



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO NO CAMPO DA SAÚDE
MENTAL:
uma aproximação a partir da experiência de estágio**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado por Larissa de Castro Marção Ferreira e Millainy de Oliveira Coelho como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador: Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte

Juiz de Fora
Dezembro/2018

LARISSA DE CASTRO MARÇÃO FERREIRA
MILLAINY DE OLIVEIRA COELHO

**DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO NO CAMPO DA SAÚDE
MENTAL:
uma aproximação a partir da experiência de estágio**

Juiz de Fora
Dezembro/2018

Colorir

Faltará tinta

No dia que o céu for livre

Pra todos serem o que são

*Cobertos pelo sol, sem nenhum tipo de
opressão*

Faltará nomes

Pra descrever o mundo sem as misérias

O que sentimos, o que nos tornamos

O novo ser sem medo de viver

Faltará a falta que nos entristece

Que hoje enche o peito de vazio e fumaça

Não faltará amor, não faltará sonhos

O novo mundo se abrirá para o futuro

Onde o presente dominará o passado

E nossos corações enfim serão salvos

(Virgínia Guitzel)

Dedico este trabalho a minha avó Diomar e ao meus pais, Andréia e Mauro pelo suporte ao longo da jornada e a minha tia, Vera Lúcia (in memoriam) exemplo de mulher guerreira e por ser uma grande fonte de inspiração.

Larissa de Castro Marção Ferreira

Dedico este trabalho aos meus pais, Marco e Leandra e aos meus avós, Luís e Lélia grandes alicerces da minha vida.

Millainy de Oliveira Coelho

AGRADECIMENTOS

Larissa de Castro Marção Ferreira

Agradeço a toda minha família materna, as minhas tias, tios, primas e primos, mas, em especial, as quatro mulheres mais importantes da minha vida, que sempre me deram suporte, que são meus maiores exemplos de força e que me inspiram, minha avó Diomar, minha mãe Andréia e as minhas tias, Flávia e Marilaine. Ao meu pai, Mauro, por ter sido desde sempre minha maior fonte de apoio. Sem eles nada do que eu conquistei seria possível e por eles que eu conquistarei ainda mais. A todos os meus amigos que me ajudaram a evoluir, principalmente a Juliana e Ana Flávia, que desde sempre estiveram comigo. As amigas da faculdade, tão essenciais nesses quatro anos, Camilla, Alice, Vanessa, Isabella, Marcela e em especial a Millainy, minha parceira neste trabalho, por toda acolhida neste último ano e por ter estado presente nos momentos mais necessários. Ao professor Leonardo, por aceitar compor a banca. Ao orientador Marco, quem nos ajudou a tornar esse trabalho possível com todo conhecimento, paciência e dedicação. A professora Sabrina, pelo ser humano iluminado que é, pelo voto de confiança, por toda a atenção e preocupação durante o estágio, e, principalmente, por ter me apresentado à saúde mental, área pela qual eu me apaixonei. A todos os profissionais com os quais eu tive oportunidade de conviver no período de estágio, especialmente, a Tatiana, Cristina e a Paula. E aos usuários do CAPS que direta e indiretamente me deram esperança e forças para seguir na luta e na resistência por uma sociedade diferente, que entenda e respeite a liberdade de todos. Meu eterno agradecimento a todos.

AGRADECIMENTOS

Millainy de Oliveira Coelho

Agradeço primeiramente a Deus, sem ELE nada disso teria sido possível. Aos meus pais que lutaram para poder me proporcionar condições de estudar e nunca ter deixado faltar nada durante todo esse tempo, sem vocês eu não teria vencido. Ao meu irmão que esteve sempre comigo mesmo longe. Meus avós maternos que ajudaram a construir meus degraus para poder chegar onde cheguei, amo vocês, em memória aos meus avós paternos que apesar de não estarem presentes sempre foram meu exemplo por formarem o homem que mais tenho orgulho na minha vida, meu pai. Ao meu namorado que esteve comigo durante esses quatro anos e sempre me apoiou. A minha tia Jacqueline que fez parte de todo meu crescimento, por ter me dado meu primo Samuel, um dos meus maiores amores e fonte de alegria. As minhas tias paternas. A minha cunhada que me acompanhou nesse tempo. A Larissa que aceitou o desafio de escrever esse TCC comigo, apesar das dificuldades, estivemos sempre juntas, obrigada por tudo que passamos nesse período. As minhas amigas de faculdade Larissa, Vanessa, Isabella, Camilla e Marcela, por terem tornado esse período da minha vida mais leve, pelo companheirismo e acima de tudo a amizade que construímos, espero levar para sempre. A minha querida professora Sabrina, por ter me ouvido nas horas de angústia e ter feito me apaixonar cada vez mais pela saúde mental, obrigada por tudo. Ao meu orientador Marco, por ter aceitado esse convite e por ter tornado esse trabalho mais enriquecedor. Ao professor Leonardo por ter aceito fazer parte de nossa banca. A minha igreja que sempre esteve orando por meus estudos, em especial aos jovens os quais tenho um profundo afeto. Por fim, não menos importante, gostaria de agradecer as minhas supervisoras de estágio, Paula e Giselle, pelo comprometimento ético e por terem ajudado a formar quem sou hoje, e a Alice que também fez parte desse processo, obrigada.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - American Psychiatric Association

BSH - Brasil Sem Homofobia

CAB - Cadernos de Atenção Básica

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CID - Catálogo Internacional de Doenças

CNS - Conferência Nacional de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

DST - Doença Sexualmente Transmissível

FGV DAPP - Diretoria de Análise de Políticas Públicas da Fundação Getúlio Vargas

GALF - Grupo de Ação Lésbico-Feminista

GGB - Grupo Gay da Bahia

GLBTT - Gay, Lésbica, Bissexual, Transexual e Travesti

HIV/AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

LGBT- Lésbica, Gay, Bissexual, Transgênero, Travesti e Transexual

MDH – Ministério dos Direitos Humanos

MHB – Movimento Homossexual Brasileiro

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSI-LGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SEDH - Secretaria Especial de Direitos Humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

URSS - União das Repúblicas Soviéticas Socialistas

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Estudo antropométrico de homossexuais “com aspectos femininos”	24
---	----

RESUMO

FERREIRA, L. de C. M.; COELHO, M. de O. *Diversidade Sexual e de Gênero no campo da Saúde Mental: Uma aproximação a partir da experiência de estágio.*

Historicamente as diversidades no campo das sexualidades e dos gêneros foram tratadas por vieses tanto conservadores, como moralistas e sobre as mesmas sempre existiu um olhar extremamente negativo e punitivista. Com isso, ao longo dos séculos diversas instituições, e, em particular, as da ordem médica, e, especificamente, as de saúde mental, assumiram o papel de enquadrá-las como patológicas. Atualmente, apesar de as Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) não se enquadrarem como sujeitos com patologias, o processo de sofrimento não as abandonou uma vez que por continuarem subjugadas as mais diversas formas de violência, a população LGBT se torna predisposta a um maior sofrimento mental. Dessa forma, constatou-se a importância desses sujeitos acessarem as políticas de saúde mental, bem como os serviços oferecidos pela mesma, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Assim, enquanto estagiárias de dois dos CAPS da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Juiz de Fora – MG, realizou-se uma pesquisa qualitativa, baseada na análise crítica-reflexiva do cotidiano das instituições a fim de entender o espaço ocupado por essa população dentro desses dispositivos assistenciais. Observou-se que a presença das LGBT dentro dos CAPS se dá minimamente e aquelas que acessam, sofrem com o silenciamento e a invisibilidade de suas sexualidades e identidades sexuais e de gênero e, contudo, também se deparam com condutas profissionais que reforçam o estigma, o preconceito e a discriminação. Logo, reafirma-se a necessidade de efetividade das políticas de atenção a população LGBT, tal como dos compromissos firmados pelos órgãos de fiscalização das profissões que compõem as equipes dos CAPS, com vistas a um trabalho profissional em equipe que prime pelo princípio da não-discriminação e eliminação de todas as formas de preconceitos.

Palavras-chaves: diversidade sexual; gênero; saúde mental.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I. DA MORAL RELIGIOSA À PATOLOGIZAÇÃO DAS SEXUALIDADES DISSIDENTES: AS MARCAS HISTÓRICAS DO PRECONCEITO E DA DISCRIMINAÇÃO A POPULAÇÃO LGBT	17
1.1 PATOLOGIZAÇÃO DA SEXUALIDADE.....	21
 CAPÍTULO II. QUANDO OS SUJEITOS LGBT ENTRAM NA CENA PÚBLICA: DIREITO, SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL	35
2.1 SAÚDE MENTAL, POLÍTICAS PÚBLICAS E POPULAÇÃO LGBT: DESAFIOS E MARCOS.....	44
 CAPÍTULO III. DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: INVISIBILIDADE, SILENCIAMENTO E PATOLOGIZAÇÃO	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com o Grupo Gay da Bahia (GGB, 2017), uma pessoa identificada como lésbica, gay, bissexual, travesti, transgênero e transexual (LGBT) é vítima de homicídio ou se suicida a cada 19 horas, só em 2017 somaram-se 445 casos notificados, sendo destes, 387 assassinatos e 58 suicídios¹. No ano em questão, portanto, Minas Gerais alcançou a segunda posição entre os estados onde essas mortes mais aconteceram, ficando atrás apenas de São Paulo. Essas notificações, embora subnotificadas, revelam o intenso sofrimento pelo qual a população LGBT passa, algo que não é recente, uma vez que essa população em toda sua história enfrentou, diversos tipos de preconceitos. O bullying, a violência, a discriminação e a falta de suporte familiar são só alguns dos responsáveis pelo sofrimento mental de grande parte dessa população que carrega uma grande propensão ao suicídio, de acordo com a Revista Metrôpoles (2017) ao publicar uma pesquisa realizada em 2012 e publicada pela Universidade de Columbia, nos Estados Unidos.

De acordo com a Diretoria de Análise de Políticas Públicas da Fundação Getúlio Vargas (FGV DAPP, 2018), que publicou os dados coletados pelo Disque Direitos Humanos, o Disque 100, desenvolvido pelo Ministério dos Direitos Humanos (MDH), responsável por coletar as denúncias LGBTfóbicas no Brasil, no ano de 2017 as ligações para reportar as violações foram de 2.658, esses números representam os mais diversos tipos de violência, como as psicológicas (917), discriminação (837), violência física (545), institucional (168), entre outras tantas. Embora sejam números significativos, esse é o retrato de parte das violações denunciadas num universo enorme de violência sofrida todos os dias por essa população e de subnotificação de casos.

Historicamente, LGBT foram tratadas como pecadoras, criminosas e loucas e com isso, estigmatizadas, perseguidas, mortas, trancafiadas e torturadas. No entanto, com o passar dos anos, colocaram-se na resistência através de movimentos sociais

¹ De acordo com o GGB, até outubro de 2018 já foram registradas cerca de 346 mortes de LGBT no país. Disponível em: <https://homofobiamata.wordpress.com/>. Acesso em 16 de nov.

pela liberdade sexual e pelas reivindicações relacionadas a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), conhecida preconceituosamente pelos conservadores como a "peste gay" ou "câncer gay", que foram responsáveis por garantir mais espaços dentro das políticas, principalmente, nas de saúde, a partir do final dos anos de 1980.

Na década seguinte, em 1990, a homossexualidade foi retirada do Catálogo Internacional de Doenças (CID) na sua 10ª edição (CID-10), pela Organização Mundial de Saúde, impulsionada pela *American Psychiatric Association* (APA), que em 1973 retirou a homossexualidade do rol de perturbações mentais (DUARTE, 2014a), como também, no Brasil, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que em 1985 recomendou o não uso do "homossexualismo" enquanto patologia. Ou seja, as lésbicas e os gays deixaram de ser considerados doentes mentais, que necessitavam de uma intervenção médico-psiquiátrica e o seu modelo de tratamento manicomial, conquistando o direito ao acesso e tratamento por esses mesmos serviços, mas não mais com essa patologia mental, entendida como desordem ou distúrbio.

Na saúde mental, esses serviços que corresponderam na história a um dos principais mecanismos responsáveis pela estigmatização e controle dessa população, assumiram, após a Reforma Psiquiátrica, uma política de tratamento mais digna e inclusiva com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos aos antigos manicômios. Como podemos observar na Lei nº 10.216/2001 que aponta que,

Art. 1. Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

A partir das questões apresentadas pode-se aferir que essa população está facilmente exposta ao sofrimento mental, uma vez que se vive em uma sociedade que impõe os padrões heteronormativos como único modo de vida aceitável, condenando todos aqueles que nele não se enquadrarem, como as lésbicas, os gays, as/os bissexuais, as travestis, as/os transgêneros e as/os transexuais, subjugando-os/as a

uma vida permeada pelos mais diversos tipos de violência, como a física, moral, psicológica, familiar, financeira, entre tantas outras.

Em contrapartida, nas nossas vivências nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto estagiárias pudemos notar que a população LGBT nestes dispositivos assistenciais de saúde mental representa um número ínfimo de usuários/as, e que boa parte deles/as, mesmo dentro dessas instituições, se deparam com profissionais que reproduzem discursos discriminatórios, ou que não consideram a sexualidade parte importante do sofrimento que estes/as apresentam.

Dessa forma, compreendendo a importância e a necessidade do acompanhamento psicossocial dessas pessoas nos propusemos a investigar e refletir sobre a inserção de LGBT nos CAPS da cidade de Juiz de Fora, a partir das nossas observações em campos de estágio supervisionado em Serviço Social, ao direcionarmos nosso olhar para essa população nos serviços públicos de saúde mental e registrarmos a quase inexistência e que, por outro lado, quando se fazem presentes, enfrentam posturas discriminatórias por parte dos/as trabalhadores/as dos dispositivos assistenciais.

Metodologicamente, nossa pesquisa baseou-se, qualitativamente, no levantamento bibliográfico sobre o tema, ao debruçarmos e investirmos na leitura e na análise do conteúdo da literatura especializada, bem como, a partir da observação sistematizada em nossos diários de campo, pela vivência e implicação, como estagiárias de Serviço Social, no cotidiano institucional dos CAPS que nos inserimos para o efetivo cumprimento da nossa carga horária prática enquanto acadêmicas mas também como pesquisadoras para a produção desse trabalho acadêmico.

Portanto, o referido Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está dividido em três capítulos. Assim, no primeiro capítulo, denominado, “Da moral religiosa à patologização das sexualidades dissidentes: as marcas históricas do preconceito e da discriminação a população LGBT”, fizemos um breve recorte histórico sobre como foram tratadas as diversidades sexuais e de gênero no Brasil, que por tantos anos sofreram com os mais diversos tipos de violência e estigmas, tratadas como pecadoras, criminosas e como loucas, subjugadas a uma lógica heteronormativa

responsável por sempre enquadrá-las enquanto práticas e identidades a serem rechaçadas, fazendo com que essas pessoas, historicamente fossem expostas as maiores atrocidades, culminando nos mais diversos tipos de sofrimentos, que permeiam a vida das LGBT até os dias de hoje.

Em seguida, no segundo capítulo, intitulado, “Quando os sujeitos LGBT entram na cena pública: direito, sexualidade e saúde mental”, abordamos as principais conquistas dessa população no âmbito da saúde, principalmente, pontuando algumas das políticas públicas e resoluções criadas para promover o compromisso do Estado, das instituições de saúde, principalmente as de saúde mental, e dos Conselhos Fiscalizadores das equipes básicas dessas instituições (CFP, CFESS, CFM e COFEN) com a garantia dos direitos das LGBT, bem como do acesso desta aos dispositivos da RAPS – os CAPS - de maneira equitativa, tal como preconiza o SUS, visando um atendimento livre de discriminação.

Por fim, no terceiro e último capítulo, “Diversidade Sexual e de Gênero no Campo da Saúde Mental: invisibilidade, silenciamento e patologização”, apresentamos o resultado de nossa pesquisa realizada em dois CAPS da cidade de Juiz de Fora. A pesquisa foi realizada através da observação e da análise dos registros no portfólio reflexivo construído durante a permanência nos referidos campos enquanto estagiárias de Serviço Social, em que observamos que a população LGBT, uma das mais predispostas ao sofrimento mental, é uma das que menos se encontra presente em dispositivos de saúde como os CAPS.

Durante a pesquisa foi possível perceber a invisibilidade e o silenciamento das questões referentes a sexualidade dos usuários, e que, principalmente, quando estas apareciam fora do modelo considerado “natural”, ou eram vítimas da imposição compulsória da heteronormatividade e da cisnormatividade, ou eram ignoradas e inferiorizadas pela questão do “transtorno” mental, quando este era considerado mais grave.

CAPÍTULO I

DA MORAL RELIGIOSA À PATOLOGIZAÇÃO DAS SEXUALIDADES DISSIDENTES: AS MARCAS HISTÓRICAS DO PRECONCEITO E DA DISCRIMINAÇÃO A POPULAÇÃO LGBT

A questão da diversidade sexual foi, e ainda é tratada por vieses tanto conservadores, como moralistas e sobre a mesma sempre existiu um olhar extremamente negativo e punitivista. Ao longo dos séculos diversas instituições, e, em particular, as da ordem médica, assumiram o papel de enquadrar, em especial, a homossexualidade, como algo “ruim”, patológico, prezando por uma heterossexualidade, tão necessária as reproduções das classes tidas historicamente como hegemônicas.

A sexualidade, como explica Foucault (1988) é um dispositivo de embate de forças, esta é usada como forma de exercer poder sobre todos aqueles que não se enquadram em determinados padrões sexuais e morais. Sobre ela é produzida uma verdade absoluta, que deve ser seguida sem ser questionada. E no caso específico da homossexualidade esta emerge como uma transgressão à prática sexual e a ordem moral, hegemônicas social e culturalmente, a heteronormatividade² e o heterossexismo.

O heterossexismo corresponde a um regime de normas que impõe a heterossexualidade como a única sexualidade, criando normatizações a serem seguidas e reproduzidas socialmente como os ideais heteronormativos, que são papéis socialmente construídos, como o masculino e o feminino e a relação existente entre eles. Enquanto regra a ser seguida, tudo que foge a esses padrões é matéria de rechaço, obrigando a adoção e a reprodução compulsória da heterossexualidade.

O heterossexismo é a promoção incessante, pelas instituições e/ou indivíduos, da superioridade da heterossexualidade e da subordinação

²“A heteronormatividade é um conjunto de prescrições que fundamenta processos sociais de regulação e controle, até mesmo aqueles que não se relacionam com pessoas do sexo oposto” (MISKOLCI, 2009, p. 156).

simulada da homossexualidade. O heterossexismo toma como dado que todo mundo é heterossexual, salvo opinião em contrário. Mas estaríamos enganados se limitássemos esse quadro de exclusão que cria o heterossexismo apenas à homossexualidade. Toda forma reivindicada de sexualidade que se distingue da heterossexualidade é desvalorizada e considerada como diferente da doxa de sexo que se impõe como modelo único. O mesmo acontece com a bissexualidade, as sexualidades transexuais, etc. (WELZER-LANG, 2001, p. 467-468 *apud* ASSUNÇÃO, 2018, p. 8).

A institucionalização da heteronormatividade permeou diversos âmbitos da sociedade, assumindo diferentes montagens em diversos contextos históricos. Algumas das primeiras formas de repressão se fizeram presentes com o avanço em especial dos ideais do cristianismo no Brasil, por exemplo, estas se mostraram no período de sua colonização, uma vez que "ao desembarcarem em terras brasileiras, os europeus trouxeram consigo o preconceito contra as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo" (PRETES; VIANNA, 2008, p. 331).

Nessa época, com a reprodução dos ideais judaico-cristãos, os homossexuais eram considerados sodomitas, numa referência a cidade bíblica de Sodoma, condenada pela ira divina pelos atos imorais cometidos pelos seus habitantes.

Segundo a tradição cristã, sodomitas seriam os praticantes de atos sexuais contra a natureza humana. Todo e qualquer ato sexual que não tivesse como fim a procriação era tido por sodomia, sendo um pecado frente a Deus. Estados católicos e não-católicos tipificaram a sodomia, transformando assim o que era considerado pecado também em crime. A sodomia, até meados do século XIX, era um pecado frente a Deus e um crime contra o Estado, configurando um pecado-crime- (TREVISAN, 2000 *apud* PRETES; VIANNA, 2008, p. 307).

Dessa forma, podemos notar quão clara era a tipificação e a estigmatização que o cristianismo pregava sobre as relações homossexuais, uma vez que estas enquanto práticas não reprodutivas não eram consideradas por eles como normal, assim,

O sexo natural passou a ser a norma que devia ser seguida, e o sexo que não fosse considerado natural pela teologia moral era passível de punições, pois era considerado um pecado contra Deus. É, portanto, com a formação da norma da naturalidade do sexo conjugal que se encontra o filtro utilizado para a punição da sodomia e dos outros pecados sexuais pela Igreja. (PRETES, VIANNA, 2008, p. 325).

Ou seja, a Igreja, que representava na época uma das instituições de maior poder social e econômico, colocando os homossexuais na posição de sodomitas, criou sua verdade sobre o sexo, aceitando-o apenas se este assumisse características monogâmicas, regidas pelo contrato matrimonial e heterossexual, presumindo a procriação, subjugando os homossexuais ao seu controle através dos confessionários, restando aos mesmos a escolha entre a vida clandestina, em segredo ou a vida em pecado e punição. Com isso,

O poder pastoral desenvolveu a confissão como um dispositivo de poder que tornou a consciência passível de ser controlada, processo pelo qual a confissão seria filtrada pelo confessor, que determinaria se o confidente havia assimilado de maneira útil as verdades impostas pelos ditames cristãos. Segundo Foucault, é somente a partir do século XVII que temos este dispositivo de saber-poder como o responsável por ter tomado o homem ocidental um animal confidente (PRESTES; VIANA, 2008, p. 325).

Dessa forma, com a disseminação dos princípios normativos da heterossexualidade, a Igreja usava seu exercício de controle para além da propagação de suas doutrinas, fazendo uso destas para assegurar e manter seu poder econômico e ideológico.

O acúmulo de riqueza aliado à tradição religiosa transformou definitivamente a vivência pública da sexualidade e a submeteu ao seu controle, esboçando a influência e a autoridade da riqueza material sobre o sexo e a sexualidade, afinal a classe dominante também comandava a Igreja. Portanto, o empenho do domínio religioso nesse tema se revelaria em dois objetivos centrais: a conservação da ordem patriarcal e a preservação biológica do grupo de seguidores da religião. Consequentemente, as únicas relações sexuais socialmente aceitas eram aquelas que ocorriam dentro do matrimônio com o objetivo reprodutivo (ASSUNÇÃO, 2018, p.12).

Sendo assim, sob forte domínio do cristianismo e do poder da Igreja Católica, no Brasil, ficava estabelecido que,

Toda pessoa de qualquer qualidade que seja, que pecado de Sodomia, por qualquer maneira, cometer, seja queimado e feito por fogo em pó; para que nunca do seu corpo e sepultura possa haver memória; e todos os seus bens sejam confiscados, pra a Coroa dos nossos Reinos, posto que tenha descendentes; e pelo mesmo caso seus filhos, e netos ficarão inábeis e infames, sim como os daqueles que comentem crime e Lesa-Majestade. E esta lei queremos, que também se entenda e haja lugar nas mulheres, que umas com as outras, comentem pecado contra a natura e da maneira que temos dito nos homens. Outrossim qualquer homem ou mulher, que carnalmente tiver ajuntamento com alguma alimária, seja queimando e feito em pó. E as pessoas, que com outras do mesmo sexo, cometerem o pecado

da molíce³, serão castigadas gravemente com o degredo de galés, e outras penas extraordinárias, segundo o modo e perseverança do pecado (RIBEIRO, 1957 *apud* PRETES; VIANNA, 2008, p. 343).

Atualmente, o discurso socialmente reproduzido no país não mudou, segundo pesquisa realizada por Mesquita e Perucchi (2016), o Brasil apresenta discursos que são predominantes do catolicismo e das religiões evangélicas (pentecostais e neopentecostais), que classificam os atos de LGBT como anômalos, considerando este conceito como a única e universal verdade estabelecida pela Bíblia. As autoras também mostram que a tentativa de aceitação dessas pessoas por parte dessas instituições se dá de uma forma que subjuga a orientação sexual, condicionando-a a mudança. "Assim há o acolhimento dos/as homossexuais pela Igreja, desde que eles/as reconheçam que precisam mudar seu comportamento" (MESQUITA; PERUCCHI, 2016, p. 107).

Concomitantemente, voltando ao seu processo histórico, as práticas homossexuais também foram vistas como pederastia, quando passaram a ser subjugadas pela criminologia. Aqueles que não se enquadrassem nos padrões heteronormativos eram considerados criminosos, que deveriam responder pelos seus atos judicialmente. A questão da violência física contra as práticas homossexuais se fez presente, sendo estas tratadas com repressão policial.

Durante o século XIX muitos países europeus descriminalizaram a sodomia. Porém as questões relativas às relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo estavam longe de ser terreno pacífico nos campos do saber. No Brasil, mesmo havendo descriminalização, os sodomitas continuaram a ser punidos pelo sistema penal. A polícia tornou-se responsável por zelar pela moral e os bons costumes da sociedade brasileira. Com o advento das teorias positivistas, vemos a ciência avançar por caminhos onde outrora quem andava era a moral cristã, fomentando a produção de saber sobre o sexo humano. A ciência passa a dissecar o sexo do homem, da mulher, da criança, do adulto, do normal e do anormal. Acontece aí a emersão do que Foucault chama de *scientia sexualis*, desenvolvida pela burguesia a partir do século XIX para a produção sobre a verdade do sexo. (PRETES; VIANNA, 2008, p. 317-318).

A burguesia a partir desse momento passa a absorver para si, com a ajuda da igreja e dos dispositivos da medicina, as verdades sobre as sexualidades com o

³ "Molíce era o nome dado pela teologia moral ao vasto elenco de pecados contra natura que não implicassem coito anal ou vaginal, a exemplo da masturbação solitária ou a dois, da felação e da cunilíngua" (VAINFAS, 1989 *apud* PRETES, VIANNA, 2008, p. 341).

objetivo de criar a sua própria. Esta, como já foi dito anteriormente e de acordo com Foucault (1988), servia para exercer poder e enquadrar as pessoas em determinados padrões de práticas sexuais. Padrões esses que eram essenciais para reprodução e manutenção da industrialização que aos poucos vinha se constituindo.

Nota-se que a reprodução sempre foi peça importante no que diz respeito a repressão de práticas sexuais não heterossexuais. Isso se dá, uma vez que a reprodução sempre se constituiu em um grande mecanismo de manutenção e crescimento de poder. No século XIX, com a expansão do capitalismo em sua fase industrial a mesma também se fez extremamente necessária para ampliação da classe trabalhadora.

1.1 PATOLOGIZAÇÃO DA SEXUALIDADE

As práticas sexuais homossexuais continuaram a ser tratadas como "desviantes", e na metade do século XIX, foi a vez da medicina institucionalizar a reprodução do heterossexismo, enquadrando as diversidades sexuais no rol das doenças, colocando, como patologias da ordem psiquiátrica, as orientações sexuais dissidentes.

O que antes era entendido como um pecado, um vício moral, um ato criminoso e que tinha suas raízes no desvio social e moral, agora toma forma de desvio psíquico e/ou biológico. Aquilo que antes era entendido como um vício moral e social, e que era de responsabilidade da religião e do direito, encontra-se nos séculos XIX e XX sob responsabilidade da psiquiatria, psicologia e medicina (PRETES; VIANNA, 2008, p. 320).

Em um momento da história em que o fazer médico, especialmente, o da psiquiatria, era uma forma de criação do "saber-verdade" para obtenção de poder sobre a realidade, a questão do gênero e da sexualidade sofrem diversas intervenções dos profissionais da área com o intuito de pertencerem a uma verdade, estabelecida pelo cientificismo.

A discussão médico-científica em torno desta questão trazia em seu bojo uma discussão mais ampla em torno das categorias masculino/feminino - isto é, em torno da questão de gênero. (...) Um aspecto central de todo o debate em torno da inversão sexual (ou mesmo da "missexualidade" - outra categoria da época), ao longo dos anos 30, é aquela da "mistura" - vista como negativa sob diferentes aspectos - de características "masculinas" e "femininas" e, conseqüentemente, da necessidade de "ordenar" pedagogicamente este campo do comportamento. Assim, a que tudo indica, a discussão em torno do gênero, nessa hora, parece ser uma dimensão chave da nova "ordenação nacional" que a implementação do paradigma moderno implicava. (PEREIRA, 1994, p. 89)

Ainda de acordo com Pereira (1994), no Brasil, na década citada surgiram importantes nomes da medicina, como alguns também do campo do direito, que cumpriram o papel de categorizar a homossexualidade enquanto patológica, retirando-a da lógica religiosa e penal, colocando-a na lógica médica buscando possibilidades de cura. São eles:

Afrânio Peixoto (1876/1947). Médico, doutorou-se em 1897 pela Faculdade de Medicina da Bahia. (...). Dentre seus trabalhos científicos, referentes a temática deste ensaio, destacam-se: *Medicina legal*, *Psicopatologia forense* (1916), *Los Missexuales* (1931) e *Sexologia forense* (1934). (...) Leonídio Ribeiro (1893/1976) médico, foi professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1916) e da Faculdade de Medicina de Paris (1918/1919). (PEREIRA, 1994, p. 91)

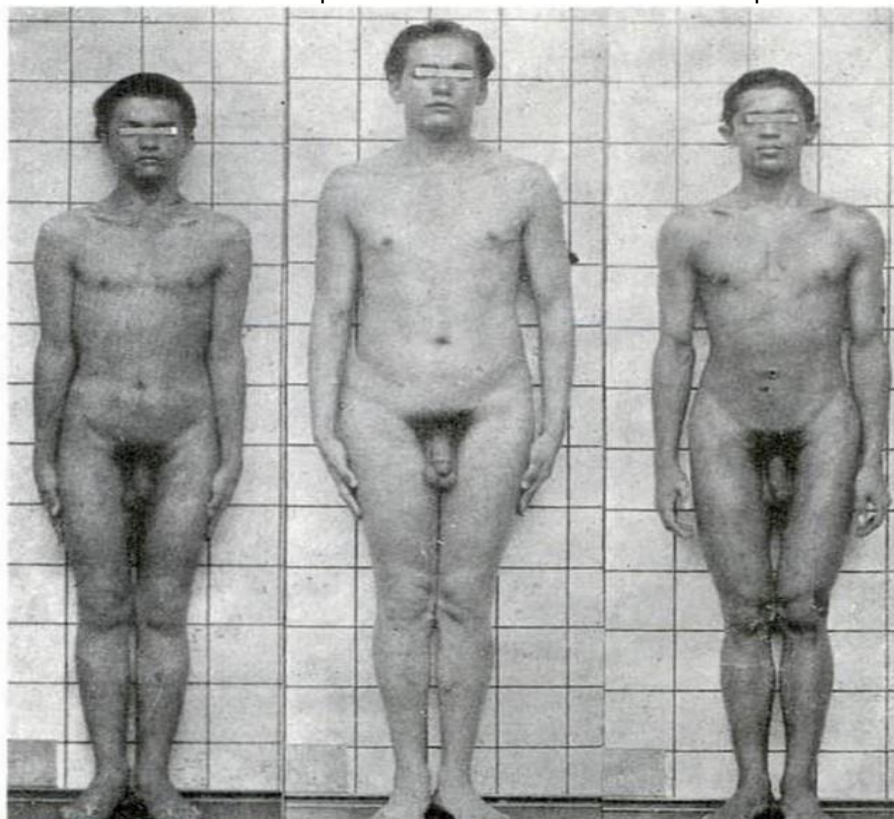
Leonídio Ribeiro também foi o responsável pelo Laboratório de Antropologia Criminal do Instituto de Identificação do Rio de Janeiro, local onde realizou um estudo com 195 indivíduos detidos pela Polícia Civil pelo crime de pederastia. Essas análises lhe permitiram criar uma de suas obras “*Homossexualismo e endocrinologia*” (1938), em que o debate entre homossexualidade, criminologia, biotipologia e patologias se fez presente de forma radical. Foi na referida obra que ele analisou o caso de Febrônio, sadista homossexual (PEREIRA, 1994).

Os leitores de seu livro poderiam captar apenas uma visão extremamente limitada das vidas de homossexuais comuns na década de 1930, uma visão provavelmente distorcida pelos preconceitos dos próprios médicos. Mas contariam, em contrapartida, com uma volumosa quantidade de informações acerca do suposto assassino e estuprador de crianças inocentes. O interesse de Ribeiro em Febrônio Índio do Brasil não era meramente didático. Ele tinha uma participação direta no caso. Ribeiro foi um dos três criminologistas que testemunharam no julgamento em favor da defesa, sustentando que Febrônio era louco e, portanto, deveria ser sentenciado *ad vitam* ao Manicômio Judiciário. Da perspectiva de Ribeiro, o caso assumia um significado mais amplo enquanto estudo de como a sociedade deveria lidar com a homossexualidade que degenerava em insanidade. Inesperadamente, Ribeiro expôs uma argumentação que relacionava homossexualismo e sadismo, e apontou que “os casos conhecidos de criminosos de grande sadismo não têm ocorrido, como é noção popular, em indivíduos de masculinidade excessiva, antes, ao contrário, em tipos de organização efeminada, como o próprio Marquês de Sade”. Para provar seu ponto de vista, Ribeiro atribuía características femininas ao infame personagem-símbolo do sadismo e apresentava um relato detalhado de sua vida, com ênfase para a longa ficha criminal de Febrônio. O médico finalizava sua arguição com as acusações de que Febrônio atraía inúmeros jovens para locais desertos, onde os torturou e molestou sexualmente para finalmente matar (GREEN, 1999, p. 210).

A figura abaixo, “Estudo antropométrico de homossexuais ‘com aspectos femininos’” extraída do livro de Leonídio Ribeiro (1932), citado acima, analisada por James Green, em “Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX” (2000), aponta o suposto fenótipo típico, ainda que não o único, do homossexual masculino, defendido por Ribeiro em sua pesquisa publicada em 1932, que entre os 195 detentos estudados, eram essas as características comuns, “peso

abaixo da média, altura mediana e braços e pernas mais compridos do que o normal, com um tórax pequeno” (GREEN, 2000, p. 203).

FIGURA I - Estudo antropológico de homossexuais “com aspectos femininos”.



Fonte: RIBEIRO, 1932, p. 104-105 *apud* GREEN, 2000, p. 203.

Além dos dois profissionais citados acima, tem-se também nesse mapeamento as presenças de Estácio de Lima (1897/1984), Antonio Bello da Motta (1903-?), autor da tese “*Homossexualismo em medicina legal*” e José Ricardo Pires de Almeida (1843/1913), responsável pela obra “*Homossexualismo: a libertinagem no Rio de Janeiro*”. Esses foram médicos responsáveis por retratar a homossexualidade enquanto patológica, eximindo-a da lógica do crime e da punição. Com estes, “temas como saúde-doença, normalidade-anormalidade, configuração anatomobiológica-configuração psíquica” passaram a tomar frente no debate (PEREIRA, 1994, p. 92).

Ainda de acordo com Pereira (1994), na obra de Estácio de Lima, “*A inversão dos sexos*”, de 1935, Afrânio Peixoto declara no prefácio que a homossexualidade

Não é um pecado, um crime, um vício a punir, mas um desvio orgânico, uma malformação interna, a diagnosticar, reconhecer e obviar ou corrigir. Não religião ou direito, que nada têm que fazer aqui, senão higiene, medicina, cirurgia talvez, para repor o homem desviado, a mulher pervertida, na saúde

normal. Não mais, como nas idades peremptas, expelir o leproso ou o sífilítico porta-fora das cidades, temendo o contágio, senão os isolar em hospitais, onde se lhes deem trato e saúde. Todos os anátemas e códigos não evitarão, não corrigirão uma inversão sexual. Ela se tratará por meios idôneos (PEIXOTO, 1935 *apud* PEREIRA, 1994, p. 92-93).

Essa idoneidade por sua vez estava interligada com o debate que se tinha em torno da família

Na segunda metade do século XIX (...) irrompe na Europa e no Brasil toda uma preocupação médica com a homossexualidade e, de fato, quaisquer relações sexuais fora do casamento, incluindo prostituição. Formou-se a ideia de que a saúde da nação era diretamente ligada à saúde da família e dependente, portanto, do controle da sexualidade (FRY; MACRAE, 1983, p. 61 *apud* PEREIRA, 1999, p. 94).

A homossexualidade, assim como a prostituição citada pelos autores, a partir do momento que surge enquanto uma prática que coloca o modelo familiar tradicional em risco, passa a ser necessariamente um “mal” a ser combatido, e, no caso da psiquiatria, passa a ser uma doença a ser curada. Dessa forma, explica-la enquanto sintomas a serem corrigidos nada mais era que uma forma de controle e de poder médico-psiquiátrico sobre aquelas pessoas que não se enquadravam.

Percebe-se, claramente, uma enorme valorização, seja do saber médico seja do próprio médico, como dotados de uma capacidade semidivina de objetividade e de acesso à verdade, o que termina por compelir essa “vanguarda autoritário-progressista” ao exercício do “ministério sagrado da medicina” (PEREIRA, 1999, p. 96).

Dessa forma, por volta dos anos 1930, a medicina passou a ser a responsável pelo controle das relações “doentias” das quais faziam parte os homossexuais. É preciso se atentar ao fato de que,

Ao contrário da categoria *homossexualidade*, que chama a atenção para o fato de se tratar de uma relação ou de uma sexualidade voltada para o *mesmo sexo* - as categorias “missexualidade” ou “intersexualidade” apontam, basicamente, para a “mistura”, a “confusão” de caracteres (masculinos e femininos) que deveriam estar separados; mesmo a categoria “inversão sexual” aponta também para algo que está “fora do lugar” - invertido. Assim, quando este universo de categorias é acionado pela medicina legal dos anos 30, o ponto problemático fundamental revela-se como aquele referente à necessidade de uma “correta ordenação”, de uma “correta arrumação” (PEREIRA, 1999, p. 109).

Assim como mecanismo de controle dessas práticas, a medicina foi um importante instrumento de perpetuação de “verdade” e de manutenção do modo de vida e do modelo de família burguês, que igualmente a usou para se manter e se reproduzir enquanto ideologia.

Qualquer reflexão que pretenda discutir e avaliar o modo como a medicina legal, ao longo da década de 1930, tratou a questão da “homossexualidade” ou da “inversão sexual” - expressão até hoje dotada de forte significado no meio médico - deve levar em consideração tanto o papel e/ou a imagem do médico naquele momento (não se esquecendo de que os próprios médicos tiveram uma atuação forte na afirmação e na divulgação desta imagem) quanto a avaliação que estes mesmo médicos faziam da medicina como campo de saber e de atuação tecnoprofissional, avaliação que contou, de modo cada vez mais intenso, com a sanção da própria sociedade, ou melhor, de determinados segmentos sociais, tais como parcelas significativas da intelectualidade e da elite política dirigente; sem que se esqueça, evidentemente, o prestígio e a popularidade crescentes da figura do médico no contexto da ascensão de um modo de vida familiar burguês (PEREIRA, 1999, p. 115).

Com isso, como já citado, as práticas homossexuais emergiram como um desvio e os sujeitos como doentes, e então eis aí a doença mental que necessita de cura, o homossexualismo. Em suma, a ciência passa então a colocar a homossexualidade sob uma posição marginalizada, impraticável, que representava um perigo a sociedade e ao Estado (PRETOS; VIANNA, 2008).

Iniciou-se assim no Brasil a difusão e absorção de discursividades que viam nas condutas homossexuais não mais a imagem pecaminosa/delituosa da sodomia. Pelo contrário, o corte axiológico feito pela ciência possibilitou a assimilação do homossexual como uma anomalia a ser detectada e posteriormente normalizada pelos dispositivos de saber-poder (GREEN, 2006 *apud* PRETOS; VIANNA, 2008, p. 43).

Nessa época, apesar de os homossexuais, teoricamente, não serem considerados mais como pederastas, aqueles cujas famílias não podiam recorrer aos hospitais psiquiátricos, ficavam enquadrados no Código Penal por atentado ao pudor, sofrendo represálias da polícia e sendo enviados aos manicômios judiciários (PRETOS; VIANNA, 2008).

No entanto, para alguns profissionais da época que encabeçaram diversas pesquisas sobre o "homossexualismo", como Sinisgalli⁴, Marañon⁵ e Leonídio⁶ Ribeiro, este já citado, os homossexuais não deviam ser retidos no sistema penal, já que, como doentes, a única solução para estes seria o tratamento, não a prisão.

Sinisgalli respondia argumentando que o confinamento como punição não iria ajudar a sociedade, nem curar o homossexual. Mas um instituto para tratar pederastas iria ao mesmo tempo tirá-los do convívio social e reabilitá-los. E acrescenta que o instituto proposto por ele não seria destinado, a homossexuais criminalmente insanos, que deveriam ser enviados ao Manicômio Judiciário. Ribeiro de Go-doy concordava com Sinisgalli. Ele sustentava que uma vez que a homossexualidade constituía uma depravação psicológica, requeria tratamento médico, e não a detenção criminal (GREEN, 2000, p. 218).

Essas discussões em 1930 permitiram promover uma reformulação no Código Penal e, em 1940, no Brasil, a homossexualidade já não era mais considerada crime (PRETES; VIANNA, 2008). No entanto, esta continuava a ser tratada como anomalia e as internações psiquiátricas para aqueles cujas práticas sexuais rompiam com o padrão, ganhavam cada vez mais força.

Em busca da cura para o homossexualismo, a medicina ocidental impôs ao portador desta "degenerescência" do instinto sexual humano diversos tratamentos (...) Insulinoterapia; eletrochoque; lobotomia; castração; "terapia da aversão" (PRETES; VIANNA, 2008, p. 366).

Nessa dinâmica de confinamento dos "desajustados", os homossexuais foram agregados aos hospitais psiquiátricos ora em busca de cura e tratamento, ora como forma de omitir os mesmos do meio social (BELMONTE, 2009). Em suma, a

⁴ O médico-legista, Aldo Sinisgalli, foi um dos responsáveis pelas pesquisas com homossexuais no Instituto paulista, apresentou algumas considerações sobre o homossexualismo no Primeiro Congresso Paulista de Psicologia, Neurologia, Psiquiatria, Endocrinologia, Identificação, Criminologia e Medicina legal (GREEN, 2000, *apud* PRETES; VIANNA, 2008, p.362).

⁵ Gregório Marañon, um professor da Universidade de Madrid que influenciou os estudos sobre o homossexualismo no Brasil. Marañon acreditava que o homossexualismo possuía raízes biológicas, um desequilíbrio endocrinológico do corpo humano que apresentava características dos dois sexos, mas que poderia ser moldada e erradicada por fatores exógenos, como métodos terapêuticos desde que os traços homossexuais fossem descobertos na infância e na puberdade (GREEN, 2000 *apud* PRETES; VIANNA, 2008, p. 322)

⁶ Leonídio Ribeiro, criminologista brasileiro, diretor do Departamento de Identificação da Polícia do Rio de Janeiro, influenciado pelas teorias de Marañon e Lombroso, "empregou as técnicas antropométricas de Lombroso para medir partes do corpo de 195 presos no Rio de Janeiro em 1932, a fim de provar a ligação entre desequilíbrio hormonal e homossexualidade" (GREEN, 2000 *apud* PRETES; VIANNA, 2008, p. 358).

internação como forma de afastar essas pessoas do convívio social, foi o recurso utilizado pelas famílias que possuíam dentre seus membros um componente assumidamente LGBT ou alguém que gerasse certa desconfiança.

Nesse sentido a internação era um recurso freqüentemente utilizado, vendo-se no hospício o “meio eficaz e moralmente aceitável, para esconder e justificar a existência de seus membros ‘esquisitos’, que constituíam motivo de galhofa para a vizinhança e opróbrio para os parentes (BELMONTE, 2009, p. 70).

Nessas instituições os sujeitos que ali estavam eram submetidos a tratamentos que visavam a cura, como já explicitado, no entanto essas práticas eram subumanas e ao invés de “curar” os levava a um sofrimento desnecessário e ao desenvolvimento de fato, de doenças, sofrimentos psíquicos e até mesmo óbito.

Do mesmo modo Green relata que o asilo psiquiátrico era o local para onde os homossexuais foram enviados por suas famílias para receberem tratamento que os fizessem retornar à heterossexualidade. Além do confinamento, como principal método de tratamento para controlar a homossexualidade e demais transtornos mentais, outras terapêuticas mais intervencionistas também foram indicadas. Esse foi o caso da convulsoterapia e da insulino terapia, utilizados primeiramente para tratamento do comportamento esquizofrênico e, posteriormente, para o tratamento da homossexualidade. Já nos anos de 1940 foi utilizada no Brasil a terapia de aversão com eletrochoques de baixa intensidade para curar a homossexualidade assim como a terapia por choque insulínico, mesmo quando não havia indícios de comportamento esquizofrênico (BELMONTE, 2009, p. 7).

Mesmo sem quaisquer doenças de ordem psiquiátrica, os homossexuais eram direcionados aos manicômios, onde sofreram as mais diversas atrocidades, como a retidão da liberdade, torturas, maus tratos, abandono e procedimentos invasivos que apresentavam resultados iatrogênicos. Em Minas Gerais, na cidade de Barbacena, tivemos o exemplo de um dos piores hospitais psiquiátricos do país, o "Colônia", onde cerca de 60.000 pessoas morreram por conta do tratamento que recebiam, entre elas, estavam as LGBT (ARBEX, 2013).

De acordo com a pesquisa jornalística de Arbex (2013), 70% das pessoas internadas no referido hospital não possuíam nenhum transtorno mental, assim como os homossexuais, que só se encontravam nesse lugar por conta de suas práticas sexuais. Os mesmos tiveram que sobreviver a situações desumanas, como explicita a autora

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo - e também de invisibilidade (ARBEX, 2013, p. 13).

Internacionalmente, na mesma época, a situação das LGBT não se dava de maneira muito diferente. Em 1934,⁷ de acordo com Assunção (2018) a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) sob comando de Josef Stalin, dava seus primeiros passos na criminalização da homossexualidade, com a Lei 7 de março, que condenava a prática homossexual com cinco anos de trabalhos forçados. No entanto, somente em 1952 que a Grande Enciclopédia Soviética vai trazer a homossexualidade como crime, colocando-a como

Uma inclinação antinatural por pessoas do mesmo sexo; ela ocorre entre homens e entre mulheres; pode coexistir com uma vida sexual normal, mas frequentemente as tendências normais foram rechaçadas. Os cientistas burgueses consideram a homossexualidade como uma genuína manifestação psicopatológica. Em princípio, os psiquiatras e os médicos legistas é que se ocupam da homossexualidade: eles julgam que se trata de uma anomalia congênita, de uma variante biológica [...]. Ao negar o papel e a importância da influência do meio social e ao reduzir a questão a fatores biológicos, essa concepção foi submetida a uma crítica impiedosa por parte dos cientistas soviéticos. [...]. Na sociedade capitalista, a homossexualidade é um fenômeno frequente; basta indicar que a prostituição homossexual tornou-se uma profissão. O alcoolismo e as impressões sexuais da primeira infância têm grande importância no desenvolvimento da homossexualidade. Sua origem está associada às condições de existência social: na esmagadora maioria das pessoas que praticam a homossexualidade, essas desnaturalizações cessam desde que o sujeito esteja posicionado em um quadro social favorável. A exceção é constituída por personalidades psicopatas e por doentes mentais [...]. Na sociedade soviética, que usufrui de uma moralidade saudável, a homossexualidade é reprimida enquanto depravação sexual e sancionada pela lei, salvo em caso de desordem psíquica. [...]. Nos países burgueses, a homossexualidade, sinal da decomposição moral das classes dirigentes, é, efetivamente, descriminalizada (Grande Enciclopédia Soviética, 1952 *apud* BORRILLO, 2010, p. 80-81).

⁷ Vale ressaltar que apesar da criminalização da homossexualidade pelos governos soviéticos, em 1918, após a Revolução Bolchevique, a URSS se tornou o primeiro país a descriminalizar as práticas homossexuais, tidas na época por sodomia (ALMEIDA, 2018).

Assunção (2018), baseando-se na clássica obra "*Homossexualidade: da opressão à libertação*" de Hiro Okita, reforça que Cuba também foi cenário de perseguição aos homossexuais uma vez que o país os classificava como anti-revolucionários e posteriormente a Revolução Cubana em 1959, milhares de gays foram obrigados a trabalhar nos campos para se salvarem de suas "patologias sexuais".

Em outros países da Europa, como a Alemanha, a homossexualidade constava como crime no Código Penal com o Parágrafo 175, desde 1860. No entanto, este só ganhou expressividade no início da década de 1930 com Adolf Hitler no comando do país e a explosão do movimento nazista (Assunção, 2018).

Somente no ano de 1935, após uma reforma no Código Penal, que o Parágrafo 175 foi levado a cabo, quando passou a condenar com dez anos de prisão as relações consentidas entre pessoas do mesmo sexo, na verdade qualquer suspeita de homossexualidade já era suficiente para condenar alguém (BORRILLO, 2010, p. 85).

A Alemanha no período da Segunda Guerra Mundial sofria com a baixa populacional decorrente da anterior, dessa forma a reprodução era essencial para a expansão demográfica do país e por isso "as pessoas LGBT foram enviadas para os campos de concentração nazista, sendo identificadas com um triângulo cor-de-rosa para os gays e triângulo preto para as lésbicas" (Assunção, 2018) e além delas, as putas, as revolucionárias, assim como os ciganos recebiam o triângulo castanho e os judeus dois triângulos amarelos invertidos, como a estrela de Davi.

Milhares de homossexuais foram perseguidos e levados aos campos de concentração onde foram presos, submetidos a procedimentos médicos e científicos, vítimas de violência física, sexual e assassinados. "Parece razoável considerar que, no mínimo, 500.000 homossexuais tenham sido mortos nas prisões, nas execuções sumárias, por suicídio ou por ocasião de tratamentos experimentais" (BORRILLO, 2010, p. 86).

Nos Estados Unidos, por exemplo, a homossexualidade foi duramente condenada, filmes e propagandas publicitárias condenavam abertamente o "homossexualismo" como um perigo a ser combatido moralmente, para que não

houvesse o incentivo sobre a sexualidade das crianças, e, portanto, presos, por um lado, ou tidos como doentes, por outro, eles viveram na clandestinidade e no segredo de becos, vielas e bares, esses controlados pelas máfias, como espaços do gueto gay.

Stonewall Inn foi um desses bares onde LGBT da época se reuniam clandestinamente e como gueto. E foi lá que um dos momentos mais importantes para a comunidade LGBT aconteceu, já em 1969, quando os frequentadores do bar resistiram e confrontaram a uma batida policial que se desenrolou por 2 dias, findando no dia 28 de junho, considerado, então, o dia mundial do Orgulho Gay⁸.

Na década de 60 os países americanos e europeus, de maneiras diversas e em períodos distintos, passavam pelo fenômeno da contracultura, momento de contestação da cultura até então vigente, que proporcionou a eclosão de diversos movimentos de oposição à ordem capitalista e suas formas de controle, “como o movimento hippie; o rock; a organização estudantil nas universidades; as drogas; o orientalismo” (BELMONTE, 2009, p. 79).

O preponderante desse movimento underground foi o questionamento do establishment, ou seja, das instituições culturais dominantes, seus tabus culturais e morais, costumes e padrões comportamentais. A palavra de ordem do movimento foi *drop out*, que significava ‘cair fora’ da família, das instituições e de toda e qualquer forma considerada repressiva.(...) O movimento da contracultura aparecia lhes assim como um catalizador de uma série de tendências sociais críticas ao establishment, produzindo e sendo produzida por hippies e defensores das minorias – *Black Power*, *Gay Power* e *Women’s Lib*. (...) É possível afirmar que está nos princípios da contracultura, lutar contra tudo que se oponha a uma postura individualista e ao direito de fazer com o próprio corpo e com a própria vida o que bem lhe convier, implantando uma nova ideia de família, de casamento e de relações sexuais (BELMONTE, 2009, p.86 - 88).

Por influência dos movimentos da “contracultura”, surgem os movimentos pela liberdade e por democracia sexual fazendo com que os homossexuais passassem a assumir a própria imagem, identidade e as significações políticas de suas orientações. Exercendo poder – aqui no sentido de resistência trazido por Foucault (1988) - sobre

⁸ A sigla LGBT, mundialmente conhecida, só foi incorporada ao movimento anos depois, tendo passado por diversas mudanças, a medida que os outros grupos identitários foram reivindicando seu espaço de representação.

todas as formas de repressão que foram tratados, alcançando maior visibilidade em prol de suas lutas por direitos e cidadania.

Stonewall que foi partícipe desse movimento de contestação, expressando as lutas pelo “exercício da livre sexualidade; o questionamento da ordem patriarcal; a adoção de uma moda e estilo de vida” (BELMONTE, 2009, p.116) foi um dos grandes influenciadores do movimento homossexual brasileiro, no entanto, esse movimento assim como todo o fenômeno da contracultura no Brasil enfrentou um cenário diferente.

A cultura brasileira, entretanto, além de viver essa experiência um pouco mais tardiamente, a teria vivido de um modo peculiar, pois a penetração dessas ideias, vindas principalmente dos Estados Unidos, coincidiu com um “período de intenso fechamento político, durante o qual o discurso tradicional de esquerda sofre forte repressão, (...) juntamente com a falência de toda uma crença num certo ‘poder revolucionário’ da cultura” (PEREIRA, 1983, p. 33 *apud* BELMONTE, 2009, p. 91).

Nas décadas de 1960 e 1970 o país enfrentava seu regime ditatorial e neste momento, os cidadãos encaravam a restrição de seus direitos e de suas liberdades. No entanto, ao mesmo tempo que o regime militar coibia as manifestações de grupos era ele também responsável indireto por fomentar maneiras com as quais a população o enfrentaria, fazendo com que partissem desta comportamentos que subvertessem aqueles tidos como ideais. Dessa forma grupos alternativos de contestação foram criados para discutir a questão das drogas, do corpo, e das formas de se tornar independente frente a ideologia que dominava a época (BELMONTE, 2009).

Passada a década de 1970, a contracultura deixou como saldo a possibilidade de questionamento de valores morais tradicionais e a associação entre pares, forjando formas de organização da sociedade civil. Com a abertura política, vários grupos puderam se organizar no sentido de reivindicar seus direitos de cidadania. (...). Eles se articulavam em torno de reivindicações do grupo, além de terem posto em pauta temas em discussão que interessavam diretamente as minorias culturais, étnicas e sexuais, como sexualidade, contracepção, aborto, a presença da mulher no mercado de trabalho em igualdade com o homem, práticas racistas e também, os movimentos de afirmação do homossexualismo. Esses movimentos foram de fundamental importância para o debate da questão da sexualidade e a visibilidade dos preconceitos existentes em relação à temática homossexual no país. A homossexualidade começou a ser discutida publicamente, no final dos anos 1970, quando grupos de militância homossexual passaram a debater o direito de homossexualidade poder ser vivida fora da clandestinidade. Não coincidentemente, o movimento é contemporâneo ao movimento de oposição à ditadura militar, momento que possibilitou a

manifestação de propostas alternativas aos costumes e ao moralismo da classe média, como o amor livre e o amor entre iguais (BELMONTE, 2009, p. 114).

Apesar disso, os homossexuais e as travestis foram duramente perseguidas e reprimidas durante a Ditadura, como mostra Cabette (2017). Cabe ressaltar que nesse período, além dos dois grupos de organização política existentes, “Somos”, em São Paulo e Triângulo Rosa, no Rio de Janeiro, em 1978, emerge o jornal “Lampião da Esquina”, no Rio de Janeiro, e, em 1981, o “Chanacomchana”, esse orgânico ao Grupo de Ação Lésbico-Feminista (GALF) em São Paulo, para denunciar os abusos exercidos pelos militares contra os gays, as lésbicas e as travestis.

Há um consenso dentre as fontes pesquisadas que o início do movimento homossexual brasileiro aconteceu com a criação desse principal jornal nacional de temática homossexual – O Lampião – o qual serviu de veículo e apoio para a fundação, em 1979, em São Paulo, do grupo “Somos”, considerado por diversos autores, como o primeiro grupo brasileiro de militância gay. (...) O nome “Somos”, se originou da pioneira revista homossexual publicada na América do Sul pela Frente de Libertação Homossexual da Argentina e seu nascimento é entendido como o surgimento do movimento homossexual no Brasil. Esse grupo trouxe a politização da questão da homossexualidade, sendo o primeiro grupo a se instituir nesse formato, divulgando suas atividades e seu ideário voltado para os direitos de gays e lésbicas, como a parceria civil e denunciando a discriminação e violência social contra esse grupo (BELMONTE, 2009, p. 113).

Esses grupos foram se dissolvendo à medida que o autoritarismo chegava ao fim, para além de divergências políticas internas, e outros também começaram a surgir, na medida em que o inimigo maior a ser enfrentado já não era mais os militares, mas sim a AIDS.

Em um primeiro momento o Somos era formado apenas por homens, recebendo mulheres após um debate promovido pela Universidade de São Paulo, no início de 1979, sobre movimentos de emancipação de grupos discriminados. Essa foi a primeira apresentação pública do Somos, dando maior visibilidade ao movimento. Contudo, observa-se também o surgimento de críticas e tensões internas ao grupo, já que para alguns de seus integrantes repetia-se a ênfase no gênero masculino, como acontecia com as relações de gênero heterossexuais, o que excluía as mulheres homossexuais, além dos travestis e bissexuais, mantendo suas reivindicações e experiências secundárias face às dos homens gays. Além disso, questões de alianças políticas, de polarização entre a esquerda e a autonomia das lutas das minorias, de apoio a movimentos de grupos essencialmente políticos minavam a coesão interna. O perfil do grupo, que anteriormente era apenas composto por homens, mudou e provocou o aparecimento de novos grupos: estes surgiam de forma espontânea, mas também, pela dissidência de grupos dentro da formação original. Conflitos internos quanto a questões de aliança, a concepção de atuação, entre outros,

provocaram cisões que tiveram como consequência o surgimento de novos grupos para acolher a heterogeneidade do público homossexual (BELMONTE, 2009, p. 115).

Esse protagonismo foi de grande importância para o movimento LGBT brasileiro, uma vez que através de suas reivindicações essas populações tiveram uma atenção que antes só se dava com o intuito de criminalizar as práticas homossexuais. Através do movimento de contracultura:

Os homossexuais passaram a publicizar uma identidade homossexual, assumindo também um orgulho gay, tirando a homossexualidade da marginalidade e convocando a todos a “saírem do armário”. Assim, inspirado na experiência norte-americana, acontece em 16 de dezembro de 1979, no país, o I Encontro de Homossexuais Militantes, na Associação Brasileira de Imprensa, no Rio de Janeiro. Entre as resoluções desse encontro, uma merece destaque neste trabalho: a reivindicação para que a homossexualidade fosse retirada da lista de doenças mentais. Logo depois, em 1981, o Grupo Gay da Bahia lidera uma campanha nacional para que o Ministério da Saúde abolisse o uso do código 302.0 “Homossexualismo” que estava incluído, juntamente com os demais desvios sexuais, no Capítulo V ‘Transtornos Mentais’, na categoria “Desvio e Transtornos Sexuais” do CID 9, em vigor desde 1975. Não é demais lembrar, como já vimos, que a essa época a categoria diagnóstica da homossexualidade já fora alvo de franco debate no contexto psiquiátrico norte-americano, tendo sido mantida no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III, 1980), apenas para os casos em que esta condição sexual fosse considerada como razão de sofrimento pelo próprio indivíduo, sob o nome de ‘homossexualidade egodistônica’. Não parece casual, portanto, que a campanha realizada pelo movimento homossexual tenha contado com o apoio de entidades científicas como a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e ainda, de numerosas personalidades e parlamentares de todo o país, chegando à Assembleia Nacional Constituinte, em meados dos anos 80 (BELMONTE, 2009, p. 116-117).

Contudo, no meio da década de 1980, com a epidemia do HIV/AIDS, os homossexuais voltaram a ser expostos ao estigma de abjetos da sociedade, conhecida como a “peste gay” ou “câncer gay”, a AIDS levou a morte vários homossexuais e travestis no país, além de reforçar o preconceito sobre os mesmos. No entanto, a presença de diversos movimentos reivindicatórios garantiu a esses o acesso a políticas de saúde, o que representou um dos primeiros passos destes na conquista de seus direitos.

CAPÍTULO II

QUANDO OS SUJEITOS LGBT ENTRAM NA CENA PÚBLICA: DIREITO, SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL

A epidemia da AIDS, como já citado anteriormente, se alastrou no início dos anos 1980, e adjetivada pejorativamente como "câncer gay" foi responsável por uma grande estigmatização contra os homossexuais, classificados como portadores de uma doença nociva, que na realidade persiste até hoje mesmo que em menor quantidade. Assim, novos grupos, como o Arco-Íris e o Atobá, no Rio de Janeiro e o Grupo Gay da Bahia (GGB) - "este último que seria talvez o primeiro a ser registrado como entidade da sociedade civil em 1983 e ainda em atividade desde então" (BELMONTE, 2009, p. 116) - emergiram e tomaram a frente do movimento pelo combate a AIDS, na perspectiva de garantir espaço nas políticas de saúde que pudessem dar resposta a epidemia da doença.

De maneira geral, os grupos compostos por LGBT fizeram pressão contra o golpe que se desenvolvia no país e junto com os demais movimentos sociais, compuseram o campo das mais diversas reivindicações pelo fim da Ditadura Civil-Militar, como nas manifestações pelas "Diretas Já!" e pela Constituinte. Apesar de ter representado um ganho para a população brasileira, a promulgação da Constituição Federal, no ano de 1988, não considerou as reivindicações do movimento homossexual brasileiro, em particular, composto por gays e lésbicas, descaracterizando os homossexuais no rol das discriminações.

Art. 3º. Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:
IV - Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer **outras** formas de discriminação. (BRASIL, 1988). *grifo nosso*.

No entanto, com a Constituição Cidadã – a Carta Magna do processo de redemocratização brasileira, um avanço pôde ser observado com a instituição da Lei Federal Nº 8.080/1990, que diz respeito a regulamentação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em particular, para o nosso estudo, os princípios

fundamentais, da universalidade, da equidade e da integralidade⁹. Ou seja, todas as pessoas têm a garantia do direito à saúde, de modo que essa compreende o acesso público à mesma, sem desigualdades e iniquidades, não podendo haver distinções de quaisquer tipos no âmbito dessa política pública, e, portanto, a particularidade da população LGBT no contexto do SUS.

O espaço ocupado pelas pautas da população LGBT na área da saúde - para além das ações de atenção e combate à AIDS - é fruto de um longo processo de luta. Estas se tornaram pertinentes somente após a promulgação da Constituição de 1988 e ainda assim se fizeram com um teor um tanto quanto esvaziado, uma vez que as pautas dessa população apareciam de maneira superficial.

Prova disso se apresenta nas Conferências Nacionais de Saúde que demoraram, desde a promulgação da “Carta Magna”, 15 anos para colocar em questão as demandas do atendimento à saúde de LGBT como pautas específicas que careciam de políticas focalizadas que pudessem atender as especificidades desse grupo populacional.

A partir da leitura e análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), desde a primeira, de 1941, percebe-se que, até o ano de 1977, nenhuma delas apresentou qualquer ponto referente à defesa e promoção dos direitos a saúde para a população LGBT. Por sua vez, é válido ressaltar que três dessas conferências ocorreram no período ditatorial, em que o acesso aos direitos era restrito e que a caçada contra as minorias era muito presente, o que também foi responsável por incidir drasticamente nas políticas, ou na falta delas, voltadas à população LGBT.

A oitava CNS ocorreu um ano após o fim do Golpe Civil-Militar, em um período de intensa efervescência social e de luta pela redemocratização. Nesse momento, vislumbrava-se uma maior participação popular, refletido na Conferência, que trouxe, como abordagem principal, a *saúde como direito*, colocando-a como algo mais

⁹ Cabe registrar o histórico movimento sanitário e suas contribuições incisivas na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986. Assim, a influência dessa inclusão no capítulo referente à saúde, no tripé da seguridade social, presente na nova Constituição brasileira, e, em particular, do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios e diretrizes, ameaçados na atual conjuntura em que se comemora os 30 anos do SUS Constitucional.

abrangente, com o bem-estar não somente atrelado a ausência de doença, mas sim com as condições objetivas de vida, indo além da definição universal da Organização Mundial da Saúde (OMS). Apesar das pautas do movimento homossexual brasileiro (MHB), expressão singular na referida conjuntura, não estarem presentes diretamente, a menção sobre o acesso igualitário se faz presente.

Direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de saúde e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção, às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 4).

Posteriormente, a 9ª CNS realizada no ano de 1996, apesar de manter a mesma abordagem da anterior no que diz respeito ao acesso a saúde, coloca para o Estado a responsabilidade de “priorizar os grupos socialmente excluídos e considerar as questões étnicas, de **gênero e orientação sexual** na formulação de políticas, bem como privilegiar o fator trabalho em relação ao fator capital” (BRASIL, 1996, p. 18). *grifos nossos*.

Três encontros depois, já na 12ª Conferência, que aconteceu em 2003, no início do primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, uma das diretrizes gerais promovidas pela relatoria final traça os primeiros passos para o reconhecimento do nome social como algo fundante do bem-estar social, prevendo no seu sexto tópico.

Garantir o acesso aos documentos básicos que asseguram os direitos de cidadania plena, tais como certidão de nascimento, prontuários e o Cartão Nacional de Saúde, constando ainda, em todos os documentos individuais, um campo para identificação preferencial, no qual cada usuário (a) possa escolher a denominação pela qual prefere ser chamado (a) em respeito à intimidade e à individualidade (BRASIL, 2003, p. 25).

Além disso, uma das diretrizes exposta no relatório atenta para a manutenção do acesso e das políticas afirmativas para as minorias que sofrem com quaisquer tipos de violações de direitos e com a discriminação social. Dessa forma, também prevê

Ampliar e implementar políticas públicas afirmativas, inclusivas e de combate a preconceitos, em particular as ações sociais do governo na área da Saúde, com campanhas educacionais claras e objetivas nos meios de comunicação, que contemplem as questões de raça, étnicas, de gênero, orientação sexual, religião, as especificidades dos diversos ciclos de vida (idade) e de pessoas

com deficiências, portadores de transtornos mentais e outras condições pessoais geradoras de exclusão, como adolescentes em conflito com a lei e presidiários (BRASIL, 2003, p. 28).

A conferência traz ainda que a seguridade social, apresentada no relatório enquanto primordial na efetivação dos direitos e na consolidação da cidadania, deve ser fortalecida como um sistema que assegure a proteção e sendo assim, o Estado deve

Construir, aprimorar e utilizar indicadores sociais e do setor da Saúde que permitam avaliar as iniquidades existentes, para identificar regiões e grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, desprotegidos e expostos a riscos, considerando aspectos como gênero, raça, etnia, orientação e identidade sexual e necessidades especiais para que sejam priorizados nas ações de saúde e seguridade (BRASIL, 2003, p. 35).

A 13ª CNS do ano de 2007, por sua vez, representou um avanço ainda maior na problemática de ações voltadas para a saúde da população LGBT, uma vez que traz no seu relatório final, algumas direções a respeito do acesso da mesma a esses serviços, devendo o Estado

Assegurar a gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT) o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem da soropositividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Reconhecer as temáticas que envolvam a orientação sexual e as suas consequências sobre as concepções e práticas da saúde, da inclusão de item sobre livre expressão sexual nos formulários, da inclusão dos recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual na política de educação permanente, da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria MS/GM nº 675/2006 (BRASIL, 2007, p. 23).

Outro ponto importante presente nessa conferência foi “revogar a portaria que proíbe a doação de sangue da população GLBTT, que viola os artigos nº 1, 2 e 5¹⁰ da Constituição Federal Brasileira” (BRASIL, 2007, p. 23), o que ainda é motivo de grande

¹⁰ “O Supremo analisa a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5543. Proposta pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), ela questiona normas do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que restringem a doação de sangue por homossexuais masculinos. O julgamento foi suspenso em 26 de outubro do ano passado, quando o ministro Gilmar Mendes antecipou pedido de vista dos autos. Ainda não há data para entrar novamente na pauta do STF” (OLIVEIRA, 2018).

preconceito e discriminação por parte da população contra esses grupos, mas que ainda não foi regulamentada pelo Ministério da Saúde.

Nesse sentido, após as análises de conteúdo, é possível afirmar que é somente depois de 62 anos desde a 1ª Conferência de 1941, que a 12ª e a 13ª Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente, nos anos de 2003 e 2007, realizadas pelo Ministério da Saúde, apontaram diversas vezes a questão da orientação sexual como partícipe do processo de amadurecimento de ações voltadas para a população LGBT.

Nesse contexto, portanto, no período entre as duas últimas Conferências, especificamente em 2004, deu-se a criação do Programa “Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual” (BSH), elaborado a partir de uma parceria entre Governo Federal e a sociedade civil, que propunha atender as reivindicações da população LGBT presentes no país desde 1980, criando bases para as ações dos gestores públicos (BRASIL, 2004). O BSH tornou-se um marco no campo de luta dos direitos de LGBT e apresentou diversos eixos, mas no que concerne a área da saúde, inclui o seguinte ponto:

VI – Direito à Saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários. Formalizar o Comitê Técnico “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a estruturação de uma Política Nacional de Saúde para essa população. A agenda de trabalho desse Comitê considerará, entre outras, as propostas apresentadas pelo movimento homossexual, em que se destacam: i) atenção especial à saúde da mulher lésbica em todas as fases da vida; ii) atenção a homossexuais vítimas de violência, incluindo a violência sexual; iii) atenção a saúde dos homossexuais privados de liberdade; iv) promoção da saúde por meio de ações educativas voltadas a população GLTB, v) estabelecimento de parceria e participação de usuários GLTB e do movimento organizado na definição de políticas de saúde específicas para essa população; vi) discussão com vista na atualização dos protocolos relacionados às cirurgias de adequação sexual; **vii) atenção à saúde mental da população** (BRASIL, 2004, p.23). *grifos nossos*.

Alguns anos depois, em 2009, a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) apresentou o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (BRASIL, 2009) criado com o objetivo de promover políticas públicas que atendam às necessidades desses sujeitos.

Resultado da 1ª Conferência Nacional LGBT, ocorrida em Brasília entre 5 e 8 de junho de 2008, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais traz as diretrizes e ações para a elaboração de Políticas Públicas voltadas para esse segmento, mobilizando o Poder Público e a Sociedade Civil Organizada na consolidação de um pacto democrático. A elaboração do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais tem como base as diretrizes e preceitos éticos e políticos que visam à garantia dos direitos e do exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2009, p. 9).

O Plano apresentou diversas diretrizes de inclusão e criação de políticas e metas na área da saúde, e, especificamente, na saúde mental, ao definir as seguintes ações a serem cumpridas pelo Ministério da Saúde (MS), com prazos entre 2009 a 2011.

1) Qualificar a atenção à saúde mental em todas as fases de vida de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais com o objetivo de prevenir os agravos decorrentes dos efeitos da discriminação e reduzir os danos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. 2) Garantir a atenção à saúde mental da população LGBT em decorrência dos efeitos colaterais frente ao uso dos anti-retrovirais. 3) Promover, na rede de atendimento à saúde mental, estudos e pesquisas para a produção de indicadores e intervenções específicos/as dos/as usuários/as de álcool e drogas na população LGBT (BRASIL, 2009, p. 26-33).

Já em 2010, no 26º volume dos Cadernos de Atenção Básica (CAB), elaborado pelo Ministério da Saúde e direcionados as Equipes de Saúde da Família, cujo tema era saúde sexual e reprodutiva, reflexões e apontamentos pertinentes a população LGBT se fizeram presentes, uma vez que o MS alertou para a conscientização sobre as demandas dessas pessoas referentes as políticas de saúde e para a necessidade de adequação dos serviços do SUS para atendê-las (BRASIL, 2010).

Dentre esses apontamentos, destacamos a noção apresentada na referida publicação, de que por conta dos atos discriminatórios como a homofobia, lesbofobia, bifobia e a transfobia, a população LGBT está mais exposta ao processo de sofrimento mental, salientando, com uma das questões, o rompimento familiar e como alvo estratégico para possíveis linhas de cuidado a essa população, o estreitamento de laços com as famílias, nas ações das equipes que compõem o SUS.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – PNSI-LGBT

(BRASIL, 2011), que seguindo as diretrizes do BSH, fazia vista as reivindicações da população LGBT em relação a garantia do direito pela saúde "sem preconceito e sem discriminação" (BRASIL, 2013, p.6). Vale ressaltar que a referida política foi pactuada entre várias instâncias, como o Conselho Nacional de Saúde, em sua Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT, no Comitê Técnico de Saúde da População LGBT do Ministério da Saúde, e na 2ª Conferência Nacional LGBT. Assim em sequência foi aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) do Ministério da Saúde, o Plano Operativo da PNSI-LGBT (2012-2015), (DUARTE, 2014b).¹¹

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular. O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado nesta Política como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde (BRASIL, 2013, p. 8).

Por último, no ano de 2016 ocorreu a Terceira Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT, uma das grandes conquistas dessa Conferência foi o Decreto Nº 8.727/2016, assinado pela presidenta Dilma Rousseff, que dispunha sobre uma das grandes conquistas para a população de transexuais e travestis do país, o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Outro ponto importante do Decreto diz respeito ao tratamento dessa população nos serviços oferecidos e ressalta a necessidade de se possuir espaço reservado para o nome social nos documentos de registro, como por exemplo, formulários e prontuários. No que tange as documentações oficiais o art. 4º esclarece também que na documentação deve constar uma parte destinada ao nome social seguida do nome civil. Em todos esses documentos a inclusão do nome social deverá ser inserido a

¹¹ A Resolução CIT nº 02, de 6 de dezembro de 2011, que contempla o referido Plano, é atualizado em 28 de setembro de 2017, com a publicação da Resolução CIT nº 26 que aprova o II Plano, para atuação de 2017 a 2019 da PNSI-LGBT.

partir da solicitação dos usuários, podendo ocorrer a qualquer tempo, como assim dispõe o artigo sexto.

A utilização do nome social nos espaços de saúde é de suma importância, uma vez que o usuário (a) do serviço, vai se sentir respeitado (a) e assegurado (a) quanto aos seus direitos naquele espaço, reforçando assim a permanência e a continuidade do tratamento, “o atendimento inicial através do nome social pode favorecer a continuidade do usuário nas práticas de promoção em saúde” (FERREIRA, PEDROSA, NASCIMENTO, 2017, p. 7).

Dessa forma,

A importância de implantar a cultura de humanização e respeito ao nome social implica, especialmente, na valorização e respeito ao ser humano, perpassando pelo agir dos profissionais de saúde, as subjetividades dos usuários e, por fim, os coletivos. A transfobia materializada na resistência ao uso do nome social pode gerar entraves no processo saúde-doença cuidado das mulheres transexuais (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018, p. 7).

Assim como as demais políticas, com vistas ao processo de sofrimento mental vivido pela população LGBT em relação às mais variadas formas de discriminação, estigmatização e violência que estes enfrentam, a referida PNSI-LGBT traz, como um de seus objetivos, o de "reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde" (BRASIL, 2013, p. 21). Como responsabilidades do MS, elenca:

V - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, **garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio [...]** XIII - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com **ênfase na promoção da saúde mental**, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico racial e territorial (BRASIL, 2013, p. 24-25). *Grifos nossos.*

Não se pode negar que apesar de avanços terem ocorrido, as instituições citadas ao longo do texto, que cumpriram o papel de estigmatizar a homossexualidade, como a Igreja, as instituições de saúde e os mecanismos de

segurança, como as polícias, ainda cumprem um grande papel na repressão das diversidades sexuais e de gênero. Na nossa sociedade, extremamente conservadora, ainda percorre, e cada vez ganha mais força, discursos preconceituosos, que propagam a violência contra as LGBT.

Essa violência é notada nos mais diversos âmbitos, dentro das instituições públicas e privadas, como por exemplo, nas próprias famílias, nas escolas, nos serviços de saúde, nos locais de trabalho e nos mais diversos ambientes de convivência social. Em uma sociedade como a nossa, que cotidianamente reproduz os ideais heteronormativos, viver sua sexualidade tida como diferente das demais, rotulada de pecado e doença, é um dos elementos que gera sofrimento seja social ou mental.

2.1 SAÚDE MENTAL, POLÍTICAS PÚBLICAS E POPULAÇÃO LGBT: DESAFIOS E MARCOS.

Dessa forma, essa população, que ainda é majoritariamente percebida como abjeto, contraditoriamente, apesar da garantia de políticas públicas na esfera governamental, continua desassistida dos seus direitos nos mais diversos espaços da esfera pública.

A população LGBT, devido à não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa, tem seus direitos humanos básicos agredidos, e muitas vezes se encontra em situação de vulnerabilidade (CARDOSO; FERRO, 2002, p. 553).

Não obstante, as LGBT que por vezes procuram os serviços de saúde encontram profissionais arraigados de preconceitos, proporcionando dificuldade no acesso ao tratamento, no acolhimento e até mesmo a permanência no serviço. Vale ressaltar que todos estão sujeitos a exercer essas formas de discriminação, pois estão inseridos em uma sociedade que produz e reproduz os ideais da heteronormatividade.

Assim,

Infelizmente, sabemos que as situações de discriminação e preconceito institucional bem como o despreparo, a falta de conhecimento sobre identidade ou expressão de gênero e orientação sexual, o completo descaso e a ignorância formam o cerne da questão e que muito precisa ser feito para reverter minimamente os efeitos de anos de exclusão e invisibilidade (DUARTE, 2014a. p. 88).

De acordo com a pesquisa da Universidade de Columbia - já citada anteriormente - a população LGBT tem cinco vezes mais propensão ao suicídio. No entanto, a efetivação das políticas públicas de saúde mental e os serviços que esta oferta, não estão equivalentes com as realidades dessa população, nem com as necessidades que esta apresenta, embora na Constituição de 1988, nas Conferências Nacionais de Saúde e em diversas outras legislações a respeito, seja evidente sobre o compromisso firmado no papel com a garantia dos direitos e do acesso dessa população ao Sistema Único de Saúde (SUS), e, particularmente, aos serviços de saúde mental.

Dessa forma, as políticas na área da saúde para LGBT, que antes se restringiam ao campo do combate a AIDS, passaram a serem ampliadas às demais áreas da saúde. Nesse contexto, a saúde mental, em específico, não esteve isenta dessa incorporação e, por conseguinte, deve incorporar esses sujeitos também.

Após a Reforma Psiquiátrica que concedeu novos rumos aos serviços de saúde mental do país, as novas legislações apresentaram diferentes roupagens, classificando os usuários dos serviços como portadores de transtornos e não mais doentes mentais, o que contribuiu para um tratamento diferenciado (DUARTE, 2011). Como exemplo, a Lei 10.216/01, já citada anteriormente, que assegura o direito de tratamento dos usuários da saúde mental sem quaisquer tipos de discriminação, incluindo as de orientação sexual e de identidade de gênero, por consequência.

Vale ressaltar que, os profissionais que compõem as equipes da saúde mental, como médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, por exemplo, tiveram respaldados em seus Códigos de Ética, Resoluções que incorporavam a temática e o trato sobre a diversidade sexual e de gênero. Marca-se, com isso, um avanço ao reconhecer a não discriminação da população LGBT. Esses posicionamentos ocasionaram implicações diretas no direcionamento das condutas profissionais, ainda que não hegemonicamente, correspondendo a posições que vão ao encontro da liberdade de escolha, aos direitos humanos e ao posicionamento ético. Nesse sentido, Duarte (2011) explicita alguns marcos dessa desconstrução.

De igual sentido, observa-se a dissolução da concepção de patologia, desvio, distúrbio ou perversão para orientação sexual, como se tivesse algo a consertar ou a punir, quando das Deliberações dos conselhos profissionais de medicina (1985), psicologia (1999), e serviço social (2006) no Brasil (DUARTE, 2011, p. 93).

Contudo, vale aqui reiterar outros marcos de grande importância para a saúde mental e para o usuário LGBT no que tange a sua sexualidade ao seu tratamento de saúde, dentre esses, o processo de despatologização das orientações sexuais que contribuiu para diminuir com o preconceito e gerar o reconhecimento dos direitos dessa população, quando em 17 de maio de 1990 “a Organização Mundial da Saúde (OMS) retira o ‘homossexualismo’ da Classificação Internacional de Doença (CID),

seguindo a APA, que em 1973 retirou o mesmo do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)” (DUARTE, 2011, p. 93) e mais recentemente, em 2018, quando a mesma agência, a OMS, anuncia a despatologização das identidades trans, suprimindo o transexualismo para a sua 11ª edição (CID-11) que será votada em 2019 na Assembleia Geral da OMS.

Apesar de não se enquadrar mais enquanto patologia, essa população continua exposta ao risco de desenvolver os mais variados tipos de sofrimentos mentais, mediante a sua realidade social cotidiana. Assim "quando pensamos em saúde mental da população LGBT, identificamos a relação da cultura homofóbica e o alto índice de suicídio e sofrimento psíquico entre os jovens LGBT" (DUARTE, 2011, p. 91).

Essas altas taxas de sofrimento entre LGBT reforçam a necessidade do acesso e do acompanhamento dos mesmos pelos dispositivos de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossociais¹² (CAPS). No entanto, a presença desses usuários nesses espaços ainda é muito pequena, e quando se fazem presentes se esbarram em profissionais que, em muitas vezes, trazem consigo preconceitos, ou que simplesmente não consideram a sexualidade parte importante do processo do sofrimento, o que nos revela um despreparo para lidar com esta população.

Ao abordarmos, portanto, a questão das diversidades sexuais e de gênero, que envolve tanto o debate da orientação sexual como o da identidade de gênero, respectivamente, podemos perceber que de maneira geral ela ainda é, na sociedade brasileira, considerada um tema tabu, e, em particular, no campo da saúde.

¹² Os Centros de Atenção Psicossocial, instituídos pela Portaria GM/MS Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 e ampliados na lógica da rede de atenção psicossocial pela Portaria GM/MS 3088 de 23 de dezembro de 2011, compreendidos dentro do SUS, são os serviços substitutivos aos manicômios, criados para atender usuários portadores de sofrimento mental, relacionados com álcool e outras drogas, ou não. São serviços públicos de saúde abertos e comunitários, no âmbito municipal, que oferecem atendimentos diários; devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários e resgatar as potencialidades dos recursos comunitários a sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. Seu objetivo principal é oferecer atendimento à população, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (MANN, 2017, p. 24).

Na saúde mental, a sexualidade dos usuários é duramente encarada como um sintoma da sua doença, não sendo considerada parte inerente destes, o que deveria, já que são sujeitos desejantes e corpóreos como quaisquer outros.

Segundo diversos estudos, nacionais e internacionais, produzidos a partir das duas últimas décadas, como Mann et al. (2002), Pinto et al (2007), Brasil (2008), Wainberg et al. (2008), Zilotto & Marcolan (2014) e Barbosa et al. (2015), a sexualidade e a saúde sexual dos USM¹³ ainda é um tabu entre os PSM na clínica diária do cuidado. A abordagem do tema, seja na consulta individual, em grupo ou na relação com os usuários durante sua internação, em geral é limitada. Segundo os depoentes, questões associadas ao exercício da sexualidade são tratadas quando o USM traz o assunto à tona no diálogo com o PSM, quando há problemas de violência sexual na instituição ou quando envolve um risco perceptível de transmissão de DST/AIDS entre os usuários (MANN, 2017, p. 61).

Essa forma de enxergar a sexualidade enquanto sintoma da patologia, de acordo com a pesquisa realizada por Mann (2017), diz muito a respeito sobre a formação acadêmica de cada profissional, indo além de valorações pessoais. O referido autor tomou como atores e campo de pesquisa, os profissionais de três diferentes instituições da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁴ do Rio de Janeiro, demonstrando que dos 61 entrevistados, todos apresentaram lacunas em relação à formação no que tange a sexualidade.

Quando o debate da sexualidade implica também a questão das diversidades, encontra circunstâncias ainda mais complexas, uma vez que, além do completo desconhecimento, este carrega consigo o estigma e o preconceito dos profissionais.

Frisamos que há uma ignorância ou preconceito por parte dos profissionais da saúde, independentemente de sua área de conhecimento, em abordar questões ligadas à sexualidade revelada ou em lidar com um “corpo diferente”. Não podemos negar, contudo, um forte crescimento e aparecimento de setores conservadores e moralistas que se apresentam com esse discurso no cotidiano dos serviços de saúde. O estranhamento, muitas vezes, cria resistência e repulsa nos agentes da atenção à saúde, assim como omissão e indiferença, interferindo bastante na produção do cuidado,

¹³ Mann se utiliza da sigla USM se referindo aos usuários da saúde mental, assim como se utiliza da sigla PSM para se referir aos profissionais.

¹⁴ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Nela, são descritos os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial no Brasil para todas as pessoas com sofrimento psíquico ou algum transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As equipes de saúde voltadas para o cuidado e reabilitação psicossocial tem o objetivo de prestar um atendimento às pessoas que sofrem de intenso sofrimento psíquico, num determinado território (MANN, 2017, p. 24).

no projeto terapêutico singular, na conduta. As situações vexatórias, os olhares curiosos, certas brincadeiras de mau gosto, atitudes preconceituosas e discriminatórias são reais e presentes no contexto assistencial da saúde (DUARTE, 2014a, p. 93-94).

No entanto, já que as LGBT não se enquadram mais como patológicos, os profissionais, em especial, os da saúde mental, tem o compromisso de acompanhar esses usuários de maneira ética e profissional, já que estes são reconhecidos legalmente enquanto sujeitos de direitos.

É nesse sentido que,

A APA (2000) publicou uma série de linhas orientadoras que se pretendem constituir como «boas práticas» para a psicoterapia com clientes LGB. Essas recomendações éticas salientam a importância de os/as psicoterapeutas reconhecerem que as suas próprias atitudes e conhecimentos acerca das vivências de pessoas LGB são relevantes para o processo terapêutico com esta população e que, por isso, devem procurar literatura, formação e supervisão específicas. Salientam ainda o papel da estigmatização social e do preconceito no risco para a saúde mental e bem-estar de clientes não heterossexuais. No que diz respeito a questões familiares, as orientações recomendam que os clínicos estejam informados acerca do impacto que a revelação da orientação sexual não normativa pode ter nas famílias de origem de pessoas LGB, bem como reconheçam as diversas estruturas familiares que clientes LGB podem estabelecer (incluindo, ou não, laços genéticos e/ou protegidos pela lei nos diversos países). Finalmente, a APA reforça a existência de diferenças entre as próprias pessoas com orientação sexual não heterossexual, no sentido de evitar os estereótipos dos/as clientes, nomeadamente as relacionadas com a idade, a etnia ou a religião dos indivíduos, ou ainda às particularidades que pessoas bissexuais enfrentam (MOLEIRO; PINTO, 2009, p.162).

Para além das recomendações da APA e da ética profissional de cada um, os profissionais de saúde mental em consonância com o SUS, sistema ao qual eles estão inseridos enquanto trabalhadores, devem buscar

No cotidiano do cuidado aos usuários LGBT nos serviços de saúde, devem promover o respeito às diferenças singulares como princípio ético imanente da condição humana e por isso as mesmas não podem ser usadas como instrumento de reprodução dos tratamentos desiguais e discriminatórios. Não é solto que a expressão integral apareça no texto oficial, na medida em que se relaciona com um dos princípios caros ao SUS, a integralidade do cuidado. A questão da escuta, do acolhimento, do território, da subjetividade, do afeto, da responsabilização, da referência, da ética de respeito à diferença que são operações ético-estéticas que se articulam aos princípios da SUS e da Reforma Psiquiátrica, em particular, da integralidade do cuidado (DUARTE, 2011, p. 8).

Dessa forma, a apreensão sobre o tema e a concordância com seus Códigos de Ética, de forma que o profissional não reproduza práticas discriminatórias que culminarão no afastamento ou em um maior sofrimento do usuário do serviço, se faz mais do que pertinente. A responsabilidade profissional de cada um implica na obtenção mínima de conhecimento sobre seus usuários, visando a garantia do acesso dos mesmos aos serviços que os cabe prestar.

Em relação aos profissionais que compõem as equipes dos CAPS, destacam-se aqui as Resoluções aprovadas e firmadas pelos Conselhos Federais de Psicologia (CFP), de Serviço Social (CFESS) e de Enfermagem (COFEN), que seguiram o pioneirismo do Conselho Federal de Medicina em 1985, no que diz respeito ao compromisso ético-político dessas profissões no trato e no respeito a população LGBT.

No dia 22 de março de 1999, o CFP aprovou a Resolução Nº 01/99 que considera a homossexualidade não mais como distúrbio ou perversão, e, também a superação do preconceito, dispondo uma atuação profissional que não reforce estigmas e que rompa com a patologização da homossexualidade, além da não realização de tratamentos que visam a “cura” desta sexualidade.

Em 2011, de forma pioneira, o CFP institui a Resolução Nº 14, de 20 de junho de 2011, que dispõe que todos os profissionais da psicologia transexuais ou travestis possam usar o nome social na carteira de identidade profissional, assim como em documentos como relatórios e laudos.

Mais recentemente, o CFP, em relação aos sujeitos transexuais e travestis, instituiu a Resolução Nº 01, de 29 de janeiro de 2018, considerando a identidade de gênero como não patológica, dispondo que a atuação profissional caminhe em sentido igual à que diz respeito a Resolução CFP Nº 01/99, sem reforçar preconceitos, sem se omitir frente a discriminação e que não disponha de instrumentos visando a cura.

Já no Serviço Social, é considerado como um dos princípios fundamentais do Código de Ética das/os Assistentes Sociais.

XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, **orientação sexual, identidade de gênero**, idade e condição física. (*Grifos nossos*)

Em consonância com o princípio acima, o CFESS publicou a Resolução Nº 489/2006, que dispõe sobre a atuação profissional da/o Assistente Social destituída de preconceito frente as orientações sexuais de cada um, prezando por uma posição não estigmatizante. Alinhada a essa Resolução, no mesmo ano, o CFESS cria a campanha “O amor fala todas as línguas: Assistente Social na luta contra o preconceito - campanha pela livre orientação e expressão sexual”.

Outrossim, em relação as identidades de gênero, o referido conselho publicou duas Resoluções, uma, a de Nº 615, de 08 de setembro de 2011, que possibilita a inserção e uso do nome social da assistente social travesti e/ou transexual nos documentos de identidade profissional e a outra, a Resolução CFESS Nº 845, de 26 de fevereiro de 2018, sobre a atuação profissional frente ao processo transexualizador, em particular, no acompanhamento desses usuários, sem posicionamentos preconceituosos e respeitando a identidade de gênero de cada um.

Por fim, o COFEN, em anexo da Resolução Nº 564/2017, que dispõe e aprova o novo Código de Ética da profissão, traz em seu preâmbulo a questão do respeito aos direitos humanos, considerando dentre outras características, a orientação sexual e a identidade de gênero. Contudo, vale ressaltar que o referido conselho, no mesmo ano, já tinha aprovado a Resolução Nº 537, de 22 de fevereiro de 2017, que assegura o uso do nome social aos profissionais de enfermagem travestis e transexuais, em seus registros, carteiras, sistemas e documentos.

Observa-se, contudo, que grande parte das Resoluções acima são ainda muito recentes, e que por consequência, o debate dessas questões, que dentro dessas profissões ainda se faz de forma secundária, revela um dissenso com a atuação do conjunto desses profissionais que vão no sentido contrário ao que os seus respectivos órgãos de fiscalização profissional preconizam. No entanto, vale ressaltar que os

referidos órgãos garantem à população LGBT, formalmente, o compromisso com suas reivindicações e o respeito à sua cidadania.

Logo, a falta de informação referente aos usuários LGBT que compõem os serviços de saúde mental, e, especificamente, nos CAPS, aponta para duas questões, ao qual investigamos, que são: a inexistência de fato das LGBT nesses serviços, que pode ser explicada pelo receio dessas pessoas de procurar ajuda e até mesmo pelo risco de expor sua orientação sexual e identidade de gênero e por outro a invisibilidade da questão da sexualidade nesses espaços, seja por preconceito e/ou despreparo dos profissionais da saúde mental em lidar com esse fenômeno da diversidade sexual e de gênero no contemporâneo.

Os profissionais de saúde são um dos principais efetivadores da Reforma Psiquiátrica, pois são estes que estão na linha de frente de inserção e cuidado dos serviços substitutivos. Sendo assim, é no fazer profissional diário que o usuário e a política que regulamenta a reforma vão garantir a integralidade, a universalidade e a equidade do tratamento, abstendo-se das práticas manicomiais e de todo tipo de opressão e preconceito ainda presentes no cotidiano do usuário da saúde mental.

Sendo assim, em busca de uma sociedade livre de preconceito, é necessário tratar as pessoas com transtornos mentais de forma igualitária e sem discriminação, com o objetivo de evitar seu sofrimento e garantir o direito ao tratamento adequado. Para tanto, os profissionais de saúde são atores fundamentais no processo de consolidação da reforma psiquiátrica no país, visando à garantia da igualdade de oportunidades e tratamento (VENTURA; MORAES; JORGE, 2013, p. 855).

Vale ressaltar que há diversas condições objetivas no cotidiano dos profissionais e das políticas públicas, que por podem servir como empasses para objetivação de tais princípios. Em uma conjuntura de retrocessos como a que vivemos, há um agravante na viabilização destes.

CAPÍTULO III

DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: INVISIBILIDADE, SILENCIAMENTO E PATOLOGIZAÇÃO

Para realização do Trabalho de Conclusão de Curso que aqui se apresenta, a pesquisa que se deu de forma qualitativa, utilizou-se de dois instrumentos principais de coleta e análise de dados, a observação de campo nos espaços de atuação enquanto estagiárias e a análise documental dos portfólios reflexivos, registrados ao longo dos estágios desenvolvidos e supervisionados. Ressalta-se neste, que o período para o trabalho de campo e as análises ocorreu de outubro de 2017 a novembro de 2018, momento em que as pesquisadoras atuavam nos referidos CAPS enquanto estagiárias, cumprindo doze horas semanais, o que pode vir a ser considerado uma lacuna para a presente pesquisa, uma vez que a permanência na instituição se em um pequeno espaço de tempo.

Cabe salientar, de antemão, que a análise e reflexão dos registros profissionais disponíveis nos serviços, conteúdos essenciais que constituiriam parte da pesquisa, não se fez possível, uma vez que o acesso aos mesmos não foi consentido, pois burocratizaram o processo de leitura dos registros e devido ao tempo necessário para a realização do trabalho, não foi possível ter acesso. Dessa maneira, a partir da observação e da análise e reflexão sobre os diários de campo, de propriedade das estagiárias, os relatos da pesquisa realizar-se-ão de maneira a preservar os profissionais, as instituições e os usuários dos serviços.

Embora não seja o que dispõe o novo modelo da atenção psicossocial, da até então política pública de saúde mental e os manuais ministeriais responsáveis pela criação dos CAPS, estes serviços, pelo que foi possível observar, se dividem entre suas atividades de modo que, ao mesmo tempo que funcionam como CAPS, funcionam como ambulatório¹⁵ de saúde mental. Aqui não nos cabe tecer críticas sob

¹⁵ O funcionamento ambulatorial está direcionado ao cuidado médico, diferente da lógico psicossocial a qual o usuário passa pelo cuidado multidisciplinar não centralizado no cuidado médico.

o desvio do atual modelo dos serviços, uma vez que não é o foco do presente trabalho. No entanto, é necessário ressaltar que tal divisão existe e que perceber a mesma é peça essencial para analisar o espaço ocupado pela população LGBT nos serviços de saúde mental de Juiz de Fora, aos quais nos propusemos a investigar.

Diferente das principais normatizações dos CAPS, o modelo ambulatorial tem como foco de tratamento apenas, e, principalmente, a consulta psiquiátrica, e desse modo aqueles usuários que estão em ambulatório não frequentam o serviço de atenção psicossocial. Este por sua vez, consiste no espaço em que os usuários, particularmente, os casos considerados mais graves, permanecem nos serviços, segundo seus projetos terapêuticos singulares e suas modalidades de tratamento, intensivo, semi-intensivo e não intensivo¹⁶, para realização de diversas atividades, dentre estas, as oficinas terapêuticas, os grupos e etc.

Os usuários que se encontram em atenção ambulatorial só comparecem ao serviço, na maioria das vezes, para a consulta psiquiátrica e dessa forma, muito pouco pode ser observado e analisado sobre estes, já que boa parte das informações ficam restritas as equipes que atuam junto ao médico. Dessa maneira, pouco se relata sobre os mesmos na apresentação de caso nas reuniões de equipe, principalmente, quando o assunto em pauta é a sexualidade do usuário, que sendo considerada um tabu ou um assunto intocável nos serviços de saúde em geral, em particular, nos de saúde mental analisados não seriam diferentes.

Nos dois CAPS analisados, o número de usuários em ambulatório é superior ao dos que permanecem no modelo de atenção psicossocial. E desse modo, é perceptível a invisibilidade, de maneira geral, dos usuários que frequentam apenas as

¹⁶ Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar (BRASIL, 2004, p.16).

consultas psiquiátricas, e, em particular, quanto as questões que envolvem sua sexualidade e gênero.

Além disso, não consta nos documentos das instituições analisadas, as identificações dos usuários no que diz respeito a orientação sexual e identidade de gênero, bem como o nome social nos registros, como folha de rosto, Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), folha de evolução clínica e afins.

Logo, com esse cenário, faz-se perceptível a invisibilidade que a população LGBT possui dentro dos CAPS, em particular quando esses não frequentam o regime de atenção psicossocial, uma vez que a temática sobre a orientação sexual e de identidade de gênero dos usuários em ambulatório raramente aparecem. E mais, alinhado a isso, nota-se igualmente a omissão destes nos instrumentos ofertados pelo serviço. Dessa forma, constata-se que sem uma pesquisa quantitativa, num universo de aproximadamente 4.000 usuários, é impossível, por outros meios e acessos mais claros, como registros da instituição, avaliar a quantidade de pessoas LGBT que estão atualmente em tratamento nos CAPS.

A não presença da população LGBT nos dispositivos de saúde mental é significativa, o que contrasta com a realidade dos mesmos, já que estão mais predispostos a enfrentarem um tipo de sofrimento mental ao longo da vida. Dessa forma, podemos aferir o quão perceptível é o silenciamento pelo qual essa população passa dentro dos serviços de saúde mental, uma vez que sua presença geralmente é invisibilizada, portanto, não reconhecida.

No regime de atenção psicossocial, ao longo de todo o período de estágio, reiterando que este se cumpriu em 12 horas semanais pelas duas estagiárias, foram observados que ao todo, levando em consideração os dois CAPS em que as mesmas estavam inseridas, apenas oito usuários LGBT se fizeram presentes, sendo cinco de um serviço específico e três de outro, e destes últimos, duas mulheres transexuais. Para melhor entendimento e representação dos casos, optamos por dividir os serviços em CAPS A e B, assim, como já mencionado, os relatos se farão de forma a se preservar a identidade dos usuários e dos profissionais bem como dos dispositivos assistenciais.

No CAPS A foi possível observar e acompanhar cinco usuários, nenhum deles se enquadravam em questões referentes à identidade de gênero, apenas em relação a orientação sexual. Destes, quatro são do gênero masculino e um do feminino. Observou-se que, assim como na esfera ambulatorial, a sexualidade dos mesmos é colocada de forma secundária, uma vez que, enquanto são considerados casos de sofrimento mental mais graves, a doença e nada mais além dela, passa a ser o foco da atenção sobre os mesmos.

Dos cinco casos do CAPS A, apenas em dois – que aqui pontuaremos como usuário “A” e usuária “B” – a orientação sexual dos usuários dispôs de certa centralidade no serviço, ainda que tenha se dado em momentos pontuais e sem a devida atenção e responsabilidade sobre a temática. Por este motivo nos debruçaremos melhor sobre ambos. Vale ressaltar que a análise e reflexão sobre os mesmos se deram em razão da observação no cotidiano do serviço.

Ambos os casos aconteceram em momentos diferentes do período de estágio, dessa forma, a equipe e os profissionais sobre os quais nos referiremos não são os mesmos. Os usuários “A” e “B” possuem em suas histórias, fora e dentro do CAPS, pontos comuns. Ambos não tiveram sua orientação sexual respeitada pela família e por alguns profissionais com os quais conviveram no referido serviço.

O usuário “A”, que foi expulso de casa por ser homossexual ainda quando adolescente, ao ser acolhido no CAPS A já na maioridade, deparou-se, nos primeiros atendimentos no serviço, com uma conduta profissional que a todo momento o colocava enquanto culpado pela situação em que se encontrava, e, além disso, quando delegava ao mesmo a importância e necessidade de se recorrer a uma religião como resposta.

Observa-se aqui, para além da homofobia intrafamiliar, assunto que abordaremos posteriormente, a “pressão” exercida pela profissional que coloca o usuário como culpado e que oferece como uma das “soluções” a procura por uma religiosidade, que dê conta da situação pela qual ele passa, sendo esta nada mais que sua homossexualidade. Reiteramos aqui, que a crítica vai para além das questões

puramente religiosas. Mas sim, para o posicionamento de um profissional de saúde, que no momento de acolher as demandas do usuário o expõe e o responsabiliza, uma vez que direciona, indiretamente, à “cura de sua doença” ao dispositivo da instituição religiosa, que, como vimos nesse trabalho, foi, e ainda é, uma das maiores responsáveis pela estigmatização e discriminação contra a população LGBT.

A usuária “B”, por sua vez, relata que por ser homossexual foi internada pela sua família em um hospital psiquiátrico e neste, ficou por mais de 40 anos. Esta, considerada “comprometida” por conta dos longos anos de internação, quando relata se interessar por pessoas do mesmo gênero, ora sofre com a invisibilidade e o silenciamento por parte da equipe, ora sofre com a imposição da heteronormatividade por parte de alguns profissionais, que a todo tempo “reeducam” seu comportamento e sua fala para os padrões heterossexuais de forma compulsória.

Assim como vimos na obra de Arbex (2013), o caso de “B” é um claro exemplo do que muito se viu com as internações psiquiátricas ao longo dos anos. Os manicômios, que funcionavam como um depósito, instrumento de segregação dos indesejáveis, foram peça fundamental para aquelas famílias que acreditavam na correção do “homossexualismo” de seus familiares e que também buscavam essas instituições como forma de escondê-los do meio social. A questão sobre o caso, no entanto, foi o tratamento observado, na medida em que alguns profissionais direcionaram essa conduta moral para a usuária.

Como estudado em Mann (2017), a sexualidade não é campo de debate na área da saúde mental e ainda é muito carregada de valorações pessoais. E como sabemos, a sexualidade de maneira geral é de fato um tabu, no entanto, a feminina ainda o é mais, e, especialmente, a homossexualidade feminina.

A relação entre a homo e a bissexualidade feminina e a temática saúde está perpassada por uma série de fatores que envolvem: a invisibilidade do homoerotismo feminino; a invisibilidade da própria sexualidade feminina; e o grau de preconceito que temos, ainda hoje, em relação à homossexualidade (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 7).

Em uma sociedade heterossexista e machista como a nossa, tudo aquilo que não envolve a imagem masculina é desconsiderada de importância. Por isso a

homossexualidade feminina ainda é vítima da negligência dos serviços de saúde, que inviabilizam, direta ou indiretamente, estas expressões de orientação sexual. Por isso, podemos observar que por ora alguns profissionais simplesmente ignoravam as declarações da usuária, o que também diz respeito ao fato de a considerarem “comprometida” pelos longos anos de internação, como se a mesma não tivesse “controle” sobre o que fala ou que fizesse parte de um delírio.

Aqui cabe-nos indagar, mesmo que fosse um delírio e que a usuária de fato não fosse homossexual, o comportamento da equipe em relação a orientação sexual da mesma não é justificável, uma vez que demonstra o controle sobre os determinantes do sofrimento mental da usuária, incorrendo em práticas tutelares, e não menos discriminatórias, já que, também, em boa parte do tempo “corrigiam” o comportamento e fala da usuária, para os ideais heteronormativos, tais quais: “mulher não pode namorar outra mulher” (*sic*), “mulher namora homem e homem namora mulher” (*sic*), ou “não, você não gosta de mulher nada não, para de bobeira” (*sic*).

No CAPS B, como citado acima, tivemos acesso a três casos de usuários LGBT, sendo que um se enquadra na questão de orientação sexual -usuária “C”- e os demais na de identidade de gênero -usuárias “D” e “E”. As análises dos mesmos partiram da exploração de base documental da estagiária, feita ao longo do período de estágio.

A história da usuária “C” se assemelha as anteriores, como mulher lésbica não encontrou suporte familiar em relação a sua orientação sexual e sofreu com o desrespeito e o preconceito da família. No entanto, diferente dos casos relatados, entrou no serviço por conta do uso prejudicial de álcool que lhe gerava certa “agressividade” e causava conflitos na família. De acordo com relatos da mesma, passou 6 anos no CAPS sendo acompanhada por uma mesma profissional, que não lhe dava abertura para falar sobre suas angústias e seus sentimentos e que a todo momento culpabilizava “C” por suas “recaídas”. A usuária, em relato com outra profissional, declarou que acreditava que não era “ouvida”, justamente por conta de sua sexualidade.

Assim, como no caso anterior, podemos reforçar a invisibilidade das sexualidades homossexuais e, principalmente, das lésbicas que, neste caso, em específico, de acordo com a usuária, era o motivo para não ser ouvida pela profissional, que deveria estar exercendo justamente o contrário. Em sendo um CAPS, consideramos um tanto quanto complicado a negação de um profissional pela escuta e acolhimento das situações de angústia pelas quais uma usuária está passando.

Valadão e Gomes (2010) citando Almeida (2009) explicam que a falta de uma assistência eficiente a população lésbica, de modo que esta encontre total liberdade para falar sobre sua sexualidade, não camuflando informações importantes, pode fazer com que essas usuárias se neguem a falar sobre suas vivências, podendo acirrar os sofrimentos trazidos pelas mesmas.

Assim como explicitado no caso da usuária C,

Na pesquisa de Coelho (2001) com mulheres lésbicas e bissexuais, foram detectadas as queixas das mulheres acerca do **preconceito e da indiferença, uma vez relatada a não heterossexualidade**. Observou-se também o receio de maus-tratos quando relatada a orientação sexual (COELHO, 2001, *apud* VALADÃO; GOMES, 2010, p.1458). *grifos nossos*.

Uma especificidade no caso de “C” é o uso prejudicial de drogas, decorrente dos conflitos familiares e das situações de violência sofridas pela mesma por ser lésbica, algo que é muito comum entre a população LGBT, que busca nas substâncias psicoativas, o alívio necessário para acalmar suas angústias.

Nesses cenários, o uso de álcool e outras drogas, comumente, para homens gays e bissexuais e lésbicas, incluindo os bissexuais, não todos, seria uma forma de facilitar interações sociais em grupos de amigos/as, encontros sexuais e busca de parceiros/as (embora os aplicativos de celulares hoje em dia tem facilitado as aproximações entre as pessoas, muito com foco no sexo), reduzir a ansiedade, angústia, carência, vulnerabilidade, estresse, depressão, lidar com o preconceito, aliviar sofrimento, e minimizar, por vezes, a auto-rejeição, a sensação de isolamento social, da violência física e psicológica em uma sociedade preconceituosa e discriminatória (DUARTE, 2017, p. 3).

No entanto, assim como aponta Duarte (2017), o preconceito por trás do uso de drogas causa nessas pessoas um duplo sofrimento, uma vez que sofrem pelo estigma da sexualidade, da identidade de gênero e pelo próprio uso prejudicial de

drogas, três “componentes” não vistos com bons olhos pela sociedade, o que provoca ainda mais o afastamento dessas pessoas dos serviços públicos, com receio da violência institucional. Para além disso, vale lembrar as condições nos quais muitos desses usuários estão expostos, pelos usos e suas cenas.

No caso da usuária “D”, mulher trans, ela relata problemas com a auto aceitação por não se enxergar no corpo masculino, diz ainda que não consegue se olhar no espelho e reclama: “meu rosto é quadrado, masculino, sou peludo e muito forte” (*sic*), e conta que por este motivo recorreu a auto aplicação de hormônios femininos que não geraram resultados. De acordo com a mesma, essa situação foi responsável por gerar diversos conflitos familiares. Neste caso, a usuária foi encaminhada para a RAPS, para acessar o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) de sua área, mas expos que não foi atendida de maneira apropriada, tendo sido discriminada.

No caso da usuária “D”, foi possível inferir que a mesma apresentava o desejo de submeter ao Processo Transexualizador no âmbito do SUS¹⁷, aqui não necessariamente se fala na cirurgia de redesignação sexual, mas na hormonioterapia para assumir as características femininas, como a mesma afirma almejar quando “recusa” seu corpo masculino, buscando, ilegalmente, a automedicação de hormônios, que significa um risco para a sua vida.

Um problema que emerge para a população trans é o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos e masculinos. Essa automedicação, geralmente, em doses elevadas de hormônios, tem ocasionado determinadas

¹⁷ O Processo Transexualizador no âmbito do SUS, foi instituído pela Portaria GM/MS Nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008) e redefinido e ampliado pela nova Portaria GM/MS Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013). Atualmente, nesses últimos 10 anos, há 7 hospitais habilitados pelo SUS que fazem as cirurgias em transgêneros, são esses: Hospital das Clínicas da UFRGS, Porto Alegre; HC da USP, São Paulo; HC da UFG, em Goiânia, Hospital Universitário da UERJ, no Rio, HC da UFPE, em Recife, HU da UFES, Vitória e o HU da UFBA, em Salvador. Em todos esses acima oferecem a hormonioterapia, mas há serviços ambulatoriais específicos que oferecem atendimento a população “T” para os procedimentos específicos desse modelo assistencial, com principal foco na hormonioterapia, como o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia/SES-RJ, no Rio de Janeiro, o Centro de Referência em Atenção Integral em Saúde para Travestis e Transexuais (Craist) do HC/UFU, Uberlândia, o Ambulatório Trans (AT) da UNIFESP, São Paulo, o AT da UFS, Lagarto/SE, CPATT/SES-PR, em Curitiba, o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SMS-SP, São Paulo, o AT do Distrito Federal/SES-GDF, em Brasília, o AT do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)/SES/MG, em Belo Horizonte, o AT do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinho da SESA/CE, em Fortaleza, o AT da SMS-Florianópolis/SC e UFSC, o AT da SMS-Manaus e UEA e o AT do Hospital Clementino Fraga Filho/SES-PB, em João Pessoa.

agravos e riscos à saúde, seja pela ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio entre outros agravos, resultando em mortes ou sequelas importantes. Destaque com as travestis no uso de silicone industrial pelas “bombadeiras” para transformação do corpo de mulher (DUARTE, 2017, p. 7).

O processo transexualizador representa uma grande conquista para a população de travestis e transexuais, no entanto, apesar de a transexualidade ter sido retirada do rol de patologias mentais para a nova edição do CID-11, este só será válido a partir do ano de 2022, se aprovado na Assembleia Geral da OMS no próximo ano. Por isso, no CID-10, ainda em vigor, o “transexualismo” ainda se encontra na categoria dos transtornos mentais, assumindo ainda diversas variações.

Dessa forma, os/as transexuais que desejam passar pelo Processo Transexualizador ficam à mercê de um parecer médico, atestando que estes não possuam nenhuma outra patologia mental. Em contrapartida, a política destinada a essa população prevê o atendimento integral, sendo que este não deve ser centralizado na figura médica (apesar de apenas dar o diagnóstico) e que também não restrinja ou centralize metas terapêuticas às cirurgias e demais intervenções somáticas. Ou seja, todo processo necessário está condicionado ao parecer de um profissional e não o simples querer da pessoa que deseja realizar os procedimentos supracitados (BRASIL, 2013).

O Brasil é o país que mais mata transexuais e travestis no mundo (QUERINO, 2018), por isso, essa população merece uma atenção ainda maior dos dispositivos assistenciais existentes, uma vez que estão, ainda mais que a população LGB, predispostos aos tipos de sofrimento já citados anteriormente. Dessa forma, é de extrema importância que todos os serviços de ordem pública, que respondem dentro das políticas já criadas para defesa dos direitos LGBT, atuem buscando garantir a dignidade do usuário que se enquadrar nas questões de gênero e sexualidade. Os CRAS, como partes integrantes da RAPS não se encontram em contexto diferente dos CAPS.

Por fim, o caso da usuária “E”, também mulher trans, que apresentou o desrespeito da instituição pelo uso do nome social. No que foi observado, todas as documentações referentes a mesma estavam registradas com seu nome de registro

civil. E além disso, foi relatado que a usuária por vezes, abertamente dentro do serviço, não foi tratada pelo seu nome social, o que lhe causou desconfortos, visto que a mesma já havia assumido as características físicas femininas.

Observa-se um absoluto desrespeito tanto pelo Decreto nº 8.727/2016, que dispõe sobre o uso do nome social nos serviços assistenciais, como pela Portaria GM/MS Nº 1.820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS, dentre eles o direito ao uso do nome social. Portanto, vê-se a insensibilidade e o desrespeito da equipe de saúde ao tratar pelo nome de registro civil, uma usuária transexual, expondo a mesma ao constrangimento frente a toda equipe e aos demais usuários, o que claramente reforça o estigma, a discriminação, o preconceito e o processo de sofrimento mental. Situações como essas fazem com que esses usuários cada vez mais abandonem o tratamento e se afastem dos serviços de saúde.

De todos os cinco usuários apresentados, todos os quatro primeiros (“A”, “B”, “C” e “D”), apesar de possuírem suas especificidades, trouxeram questões referentes a conflitos familiares motivados pela diversidade sexual e de gênero.

No âmbito familiar a violência LGBTfóbica é recorrente e a noção romantizada que se produz socialmente, de forma internalizada, sobre a família, muitas vezes disfarça a realidade sobre essas agressões. Por traz da lógica do “cuidado” e da imposição hierárquica que esta possui sobre seus entes, distanciando o Estado da responsabilização pelo o que acontece nesses espaços privados, gera-se certa negligência sobre essas situações, o que revela números de violência intrafamiliar que são estarrecedores.

De acordo com o relatório do Ministério dos Direitos Humanos (BRASIL, 2018), sobre os dados de violência do ano de 2016, através do Disque 100, a partir das denúncias de violência realizadas pela população LGBT contra algum familiar, foram registradas as seguintes taxas: 21,1% das violências contra os gays foram cometidas por algum parente, das lésbicas foram 13,1%, seguida das/os transexuais com 12,4% e das travestis em que a violação familiar correspondeu a 12,3%.

A instituição familiar compõe as primeiras formas de relação social dos sujeitos e por isso é uma das responsáveis pela propagação dos valores passados para estes e com os quais os mesmos irão conviver até se relacionarem com diferentes instituições. E nesse momento, a família, que não está isenta da influência cultural e social sob a qual está inserida, reproduz preconceitos das mais diversas formas, se tornando a responsável direta ou indireta pelo sofrimento psíquico e até físico desses sujeitos.

Já que propagam os valores heteronormativos que vão ao encontro do que a população LGBT majoritariamente representa, e como foi possível observar nos casos que nós acompanhamos, usam da violência, gerando expulsões, agressões físicas e psicológicas pela não aceitação da orientação sexual e da identidade de gênero de seus parentes.

Neste sentido, portanto, cabe sinalizar que,

A família não está isenta ao funcionamento da heteronormatividade, atuando, ao contrário, como um eficiente dispositivo de reprodução e reiteração da norma e da repetição das formas de discriminação e violência que podem ser visualizadas em contextos mais amplos da sociedade em geral (PERUCCHI, BRANDÃO, VIEIRA, 2014, p. 69).

Como foi possível observar, tal como já foi citado ao longo do trabalho, o estigma e o preconceito reforçam o sofrimento mental da população LGBT, estes, por sua vez, que não encontram suporte familiar e social quando chegam em determinados serviços de saúde, ainda se deparam com atuações profissionais marcadas por posturas discriminatórias.

Faz-se necessário, fundamentalmente, reafirmar a universalidade dos direitos humanos, dentre os quais o direito à saúde, resgatando GLBT como sujeitos de direitos, já que os processos de estigma e discriminação vêm comprometendo o seu exercício da cidadania. Caso resguardados os princípios ético-políticos do SUS em sua efetiva consolidação, o sistema de saúde brasileiro pode ser uma ferramenta política e social privilegiada para o combate à homofobia e demais estratégias correlatas de violação dos direitos humanos fundamentais (LIONÇO, 2008, p.15).

Com o presente trabalho conseguimos observar que as sexualidades dos usuários da saúde mental pouco se constituem como parte importante do processo

de sofrimento e de cuidado nos referidos dispositivos assistenciais. O processo de invisibilidade e silenciamento de usuários LGBT que estão em tratamento nos CAPS estudados é considerável e significativo.

Já em relação àqueles usuários que ora ou outra se apresentam, mesmo que minoritariamente, foi possível enxergar posições -que não se estendem a toda equipe dos CAPS- que, infelizmente, nem de longe são as que preconizam as diversas legislações em defesa das causas LGBT, nem representam o que consta como os princípios do SUS, tão pouco o que afirma os conselhos de fiscalização profissional das equipes desses dispositivos e menos ainda o que defende a ainda atual política de saúde mental, que por longos anos foi cenário da exclusão e estigmatização das pessoas consideradas indesejadas.

Logo, é necessário e urgente reafirmar a importância de se enxergar uma saúde mental, bem como seus dispositivos, que tratem os sujeitos para além da doença, considerando todos os âmbitos que permeiam as suas vidas, levando em consideração o contexto social, as raças, as sexualidades, os gêneros etc. E mais, é preciso reforçar as políticas de defesa e promoção dos direitos LGBT, assim como reafirmar a importância de se capacitar os profissionais dessas áreas, com vistas a uma atuação além de valorações pessoais e morais, que incluam todos os sujeitos de forma equânime nos dispositivos, permitindo aos mesmos o acesso as políticas e serviços, excluindo toda forma de atuação discriminatória e preconceituosa, reiterando e lutando pelo maior direito que todos possuem, e, que, infelizmente, é o que a população LGBT mais perde, que é o direito a uma vida digna, sem preconceito e sem violência. Não se pode mais aceitar e ser conivente com instituições que atuem de forma a estigmatizar e aumentar a violência contra essas populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho de Conclusão de Curso que ora se apresenta, teceu um breve histórico sobre o tratamento oferecido as LGBT com o transcorrer dos séculos. Inicialmente, sob o poder e controle das instituições religiosas foram tratados como pecadores, posteriormente foram perseguidos pelas instituições de justiça e condenados como pederastas e por fim, vítimas da ordem médica e das instituições de saúde, estigmatizados pela lógica da patologização e confinados como doentes mentais.

Ao longo de todos esses séculos as sexualidades dissidentes da moral sexual burguesa imposta, foram rechaçadas por um ideal de sociedade, de práticas e de relações sociais que se pautavam em modelos heteronormativos, subjugando os mesmos a condição de abjetos, expondo-os as mais diversas formas de violência, física, psicológica, social, moral etc.

No entanto, junto com o desenvolver dos anos essas populações assumiram cada vez mais papel na luta pela defesa do direito de existir. Em 1960, momento de efervescência social que refletiu em todo o cenário internacional o avanço da contracultura – movimento que contrariava os ideais tradicionais das sociedades burguesas – permitiu que as pautas consideradas minoritárias avançassem frente aos modelos tradicionais de sociedade que permeavam as sociedades ocidentais, em particular.

No Brasil, o movimento gay, motivado pela revolta de *Stonewall In* em 1969, avançou nas suas primeiras lutas pelo direito da população LGBT, com a criação de grupos que assumiram não só as pautas pelo direito à liberdade de orientação sexual, mas também como as lutas contra o Golpe Civil-Militar que se instalara no país em 1964 e que chegaria ao fim somente em 1985.

Foi na década em questão, início dos anos 1980 que a população LGBT, principalmente, os homossexuais, passou a ganhar visibilidade na área da saúde pública, por conta da explosão da epidemia da AIDS, que ficou conhecida

pejorativamente como “peste gay”. No entanto, foi a partir de então que a luta pela garantia de direitos LGBT, particularmente, ao que se referia ao acesso as políticas de saúde, começou a ter espaço. Apesar de a Constituição Federal de 1988 ter indicado de forma rasteira a garantia de direitos e a não discriminação da população LGBT, foi a partir da mesma, com a criação do SUS, que as políticas públicas de saúde voltadas para essa população começaram a ser colocadas em pautas.

Um dos marcos do avanço das políticas para a população LGBT foi a criação do programa BSH, no ano de 2004, de ali em diante, diversas políticas e programas foram pensados e elaborados com vistas a atender as demandas das lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, dentre eles, estavam aqueles específicos da atenção psicossocial, nos serviços de saúde mental.

A população LGBT, é uma das que está mais exposta ao sofrimento mental e, por isso, deve ser um dos principais componentes nos serviços de saúde mental que existem no país, como os CAPS, serviços substitutivos aos antigos hospitais psiquiátricos.

Para garantir o acesso desses grupos aos dispositivos de saúde mental sem quaisquer tipos de discriminação, diversas regulamentações dos Conselhos fiscalizadores das profissões que compõe os CAPS, como medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, foram criadas no intuito de estabelecer normatizações sobre o atendimento à população LGBT, visando o combate ao preconceito contra essas populações, pela via da institucionalidade, que é uma das formas de violência mais comuns contra essas pessoas, já que estes grupos não mais se enquadram enquanto patológicos, mas que não deixam de ser foco de atenção e cuidado.

Por continuarem no foco da violência, seja no âmbito familiar, social, institucional, entre outros, as LGBT não coincidentemente têm uma maior propensão ao processo de sofrimento mental, o que leva ao suicídio. A falta de suporte nos mais diferentes estágios da vida, faz com que essas pessoas fiquem mais expostas e vulneráveis.

Dessa forma, enquanto estagiárias de dois dos CAPS da cidade de Juiz de Fora/MG, nos inquietamos quanto a presença dessa população nesses serviços, que, contraditoriamente, se dá de maneira ínfima. A população LGBT nos CAPS estudados é completamente invisibilizada, não se vê e não se fala sobre esses sujeitos. A sexualidade, que geralmente pouco é levada em consideração pelas equipes de saúde, ganha ainda menos importância quando não se enquadra nos modelos heterocisnormativos.

Pudemos acompanhar poucos casos declarados pela identidade LGBT dentro dos referidos campos de estágio, em um cenário de aproximadamente 4000 pessoas, por termos escolhido uma pesquisa qualitativa, baseada na observação de campo e na análise documental dos portfólios reflexivos, portanto, só conseguimos acompanhar oito casos de usuários LGBT nos respectivos dispositivos de cuidado.

Como citado na pesquisa, o que foi observado, com os casos, é que a diversidade sexual e de gênero no campo da saúde mental não são focos de tanta importância, uma vez que este ainda consiste na privilegiamento da doença. Os casos que conseguimos acompanhar são referentes aqueles usuários que estão em atenção psicossocial, considerados portadores de transtornos mais graves e com isso, o ponto de atuação e atenção da equipe se correlaciona todo a doença, ignorando a importância de fatores externos, como a violência e o sofrimento causados pela homofobia e a transfobia.

Ainda assim, as poucas vezes em que a orientação sexual ou a identidade de gênero desses usuários vieram “à tona” tanto pelos próprios usuários, como pela equipe, infelizmente, na maioria das vezes, o que se presenciou foram comportamentos discriminatórios, censuradores e controladores, que impunham a todo tempo uma reeducação pela via da imposição da heterossexualidade.

O desrespeito ao nome social, a imposição da religião como forma de solução, a opressão quanto a orientação sexual em detrimento de um certo “comprometimento mental” e de valorações pessoais, o silenciamento e a completa invisibilização desses sujeitos foram enxergados durante a pesquisa.

Apesar do nosso acesso a esses casos ter se dado de forma completamente restrita, é nítido e fácil de concluir a necessidade de reafirmar os compromissos firmados pelas instituições e pelos profissionais de saúde mental em relação a população LGBT, bem como da importância de se afirmar os conceitos básicos do SUS, sistema ao qual todos estamos inseridos, e também de cobrar junto aos órgãos governamentais a efetividade das políticas públicas de promoção e defesa dos direitos LGBT.

Enquanto estudantes de Serviço Social e futuras assistentes sociais, destacamos aqui que apesar de a temática e o estudo não se esgotarem, portanto, se faz mais do que necessário lutar por uma atuação profissional que respeite as liberdades individuais de cada sujeito, reiterando a extrema necessidade e importância de se ampliarem os estudos voltados para temáticas que vão para além do recorte apenas de classe.

É de extrema urgência perceber que para além, e dentro da mesma, incide sobre a classe que defendemos hoje, fatores que nos passam despercebidos, sendo esta uma classe que tem orientação sexual, tem identidade de gênero e que está em intenso sofrimento psíquico e físico, tendo os seus direitos mais básicos violados, justamente, por não se enquadrarem no ideal de sociedade que hoje tanto criticamos.

Logo, e agora para além do Serviço Social, é urgente que se reforce as políticas de atenção à saúde LGBT, principalmente, no que diz respeito ao atendimento em dispositivos de saúde mental, portanto, é extremamente necessário reafirmar o compromisso profissional assumido e regulamentado pelos conselhos das profissões que compõe esses dispositivos, bem como de promover ações visando a capacitação e educação permanentes desses profissionais e dessas instituições, com vistas a um atendimento integral e equânime, não discriminatório e que não reforcem estigma e discriminações. Assim, é de fundamental importância e urgência reafirmar que esses dispositivos não se tornem excludentes para uma das populações que mais precisam dele, principalmente no contexto atual, permeado pelo avanço de ideais conservadores, responsáveis por ataques contra essa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Paula. LGBTs na Rússia: uma história de resistência e luta subterrânea. In: Esquerda Diário. 29 Junho de 2018. Disponível em: <http://www.esquerdadiario.com.br/LGBTs-na-Russia-uma-historia-de-resistencia-e-luta-subterranea>. Acesso em 30 de novembro de 2018.

ARBEX, D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSUNÇÃO, I. Heterossexismo, patriarcado e diversidade sexual, In: NOGUEIRA, L. et. al. (Org.). Hasteemos a bandeira colorida: diversidade sexual e de gênero no Brasil. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

BELMONTE, P. História da homossexualidade: ciência e contra-ciência no rio de janeiro (1970-2000). Rio de Janeiro. Tese de doutorado (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

BORRILLO, D. Homofobia: história e crítica de um preconceito. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Violência LGTBfóbicas no Brasil: dados da violência. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

_____. Decreto Nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 26: Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS, dentre eles o direito ao uso do nome social.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.707, de 18 de agosto de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília, 2004.

_____. Lei Federal Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, 2001.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CABETTE, A. F. A trajetória e as conquistas do movimento LGBT brasileiro. In: Nexo Jornal, 17 de junho de 2017. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/explicado/2017/06/17/A-trajet%C3%B3ria-e-as-conquistas-do-movimento-LGBT-brasileiro>> Acesso em 20 de junho de 2018.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. In: Psicologia: ciência e profissão, Brasília, v. 32, n. 3, p.552-563, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a03.pdf>>. Acesso em 22 de junho de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução Nº 01, de 29 de janeiro de 2018. 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/resolucao_cfp_01_2018.pdf> Acesso em 06 de julho de 2018.

_____. Resolução Nº 14, de 20 de junho de 2011. Dispõe que todos os profissionais da psicologia transexuais ou travestis possam usar o nome social na carteira de identidade profissional, assim como em documentos como relatórios e laudos. Disponível em: <http://www.trabalhoseguro.com/Portarias/res_cfp_14_2011.html>. Acesso em 06 de julho de 2018.

_____. Resolução Nº 01, de 22 março de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf> Acesso em 06 de julho de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução Nº 489, de 03 de junho de 2006. Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional. Disponível em <http://www.cfess.org.br/pdf/resolucao_4892006.pdf> Acesso em 06 de julho de 2018.

_____. Resolução Nº 615, de 08 de setembro de 2011. Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e do(a) assistente social transexual nos documentos de identidade profissional. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/615-11.pdf>>. Acesso em 06 de julho de 2018.

_____. Resolução Nº 845, de 26 de fevereiro de 2018. Dispõe sobre atuação profissional do/a assistente social em relação ao processo transexualizador. Disponível em:< <http://www.cfess.org.br/arquivos/ResolucaoCfess845-2018.pdf>> Acesso em 06 de julho de 2018.

_____. O amor fala todas as línguas: Assistente Social na luta contra o preconceito: campanha pela livre orientação e expressão sexual. Disponível

em:<<http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESSMANIFESTA-OMORFALATODASASLINGUAS.pdf>> Acesso em: 06 de julho de 2018.

_____. Código de ética da/o assistente social. Lei Federal Nº 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Nº 537, de 22 de fevereiro de 2017. Assegura o uso do nome social aos profissionais de enfermagem travestis e transexuais, em seus registros, carteiras, sistemas e documentos. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5372017_50102.html>. Acesso em 06 de julho de 2018.

_____. Resolução Nº 564. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html/print/> Acesso em: 06 de julho de 2018.

Discriminação e hostilidade levam mais jovens gays ao suicídio. Antropólogo Renan Antônio da Silva apresenta em 2018 estudo inédito sobre a relação entre homofobia e atentado contra a vida por LGBTs. Metrôpoles, Brasília-DF, 16/12/2017, atualizado em 19/12/2017. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/brasil/direitos-humanos-br/discriminacao-e-hostilidade-levam-mais-jovens-gays-ao-suicidio>>. Acesso em 02 de junho de 2018.

DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual e Política Nacional de Saúde Mental: contribuições pertinentes dos sujeitos insistentes. In: Revista Em Pauta – Teoria Social e Realidade Contemporânea – Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro, n. 28, p. 83-102, dezembro de 2011.

_____. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. In: Temporalis, Brasília, v. 14, n. 27, p. 77-98, 2014a.

_____. Cuidado de si e diversidade sexual: capturas, rupturas e resistências na produção de políticas e direitos LGBT no campo da saúde. In: RODRIGUES, A.; DALLAPICULA, C.; FERREIRA, S. R. da S. (org.). Transposições: Lugares e Fronteiras em Sexualidade e Educação. Vitória: EDUFES, 2014b.

_____. LGBT e Drogas: para uma cartografia epistemológica. In: Anais do V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Salvador: Ed.UNEB, 2017.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FERREIRA, B. de O.; PEDROSA, J. I. dos S.; NASCIMENTO, E. F. do. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. In: Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 31, n. 1, 2018.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

GREEN, J. Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

GRUPO GAY DA BAHIA (GGB). Mortes Violentas de LGBT no Brasil: Relatório 2017. Salvador: GGB, 2018. Disponível em: <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/12/relatorio-2081.pdf>>. Acesso em 02/07/2018.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. In: Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, junho de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de novembro de 2018.

MANN, C. G. “É difícil falar sobre AIDS & sexualidade no cuidado em Saúde Mental?": discursos e práticas profissionais em serviços no Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

MESQUITA, D. T.; PERUCCHI, J. Não apenas em nome de "deus": discursos religiosos sobre homossexualidade. In: Psicologia & Sociedade, Brasília, 28(1), 105-114, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n1/1807-0310-psoc-28-01-00105.pdf>>. Acesso em 30 de maio de 2018.

MISKOLCI, Richard. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. In: Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº 21, jan/jun. 2009, p. 150-182.

MOLEIRO, C.; PINTO, N. Diversidade e psicoterapia: expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas. In: Ex aequo, Vila Franca de Xira, n. 20, p. 159-172, 2009. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602009000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 de junho de 2018.

OLIVEIRA, Junia. Restrição a doadores de sangue homossexuais será analisada pelo STF.02 de Abril de 2018. In: em.com.br. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2018/04/02/interna_gerais,948275/restricao-a-doadores-de-sangue-homossexuais-sera-analisada-pelo-stf.shtml. Acesso em 30 de novembro de 2018.

Os parlamentares religiosos tendem a ser mais conservadores do que a população evangélica. El País, São Paulo, 04 de dezembro de 2017. Disponível em<https://brasil.elpais.com/brasil/2017/12/02/politica/1512221378_127760.html>. Acesso em 03 de junho de 2018.

PEREIRA, C. A. M. O Direito de Curar: Homossexualidade e Medicina Legal no Brasil dos anos 30. In: PEREIRA, C. A. M.; HERSCHMANN, M. M. (Org.). A Invenção do Brasil Moderno. Medicina, educação e engenharia nos anos 20-30. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

PERUCCHI, J.; BRANDAO, B. C.; VIEIRA, H. I. dos S. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. In: Estudos de psicologia. (Natal), Natal. v. 19, n. 1, p. 67-76, março de 2014.

PRETES, É. A.; VIANNA, T. História da criminalização da homossexualidade no Brasil: da sodomia ao homossexualismo. In: LOBATO, W.; SABINO, C.; ABREU, J. F. (Org.). Iniciação Científica: destaques 2007, vol. I. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas Gerais, 2008.

QUERINO, R. País que mais mata trans no mundo, Brasil é também o que mais acessa pornô do gênero, reforça pesquisa. ObservatórioG BOL, São Paulo. Disponível: <<https://observatoriog.bol.uol.com.br/noticias/2018/05/pais-que-mais-mata-trans-no-mundo-brasil-e-tambem-o-que-mais-acessa-pornos-do-genero-reforca-pesquisa>> Acesso em 15 de novembro de 2018.

SANCHES, D.; CONTARATO, A.; AZEVEDO, A. L. Dados públicos sobre violência homofóbica no Brasil: 28 anos de combate ao preconceito. FGV/DAPP. Maio 2018. Disponível em: <<http://dapp.fgv.br/dados-publicos-sobre-violencia-homofobica-no-brasil-28-anos-de-combate-ao-preconceito/>>. Acesso em 16 de novembro de 2018.

VALADAO, R. de C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. In: Physis – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 nov. 2018.

VENTURA, C. A. A.; MORAES, V. C. O. de; JORGE, M. S. Os profissionais de saúde e o exercício dos direitos humanos por portadores de transtornos mentais. In: Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 854-61, dez. 2013. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/19746>>. Acesso em: 30 out. 2018.