação e escrita foi de muita tensão, não só pela situação pandêmica, mas também quanto à incerteza no que tange direitos básicos à saúde e a um desmonte de todo o aparelho público pelo próprio governo federal. Finalizo a dissertação em um período de suspiro, quando o atual presidente Jair Bolsonaro foi derrotado nas urnas e temos a esperança pelo menos de chegar ao fim os processos que foram abertos para minar a democracia brasileira e os direitos básicos do nosso povo.

É importante nesse momento entender e defender os avanços que foram importantes pela Reforma Psiquiátrica e que ficam lúcidas com o presente trabalho. O fruto da Luta Antimanicomial e as aberturas por ela propiciada no que tange os direitos humanos (e não só para a população LGB), parte do resgate de humanização de pessoas que foram destituídas de si mesmas e violentadas em manicômios espalhados pelo país. Temos condições hoje de fazermos avaliações e propormos avanços para tais políticas, assim como averiguar a aplicabilidade e a forma como o as políticas vêm sendo construídas no aparelho público, a fim de garantir sua defesa.

As populações marginalizadas, com foco na população LGB, como demonstrado aqui, sofrem um vasto impacto nessas situações em que são vulnerabilizadas, precarizadas e violentadas; é importante que tais recortes sejam evidenciados, não importa qual seja o contexto social do país. Seja no Brasil Colônia, no Estado Novo ou hoje, diversas formas de violência foram retomadas e tentativas constantes de disputa da estabilização da patologização e marginalização de pessoas com base no marcador da homossexualidade. Contudo, o marcador nunca opera sozinho, mas sempre se mostra interseccionado com questões relativas à condição econômica, raça/etnia e diversas outras, com mudanças de forma e qual a ferramenta prioritária de articulação das mesmas.

A partir do século XVIII até os tempos atuais, fica nítida a grande influência do poder biomédico para a construção de tais paradigmas em conjunto com valores sociais e ferramentas de poder e manutenção da ordem vigente. É necessário que a disputa fique nítida também com o saber científico e médico hegemônicos nesse sentido, para que não sejam construídos mais como ferramenta de saber-poder que

patologiza e pune corpos e comportamentos não normativos. Precisamos cobrar retorno e retratações das instituições e profissionais que se posicionam ou se posicionavam a favor de tais valores que são contrários aos direitos humanos, como por exemplo, as universidades que compravam corpos do Hospital Colônia de Barbacena, como a própria UFMG e contribuíram com o financiamento desse mercado de morte.

O poder ainda vigente de tais estruturas fica evidente no caso da recente interferência do CRM em relação ao funcionamento do CERSAM e o questionamento ao método utilizado pelo Centro, utilizando a “ética” “neutralidade científica” como argumentos para defender posicionamentos corporativistas. Durante a própria pandemia de COVID-19, o Conselho demonstrou posicionamentos que defendiam individualmente perspectivas de alguns médicos, não considerando a maior parte dos estudos em relação ao chamado “tratamento precoce”, colocando a vida de milhares de pessoas em risco. Tal posicionamento coloca em xeque a dita neutralidade e ética profissionais, contrabalanceando às tentativas do CFP de defender os direitos humanos em defesa da ética e dos direitos humanos, sendo questionado por impedir as práticas de “cura gay”.

Não foram identificados indícios reais de que o método utilizado no CERSAM é ineficaz, pelo contrário. Foi possível perceber, a partir da pesquisa, que o cuidado em relação a defesa dos princípios da Reforma Psiquiátrica é prioritário nos CERSAMs de Belo Horizonte, principalmente o CERSAM – Pampulha. Mesmo com a necessidade de unificação dos outros CERSAMs, de acordo com o que foi relatado na entrevista com a funcionária da GRSAM, a Reforma ainda tem sido defendida enquanto princípio.

A TCP é interessante para o direito das pessoas LGBs no que tange à divergência com o enfoque no diagnóstico, assim como o matriciamento é uma ferramenta que se demonstra importante no acompanhamento de outros casos e a forma com que o compartilhamento dos mesmos em um grupo maior de profissionais pode trazer melhores resultados. Porém, de acordo com o que foi analisado até aqui a partir das entrevistas e da bibliografia consultada, ainda é necessário que as questões relacionadas à sexualidade, por exemplo, sejam fomentadas de certa forma. A partir do momento em que não existe conhecimento e aplicação de diretrizes especializadas a certas populações, o recurso da generalização continuará ignorando as demandas e particularidades de grupos e indivíduos específicos.

A prática do estudo individual de acordo com a necessidade dos casos pareceu vigente entre profissionais do CERSAM, inclusive o reconhecimento que falta informações específicas e demandas provenientes de atendimentos. Tanto o CERSAM quanto a SMSA – BH, e até mesmo os órgãos a nível nacional, precisam ter a sua própria linha formativa, espaços de formação e busca de conteúdo e estratégias para lidar com tais demandas, corroborando com o levantamento da funcionária do GRSAM sobre a necessidade de alinhamento entre CERSAMs e entre a rede como um todo. Não da forma que engesse o sistema, mas que possa contribuir com o fomento específico de cada regional e necessidades da rede local.

A aplicabilidade das diretrizes e planos a nível municipal, estadual ou nacional é um desafio, por diversos motivos já levantados. As ferramentas institucionais e sociais de acompanhamento das mesmas têm que estar fortalecidas, assim como a educação popular em saúde. A formulação do BSH, por exemplo, partindo para A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, são documentos avançados no que tange à política pública e que não necessariamente tem aplicabilidade na prática, sendo coexistentes com outras realidades de atenção à saúde da população LGB.

No que tange à política universalizada, ela não é necessariamente prejudicial à população LGB, pois podem coexistir de acordo com as situações adequadas. No CERSAM, a partir do momento em que a família é entendida como parte importante e uma questão delicada para certas populações, vemos um conceito ampliado de saúde e, ao mesmo tempo, uma contextualização das particularidades de um grupo, questão essencial para a população LGBT.

A partir do momento que entendemos a família nuclear padrão como uma instituição que sustenta a heteronormatividade e que existem outras configurações parentais que tem que ser contempladas, percebemos que os imbrólios entre política pública e questionamentos individuais precisam ser levantados a partir da noção social-cultural da sociedade, com as limitações e potencialidades das mesmas, coexistindo e, ao mesmo tempo, travando disputas com ferramentas e instituições que desestruturam os direitos humanos.

É desafio significativo levar em consideração tais marcadores sociais da diferença para a aplicabilidade da política pública, como por exemplo a centralidade de entender qual a raça/etnia, idade, gênero etc das pessoas que frequentam os CERSAMs. A partir do momento que temos esses dados, é possível traçar perfis de

políticas públicas mais adequadas para essas populações. Tal questão é mais complexa no que tange à sexualidade, uma vez que nem todas as pessoas têm a liberdade ou estão dispostas a se identificar. Torna-se um debate complexo no quesito formulação de política pública, mas no que tange à anamnese e formulação de itinerários terapêuticos, é importante que as profissionais demonstrem abertura para a exploração de tais questões.

Para finalizar, entendo que é importante demarcarmos a importância da Antropologia se debruçar sobre essas questões e na contribuição de avaliações que contribuam para a humanização e o reconhecimento da diferença desses constructos, assim como a problematização de saberes hegemônicos e questões que se relacionam de forma tão complexa entre os âmbitos culturais e materiais. Tal paradigma é um dos fundantes da disciplina e é importante que consigamos construir caminhos e debates a partir dos mesmos. Terminei essa dissertação com esperança de que agora, em conjuntura mais propícia, possamos avançar nos direitos ao invés de apenas garantir o mínimo; contribuir com o debate das políticas públicas para a população LGB, assim como contribuir para a reflexão das profissionais da saúde sobre suas práticas.

A mudança da prática hegemônica é uma questão central para tais estudos, a abertura em relação as profissionais no campo e a admiração pelo movimento da Luta Antimanicomial, assim como todo corpo de profissionais que compõe o SUS presente em todo o meu texto, fica nítido ao retorno que tive a chance de dar em uma reunião de equipe do CERSAM-Pampulha. No dia em que voltei em campo (dessa vez presencial), parte da metodologia da reunião foi a apresentação dos resultados da pesquisa e abertura para debate, a iniciativa partiu de uma conversa com a gerência do Centro, mas foi nitidamente aproveitada por toda a equipe, que participou ativamente do debate.

Durante o campo e a construção do texto, ficaram nítidos para mim os limites da política pública, já citadas anteriormente, mas também a possibilidade de mudança e a certeza que a pesquisa teve impacto em cada profissional, seja pelas entrevistas, seja pela minha apresentação e no futuro quando lerem os resultados publicados, ter afetado de forma positiva essas pessoas é uma das possibilidades que mais acredito na Antropologia.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2019.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz. 2000.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz. 2007.
- AMARANTE, Paulo e colaboradores. 2003. **Saúde Mental: Políticas e Instituições**. Programa de Educação à Distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ.
- ANAYA, Felisa Cançado. **Problematização do conceito de serviços substitutivo em saúde mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte-MG**. 2004. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- Após críticas do CRM aos Cersams, PBH anuncia que vai melhorar saúde mental**. Câmara Municipal - BH, Belo Horizonte, 25 de agosto de 2021. Disponível em: < l1nq.com/LMksg> Acesso em: 08 de outubro de 2022.
- BASTIDE, R. **O sonho, o transe e a loucura**. São Paulo: Três Estrelas, 2016.
- Bicalho, P. P. G. (2020). **A REGULAMENTAÇÃO DA PSICOLOGIA E AS DISPUTAS EM TORNO DAS RESOLUÇÕES CFP 01/1999 E CFP 01/2018**. In R. FACCHINI & I. L. FRANÇA (Eds.), *Direitos em disputa: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo* (NED-New edition, pp. 511–526). SciELO – Editora da Unicamp.
- BUTLER, Judith. **Desdiagnosticando o gênero**. Tradução: André Rios, Revisão Técnica: Márcia Arán. In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
- BORRILLO, Daniel. **Homofobia: história e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.



BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 15 de novembro de 2022.

CALAZANS, Gabriela Junqueira. **Políticas de saúde voltadas à diversidade sexual e de gênero**. In: FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins (Orgs.). Direitos em disputa: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo, p. 439-470. Campinas: Editora Unicamp, 2020.

CARBONI, Davi. **A eugenia enquanto dispositivo biopolítico nos processos de educabilidade no estado novo (1937-1945)**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro, São Paulo: EDUERJ, EDUSP, 1998.

CATOIA, Cinthia de Cassia. **A produção discursiva do racismo: da escravidão à criminologia positivista**. Revista Dilemas IFCS-UFRJ, v. 11, p. 259-278, 2018.

Chaves, L. L. (2020). **Loucura e saúde mental na antropologia brasileira: quatro décadas de dissertações e teses**. BIB - Revista Brasileira De Informação Bibliográfica Em Ciências Sociais, (92), 1–22.

COSTA, Jurandir F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

CUETO, Marcos; PALMER, Steven. **Medicina e Saúde Pública na América Latina: uma história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

CRENSHAW, Kimberlé. 2002. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Estudos feministas, pp.171-188.

DANTAS, Julio. **A propósito da Eugenia**. Boletim de Eugenia. Ano II, nº 18, jun. 1930.

DELGADO, Pedro Gabriel. **Reforma Psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte**. Trabalho, Educação e Saúde, 17(2), p. 1-4. 2019

DUARTE; Luis Fernando Dias. **Ética em pesquisa nas Ciências Humanas e o imperialismo bioético no Brasil**. Revista Brasileira de Sociologia, v. 3, n. 5, p. 31-52, jan./jun. 2015.

FACCHINI, Regina. **Entre compassos e descompassos: um olhar para o 'campo' e para a 'arena' do movimento LGBT brasileiro**. Bagoas: Revista de Estudos Gays, v. 3, n. 4, p. 131-158, jan./jun. 2009.

FAUSTO-STERLING, A. **Dualismos em duelo**. Cadernos Pagu, Campinas, SP, n. 17-18, p. 9–79, 2016.

FEITOSA, Cleyton. 2017. **Políticas Públicas LGBT e Construção Democrática no Brasil**. Curitiba: Appris.

FIGARI, Carlos, **@s Outr@s cariocas: interpelações, experiências e identidades homoeróticas no Rio de Janeiro: séculos XVII ao XX** – Belo Horizonte: Editora UFMG, Rio de Janeiro: IUPERJ, 2007.

FREIRE L. **Dos limites de uma promessa: reflexões sobre a terapia de mudança de sexo**. In: Everton Rangel; Camila Fernandes; Fátima Lima. (Org.). (Des)Prazer da Norma. 1ed. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2018, v. , p. 61-92.

FOUCAULT, Michel . **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. 1980a. **The history of sexuality**. New York: Vintage Books.

FOX KELLER. **Qual foi o impacto do Feminismo na Ciência?** Cadernos Pagu, 27, 2006, pp. 13-34.

GATTI JR, M.A. **O conceito de patriarcado na construção da Parada LGBT de Belo Horizonte - MG**. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 55. 2018.

GONZALEZ, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. In: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984, p. 223-244.

GREEN, James. **Além do carnaval. A homossexualidade masculina no Brasil do século XX.** Tradução Cristina Fino e Cássio Arantes Leite. – São Paulo: Editora UNESP, 2000

GREEN, James; POLITO, R. **FRESCOS TRÓPICOS: Fontes sobre a Homossexualidade Masculina no Brasil (1870-1980).** James N. Green e Ronald Polito. RJ, Editora José Olympio, 2006, 192 p.

JASANOFF, Sheyla. **Ordering knowledge, ordering Society.** In: States of knowledge: the co-production of Science and social order. Abington: Routledge, 2006.

HARAWAY, Donna. 1995. **Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial.** Cad. Pagu (5), p.7-41.

HINE, Christine.; PARREIRAS, Carolina.; LINS, Beatriz Accioly. **A internet 3E: uma internet incorporada, corporificada e cotidiana.** Cadernos de Campo (São Paulo - 1991), [S. l.], v. 29, n. 2, p. e181370, 2021

BARRETO, Lima; **Diário do Hospício; O cemitério dos vivos;** 2017. 1ªed, São Paulo

LAQUEUR, Thomas Walter. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud.** Trad. Vera. Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LATOURETTE, Bruno. **Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência.** In: NUNES, J. A. E ROQUE, R. (orgs). *Objetos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência.* Porto: Edições Afrontamento, 2007, pp. 40-61

LIONÇO, T. **Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 2, p.11-21, apr./jun. 2008.

MacRae, Edward. **A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da abertura.** Campinas: Editora da UNICAMP, 1990. (Coleção Momento)

MARCUS, George E. **Etnografía en/del sistema mundo: el surgimiento de la etnografía multilocal.** Revista Alteridades, vol. 11, n. 22, jul-dez 2001, pp. 111-127.

MARTIN, Emily. **Anthropology and the Cultural Study of Science.** In Science, Technology, & Human Values 23, no. 1 (1998): 24-44.

MAUSS, Marcel, **Sociologia e Antropologia**. 1ªed. São Paulo, Ubu Editora. 2017.

MEAD, Margaret. 2006. [1935]. **Sexo e temperamento**. São Paulo: Perspectiva

Mello, Luiz; Perilo, Marcelo; Braz, Camilo Albuquerque de; Pedrosa, Cláudio. **Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade**. Sexualidad, Salud y Sociedad; n.9 - 7-28, dez. 2011.

MOL, Annemarie. **Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas**. In: Nunes, J. A., Roque, R. (orgs.) *Objetos impuros: experiências de estudos sobre a ciência*. Porto, Edições Afrontamento, 2008, pp. 63-78.

MOL A. **The body multiple: ontology in medical practice**. Londres: Duke University Press; 2002.

**Nota aos médicos e à sociedade**. Conselho regional de medicina, Belo Horizonte, 24 de julho de 2021. Disponível em: < l1nq.com/vvdhR > Acesso em: 08 de outubro de 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, v. 1. 2009

Passos R.G. **“Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Argum.. 2018

PESSOTTI, Isaias. **A Loucura e as Épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34. 1994

**Portal de informações e serviços sobre o CERSAM:**  
<http://portaldeservicos.pbh.gov.br/portalservicos/view/paginas/apresentaServico.jsf>  
 (acesso em 14/02/2022)

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nobrega de Almeida. **O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco**. Mental, Barbacena , v. 9, n.17,p.523-536,dez.2011. Disponível em  
 <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso)>. (acesso em 05/12/2020)

**Profissionais de saúde, usuários e vereadores se unem contra o fechamento dos Cersams.** Brasil de Fato. Belo Horizonte, 17 de agosto de 2021. Disponível em: < l1nq.com/TgwAL > Acesso em: 08 de outubro de 2022.

RODRIGUES, N. **As coletividades anormais.** Brasília: Senado Federal, 2006.

RODRIGUES, Rita de Cassia Colaço. **De Denner a Chrysóstomo, a repressão invisibilizada.** As homossexualidades na ditadura. In: GREEN, James; QUINALHA, Renan. Ditadura e homossexualidades: repressão, resistência e a busca da verdade. São Carlos: EdUFSCar, 2019.

ROHDEN, F. **O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, V.15, suplementar, 2008, pp.133-152.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & Saúde collection. 224 p. ISBN 978- 85-7541-399-9

ROSA, João Guimarães. **Primeiras estórias.** In: Ficção completa. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1992.

ROSENBERG, Charles E. **A Tirania do Diagnóstico: Entidades específicas e Experiência individual.** (Tradução por Fernando Vicente) Blog do Labemus, 2020.

SARAIVA, M. S. **Estado, democracia, políticas públicas e direitos LGBT.** Rio de Janeiro: Metanoia, 2017.

SOUSA, Carolina de Sena. **Matriciamento em Saúde Mental com um Centro de Referência em Saúde Mental: encontros e efeitos no território da Pampulha em Belo Horizonte – MG/ 2022.** Belo Horizonte. Dissertação de mestrado.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. **As idéias eugênicas no Brasil: ciência, raça e projeto nacional no entre-guerras.** Revista eletrônica história em reflexão (UFGD), v. 6, p. 1-23,

SOUZA, E.; BRAZ, C. **Políticas de Saúde para homens trans no Brasil: Contribuições Antropológicas para um debate necessário.** In: Val, A. C. et. al. (orgs). Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde. Ouro Preto, MG, Editora

UFOP, 2016. Disponível em <http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/7712>

Acessado em: 05/12/22

SIMÕES, J. A. e FACCHINI, R. **Na trilha do arco-íris: Do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. 2009.

TREVISAN, João Silvério. **Devassos no paraíso: a homossexualidade masculina no Brasil, da colônia à atualidade/ 4ed.** Rio de Janeiro. Objetiva. 2018

Vainfas R. **Trópico dos pecados: moral, sexualidade e inquisição no Brasil**. 3ªed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2017.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2006.

## ANEXO 1

### Roteiro base para entrevista

#### Introdução

Meu nome é Marco Antonio Gatti Junior, sou mestrando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFMG, a entrevista faz parte da minha pesquisa de dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais, supervisionada pela professora Dra. Érica Renata de Souza. Antes de iniciar a entrevista, acho importante dizer que se sinta à vontade para expressar suas opiniões livremente, pois não há respostas certas ou erradas, nem argumentos melhores ou piores. Gostaria de ouvir o máximo que tem a dizer sobre o assunto. Para melhor desenvolvimento da pesquisa, a entrevista será gravada e as informações serão usadas apenas para fins acadêmicos. Estou à disposição para responder qualquer eventual dúvida. Agradeço a disposição e participação.

#### Questões:

[Apresentação pessoal]

Nome, idade, gênero, cor/raça/etnia, ocupação/profissão/escolaridade.

[Saúde mental]

O que entendem e conhecem do âmbito da sexualidade e a relação do tema com a saúde mental?

Na sua formação profissional é debatida ou se é debatida a relação da sexualidade de pacientes?

Se sim, de que forma? Se não, teria algum comentário a acrescentar?

[CERSAM]

A instituição regulamenta ou fornece diretrizes para tratamento diferenciado para pacientes

LGB? Se sim, quais? Se não, quais você recomendaria?

[Pesquisa - geral]

Alguma outra informação ou consideração que poderia contribuir para a pesquisa, indicação de leitura, pessoas que possam contribuir também?

Alguma outra informação ou consideração sobre a qual não comentamos e acha importante dizer? Ou considerações finais sobre qualquer um dos temas, qualquer coisa que queira acrescentar?

## ANEXO 2

Convidamos você a participar, como voluntário(a), da pesquisa **“Diretrizes da saúde para a população LGB em instituições de atenção especializada à saúde mental: Etnografia de um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) em Belo Horizonte”**. Meu nome é Marco Antonio Gatti Junior, sou mestrando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFMG, a pesquisa está sendo realizada para dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFMG e supervisionado pela professora Érica Renata de Souza, docente do referido Programa e coordenadora do Grupo de Pesquisa em Gênero e Sexualidade (GESEX), linha de pesquisa Gênero, Ciência e Saúde, grupo do qual também faço parte. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, favor assinar ao final deste documento, que está em duas vias. Nós também assinaremos ao final do documento. Uma das vias é sua e a outra é nossa, enquanto pesquisadora responsável e membro da equipe de investigação. Esclareço que em caso de recusa na participação, você não será penalizado (a).

O objetivo da pesquisa é entender a forma como a população lésbica, gay e bissexual (LGB) é compreendida, acolhida e acompanhada pelos profissionais que compõe a equipe multidisciplinar no CERSAM em Belo Horizonte, com foco metodológico no CERSAM Pampulha. A participação na entrevista é voluntária, não oferece nenhuma vantagem econômica ou qualquer tipo de despesa aos participantes.

As entrevistas serão através de plataforma online e terão duração de aproximadamente 1 hora. É garantida a preservação da identidade através de sigilo e confidencialidade de suas informações pessoais, inclusa a garantia de não divulgação de imagem de participante. Informamos que, para minimizar qualquer desconforto ou constrangimento que a entrevista possa gerar, poderá solicitar a revisão das declarações ou sua exclusão da participação na pesquisa, se assim desejar, vez que as informações coletadas serão usadas apenas para fins acadêmicos, com armazenamento virtual no computador das (os) referidas (os) pesquisadoras (es) por no mínimo de 5 anos e para o benefício do desenvolvimento do campo científico, os dados coletados nas entrevistas serão utilizados na elaboração de trabalhos científicos: relatórios, artigos para publicação e a referida dissertação de mestrado. Em caso de dúvidas éticas, a responsável pela pesquisa e o pesquisador poderão ser contatados pelos e-mails [erica0407@gmail.com](mailto:erica0407@gmail.com) e [marco.trk@gmail.com](mailto:marco.trk@gmail.com), pelo telefone celular (31)987047726 ou pode recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP-UFMG), localizado na Avenida Antonio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, sala 2005, campus Pampulha, que também poderá ser contatado, através do telefone (31)3409-4592, ou pelo email [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br). Em caso de danos provenientes da pesquisa a ou o participante poderá buscar indenização.

Dessa forma, após ter esclarecido os termos da pesquisa e recebido uma via de igual teor, declaro ter entendido o que me foi explicado e aceito participar voluntariamente do estudo, consentimento para registro de áudio, vídeo e imagem.

---

Nome legível do (a) participante

---

Assinatura da participante

---

Assinatura da professora responsável pela pesquisa

---

Assinatura do pesquisador membro da equipe

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



## ANEXO 3

### ANEXO II- FICHA DE ACOLHIMENTO

#### MODELO CERSAM

#### FICHA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO - CERSAM

DATA:

01- DADOS DO PACIENTE    Nº CERSAM \_\_\_\_\_    P.ELETRONICO \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escolaridade/Ensino medio/Superior \_\_\_\_\_

RG ou CPF \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Filiação (Pai/Mãe) \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Centro de Saúde \_\_\_\_\_

Acompanhante \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

| 02- ORIGEM DO USUÁRIO  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 01 - Demanda espontânea             |
| <input type="checkbox"/> 02 – Enc. Por UBS                   |
| <input type="checkbox"/> 03 – Enc. Por Urgência              |
| <input type="checkbox"/> 04 – Enc. Por CAPS                  |
| <input type="checkbox"/> 05 – Enc. Por Hospital Dia          |
| <input type="checkbox"/> 06 – Enc. Por Hospital Psiquiátrico |

| 03 – INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS ANTERIORES |
|---|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma          |
| <input type="checkbox"/> Uma              |
| <input type="checkbox"/> Duas             |
| <input type="checkbox"/> Três a cinco     |
| <input type="checkbox"/> Mais de cinco    |
| <input type="checkbox"/> Ignorado         |

4- QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

5- OUTRAS DOENÇAS ATUAIS: \_\_\_\_\_

6- MEDICAMENTOS EM USO: \_\_\_\_\_

7- SEGUE CONTROLE MÉDICO? ONDE? \_\_\_\_\_

8- FATORES DE RISCO ASSOCIADOS:

\_\_\_DIABETES \_\_\_HIPERTENSÃO ARTERIAL \_\_\_DPOC \_\_\_DOENÇAS RENAIIS \_\_\_D.HEPÁTICAS

\_\_\_NEOPLASIAS \_\_\_CARDIOPATIAS \_\_\_IMUNOSSUPRESSÃO \_\_\_AIDS \_\_\_DEPENDÊNCIA QUÍMICA

\_\_\_ETILISMO \_\_\_TABAGISMO \_\_\_IDADE \_\_\_EPILEPSIA \_\_\_GLAUCOMA \_\_\_OBESIDADE

9- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: CID \_\_\_\_\_

10- CONDUTA/ENCAMINHAMENTO PRINCIPAL

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cersam                | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde       | <input type="checkbox"/> Hospital Geral |
| <input type="checkbox"/> Centro de Convivência | <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Alta           |
| <input type="checkbox"/> Outros                |  |   |

11- ADMISSÃO DO PACIENTE NO CERSAM

Acolhimento  Ambulatorial  Permanência Dia  Intensivo  Semi Intensivo  Não Intensivo

12- DADOS VITAIS: \_\_\_\_\_

EM CASO DE HISTÓRIA DE DIABETES OU SUSPEITA CLÍNICA, SOLICITAR MEDIDA DE GLICEMIA CAPILAR:

13- TÉCNICO RESPONSÁVEL ( assinatura e carimbo):

## ANEXO 4

Marlene Laureano - funcionária do Hospital Colônia desde 1975, no primeiro dia de trabalho, quase não voltou, mas decidiu continuar para ajudar àquelas pessoas.

Antonio Gomes – sobrevivente do Hospital Colônia, viveu lá por 30 anos, quando foi transferido para uma residência Terapêutica em 2003

Geraldo Magela – foi vigia do Hospital por 29 anos e hoje relata os abusos que eram cometidos

Francisca Moreira (Chiquinha) – funcionária – se recusou a aplicar o eletrochoque em um paciente e foi rebaixada de função, é uma das maiores testemunhas, com relatos do Hospital

Conceição Machado – interna do Hospital, foi internada por questionar receber menos que os irmãos na fazenda da família, viveu o resto da vida no Colônia, travava várias lutas para melhorar as condições dos internos do Hospital.

Sônia Maria – sobrevivente do Colônia, quando ia ser transferida para viver em liberdade, não aceitou sair enquanto não saísse Terezinha, sua amiga, as duas saíram e foram morar juntas.

Terezinha – interna – sobrevivente do Colônia, saiu do Hospital e foi viver com sua amiga, Sônia Mara

Elza Maria do Carmo – Elzinha – sobrevivente – foi transferida ainda criança para o colônia, sofreu todos os tipos de violação e hoje é uma sobrevivente do Hospital

Maria Auxiliadora – “A enfermeirinha” – Era amada principalmente pelas crianças, tentou melhorar o tratamento para os menores, mas não conseguiu, ficou no Hospital por 7 meses e abriu mão do cargo

Mercês Hatem Osório – “a mãe dos meninos de Barbacena”, é freira e coordena o Lar Abriga, onde cuida de sobreviventes do Hospital Colônia

Sueli Rezende – faleceu em 2006 no Colônia – teve as 2 filhas que nasceram do Hospital retiradas e procurou elas até a sua morte, era muito inteligente e compunha marchinhas sobre o Hospital.

Nilta Pires – sobrevivente – não se sabe sobre os motivos da internação, se casou com Adelino Ferreira, que também era interno do Hospital Colônia.